

**Gestion des praticiens hospitaliers**

*Rapport présenté par :*

*M. Charles de BATZ, M<sup>me</sup> le Dr. Françoise LALANDE  
et M. Gérard LAURAND*

*Membres de l'inspection générale des affaires sociales*

*Rapport n° 2002.143  
Décembre 2002*

Pour étudier la gestion des praticiens hospitaliers (PH) titulaires temps plein et temps partiel, la mission a d'abord rassemblé les informations et les données disponibles au niveau central (DREES, DHOS, DGS, INSEE, CNAMTS, CREDES, etc.), avant de se rendre dans six régions tirées au sort en fonction de leur densité médicale, puis de recueillir les avis des principales instances hospitalières et des grandes confédérations syndicales de PH.

La mission s'est intéressée particulièrement aux problèmes quantitatifs et qualitatifs posés aux PH par les activités organisées en temps continu, et donc aux urgences, aux services d'anesthésie, de réanimation, de maternité, de néonatalogie ainsi qu'à certaines spécialités chirurgicales.

\* \* \*

La gestion des ressources humaines a pour objectif d'assurer la meilleure adéquation possible entre les emplois et les personnels appelés à les occuper. Dans ce but, elle ne doit pas se limiter aux tâches administratives, que sont l'organisation d'un concours national, la nomination, les procédures d'avancement, la paye, les tâches de gestion courante, aussi indispensables soient-elles. Elle doit répondre aussi bien aux besoins des malades et de l'institution hospitalière qu'aux aspirations des médecins.

Les constats faits par les rapporteurs, montrent que cet objectif n'est pas atteint, du fait d'une répartition des responsabilités inadéquate et d'instruments de gestion peu performants et que certaines missions, comme la gestion des carrières et le suivi individuel, ne peuvent pas être assurées en l'état.

## **I - La répartition des rôles et la complexité des attributions nuisent à l'efficacité de la gestion :**

1) *Au sein de l'administration centrale*, la DGS est chargée des questions de formation et de démographie des professions médicales, alors que l'organisation des soins ainsi que l'exercice médical libéral et hospitalier sont du ressort de la DHOS. Ce partage n'assure pas à cette dernière la visibilité nécessaire pour anticiper les besoins en médecins, filière par filière. Simultanément, la DHOS est accaparée par un travail de gestion individuel très lourd qui concerne environ 26 000 PH temps plein et près de 6 000 temps partiel (concours national, vacances de postes, recrutement, nomination et mutation des PH temps plein, nomination des chefs de service, actions disciplinaires ou contentieuses, activité libérale, etc.), ce qui l'empêche de se consacrer pleinement aux aspects stratégiques de sa mission.

2) *Au niveau régional*, l'ARH est privée de certains outils efficaces pour assurer la réussite du SROS et la conduite d'opérations de restructuration. En effet elle ne contrôle pas véritablement le stock des emplois médicaux existant et n'intervient à l'heure actuelle que sur les créations de nouveaux postes et le renouvellement quinquennal des chefs de service. Elle ne joue aucun rôle dans la formation des futurs PH et notamment dans la fixation du nombre de postes d'internes ou de chefs de cliniques, déterminant pour le maintien sur place des praticiens. Par ailleurs, les responsabilités de recrutement des médecins hospitaliers autres que les PH titulaires (personnels hospitalo-universitaires, assistants, FFI, PH contractuels, PH provisoires, PAC...) sont éclatées entre l'université, l'hôpital, le préfet de département et le

préfet de région et ce morcellement rend impossible une vision d'ensemble des ressources disponibles en personnels médicaux.

**3) Au niveau local**, l'établissement hospitalier a un rôle limité dans la gestion des PH : les avis des conseil d'administration et des CME sur les principales décisions sont requis<sup>1</sup>, mais les membres de ces instances ne se sentent pas toujours suffisamment investis de la responsabilité du bon fonctionnement d'ensemble, pour chercher un affrontement avec leurs confrères sur des aspects qualitatifs. Le directeur – quelles que soient ses capacités d'influence – peut être empêché d'agir en cas de conflit avec les médecins, faute de moyens d'interventions juridiques. Le chef de service ou de département est censé assurer la conduite journalière de celui-ci, mais il n'a pas compétence directe pour choisir ses collaborateurs, médicaux ou paramédicaux et ne reçoit pas obligatoirement une formation au management, qui lui permettrait de mener plus efficacement son équipe.

## **II - Les instruments dont disposent les gestionnaires sont insuffisamment adaptés :**

**1) Les systèmes d'information** (SAE, ADELI, SIGMED) ne sont pas assez performants pour permettre, en temps réel, une connaissance fine des évolutions démographiques du personnel médical hospitalier, quel qu'en soit le statut, et des besoins des établissements.

Or, le nombre total de jeunes médecins en formation a été fortement réduit depuis une vingtaine d'années, par grandes disciplines, sans que la répartition spécialité par spécialité n'ait jamais fait l'objet d'une régulation spécifique. De ce fait, dans certaines spécialités et dans certaines régions, le manque de praticiens s'avère d'ores et déjà préoccupant, et les perspectives d'avenir sont plus sombres encore.

**2) Le statut**, proche par bien des aspects du statut des fonctionnaires, garantit aux médecins l'indépendance vis-à-vis de l'autorité administrative et l'absence de subordination hiérarchique dans leur exercice médical, ce que nul ne conteste. Mais, identique dans toutes les disciplines et les situations, il offre trop peu de moyens d'adaptation.

Les émoluments et indemnités diverses, dont bénéficient les PH, ont été fortement revalorisés ces dernières années, et les différences constatées avec les revenus des médecins libéraux une fois les charges de ces derniers déduites, se sont notablement atténuées. Mais cette revalorisation s'est faite uniformément et sans contrepartie. De même, le mode d'avancement automatique, à l'exception des postes à recrutement prioritaires, n'a jamais permis de prendre en compte la diversité des exercices, le caractère variable de la pénibilité ou de la charge de travail et l'absence d'attractivité de certains sites. Les responsabilités (chef de service, chef de département, président de CME...) ou la participation à des activités transversales utiles à l'hôpital et aux malades (lutte contre les infections nosocomiales, soins palliatifs, douleur, DIM, etc.) ne font l'objet d'aucune compensation.

Les adaptations ne sont guère possibles : les procédures de recrutement sont lourdes et longues, enlevant toute réactivité au système. La mobilité géographique est faible (moins de

---

<sup>1</sup> Curieusement, à l'exception des nominations de psychiatres, pour lesquelles ce n'est pas le cas.

2,5 % de l'effectif total des PH chaque année). Les passerelles entre spécialités, qui permettraient de réorienter les médecins pour mieux répondre aux besoins hospitaliers ou à un désir d'évolution, sont pratiquement absentes. Les périodes probatoires après recrutement ne sont pour ainsi dire pas utilisées. L'évaluation des pratiques professionnelles reste à mettre en œuvre.

Par ailleurs, certaines fonctions indispensables à une bonne gestion des ressources humaines ne peuvent être assurées. La communication interne et externe, permettant de pallier les phénomènes de désinformation est à organiser. La formation continue, bien qu'obligatoire, peine à se mettre en place et son financement reste à déterminer. Les textes et les procédures permettant de remettre à niveau des praticiens présentant un déficit de compétence professionnelle ou de sanctionner des fautes disciplinaires sont peu applicables. Les praticiens ne bénéficient pas d'un suivi médical qui permettrait, comme à d'autres professions qui ont la vie d'autrui entre les mains, de s'assurer qu'elles le font sans risque pour elles ni pour les autres, et, en cas de problème, de les prendre en charge de façon adaptée. Enfin, il n'y a pas de suivi individuel des carrières.

### **III- Ces problèmes d'organisation, aggravés par des textes récents, retentissent sur le fonctionnement des hôpitaux**

*Faute de réflexion stratégique d'ensemble, l'hôpital s'est trouvé confronté à des exigences contradictoires :*

- d'un côté, dans un souci de sécurité sanitaire, diverses normes ont accru entre 1995 et 2002, les obligations de présence des médecins seniors, et donc des PH, dans les activités fonctionnant 24 heures sur 24 aux urgences, en maternité, en réanimation, etc. De même, dans le cadre de démarches qualité, des règles de bonne pratique ont exigé la présence des pharmaciens dans la dispensation de médicaments, de biologistes dans le contrôle des analyses de biologie médicale... ;
- d'un autre côté, le temps médical disponible a été fortement réduit par deux types de mesures :
  - la mise en œuvre de l'ARTT (protocole signé en octobre 2001) applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2002 ;
  - l'intégration des gardes dans le temps de travail par application dès 2003 aux médecins hospitaliers des directives européennes de 1993 et 2000, à la suite d'un arrêt de la Cour de Justice européenne, dit « arrêt Valenciana ».

*Certes, ce dilemme laisse espérer plusieurs effets positifs :*

- 1) les établissements se livrent à une meilleure sélection des tableaux de gardes et astreintes, et ne devraient plus conserver que les permanences réellement nécessaires. Des coordinations sont mises en œuvre entre établissements publics et privés, pour mutualiser les moyens. Les ARH créent des « postes partagés » de PH entre plusieurs établissements, qui bénéficient d'une indemnité particulière ;

2) les médecins hospitaliers ne se montrent plus aussi hostiles qu'avant aux opérations de regroupements ou de restructurations, qui permettent de mettre en commun des ressources en personnel devenues rares.

3) Enfin, chacun apprécie le confort et la sécurité qu'apporte le repos après garde et les plus jeunes sont sensibles à l'harmonisation des rythmes professionnels et privés.

***Mais dans l'immédiat, les effets négatifs l'emportent :***

1) les textes sur le temps de travail provoquent dans les établissements d'importantes difficultés d'organisation ;

2) un intérim médical très coûteux se développe de façon anarchique dans les centres hospitaliers non universitaires des régions à faible densité médicale ;

3) la communauté médicale se divise, à l'intérieur des établissements, entre les praticiens qui travaillent en « emplois postés », c-à-d les anesthésistes-réanimateurs et les urgentistes qui apprécient les avancées des nouveaux textes et réclament pour eux l'essentiel des moyens supplémentaires et les autres cliniciens, qui – entretenant avec leurs malades des relations personnelles suivies – supportent mal ces nouvelles règles qui accentuent le caractère discontinu de leur travail ; le rapport de force étant en faveur des premiers qui, sans être majoritaires, constituent maintenant le groupe médical homogène le plus nombreux à l'hôpital, les frictions au sein des CME deviennent fréquentes ;

4) certaines disciplines multispécialisées (neurochirurgie, chirurgie infantile, chirurgie cardiaque) n'ont pas les effectifs nécessaires pour répondre, dans plus de 8 régions, aux contraintes réglementaires. La relève est insuffisante. Il sera impossible de maintenir pendant au moins une dizaine d'années, le nombre de sites d'intervention actuels ;

5) les risques médico-légaux auxquels les praticiens se trouvent personnellement soumis, apparaissent difficiles à évaluer.

**IV – La gestion des carrières prend insuffisamment en compte les aspects individuels**

***1) Les praticiens se sentent insuffisamment reconnus ou valorisés.*** Faute de moyens d'action vis-à-vis d'équipes médicales et paramédicales qu'ils sont censés animer et confrontés à des contraintes nouvelles auxquelles ils ne peuvent pas faire face, les chefs de service ou de département se montrent démotivés. De leur côté, les PH de CHU se considèrent comme injustement traités face aux personnels hospitalo-universitaires dont ils assurent une partie des activités d'enseignement ou de recherche, sans espoir de carrière universitaire. Les urgentistes s'interrogent sur leur avenir, car les modalités de leur exercice sont particulièrement stressantes et « usantes » avec le temps. Les anesthésistes souffrent d'un manque de statut social, qui se traduit par l'absence de certains signes de reconnaissance de l'institution.

**2) Il n'y a pas d'accompagnement individuel des carrières.** Hors situation de crise dont se charge la DHOS, aucune gestion individuelle des carrières n'est véritablement assurée, pour permettre à un médecin d'évoluer, de changer de cadre, de passer d'un exercice à un autre, même si les grands CHU, qui peuvent compter sur la main d'œuvre que constituent les médecins en formation, accomplissent une forme de gestion individualisée, dans le but de disposer du bon candidat en temps opportun.

Par ailleurs, le contrôle médical d'aptitude lors du recrutement est de pure forme et le suivi médical, en cours de carrière n'est pas véritablement organisé, alors qu'une récente enquête effectuée par une société savante a montré l'importance des problèmes d'addiction (alcool notamment) et que les données recueillies au niveau des DRASS montrent la difficulté de prise en charge des troubles mentaux chez les praticiens.

**3) Les abus éventuels ne sont pas suffisamment traités.** Les PH temps plein ont le droit, de façon exceptionnelle pour des agents publics, d'exercer une activité libérale sur leur lieu de travail. En 2001, ils étaient 4 326 médecins dans ce cas. Cependant, comme en témoignent les statistiques de la CNAMTS, environ 6 % d'entre eux s'exonèrent manifestement des règles imposées. Mais les sanctions confirmées au niveau national ne dépassent pas un ou deux cas par an.

L'exercice d'une activité d'intérêt général a été autorisée deux demi-journées sur les 10 demi-journée de travail dues à l'hôpital. Cette tolérance récente prive les établissements de 20 % de temps médical qu'il faut bien remplacer, lorsque l'activité doit être effectuée de façon continue. Et pourtant l'établissement doit verser au PH l'intégralité de son salaire, ainsi que l'indemnité d'exercice exclusif et ne reçoit que rarement une contrepartie de l'organisme qui utilise son personnel.

Malgré les récents efforts accomplis par l'administration centrale, les procédures disciplinaires et d'insuffisance professionnelle ne sont engagées que de façon exceptionnelle, d'une part, parce qu'il n'existe pas de définition claire et facilement applicable qui permettrait à tous de s'y référer, d'autre part, parce qu'il n'y a pas en temps utile de rappel préalable au règlement, que les sanctions possibles ne sont pas progressives, et qu'elles sont traitées trop solennellement au niveau national, et donc peu accessibles. Ces problèmes, qui touchent un pourcentage très faible de praticiens, empoisonnent durablement l'atmosphère de nombreux établissements, car la majorité des personnels qui s'implique dans son travail a le sentiment de ne pas être reconnue, alors que les éléments perturbateurs ou inefficaces sont protégés indéfiniment.

## **V – Compte tenu de la profondeur de la crise, une réforme importante doit être entreprise**

Les modalités de gestion doivent profondément changer, afin d'anticiper les évolutions, de mieux répartir les ressources disponibles et d'adapter les personnels aux changements, en tenant compte de leurs aspirations. La mission décrit le cahier des charges de cette réforme, avant de proposer plusieurs scénarios permettant d'y répondre.

### 1) *Le cahier des charges*

En matière de démographie médicale, il est primordial d'affiner la prévision, en organisant un recueil fiable des données quantitatives et qualitatives, en mettant en place des observatoires régionaux, dans le but d'atténuer à terme les différences interrégionales, et en élargissant les capacités du système d'information et de gestion des médecins hospitaliers (SIGMED) pour prendre en compte l'ensemble des médecins intervenant dans les établissements publics de santé.

Pour pallier les pénuries prévisibles, il convient d'augmenter le numerus clausus, en lissant l'augmentation dans le temps, d'appliquer une régulation des filières, spécialité par spécialité, et de développer les passerelles entre spécialités.

L'optimisation de l'emploi demande de conserver de la souplesse à la gestion, en gardant un volant d'emplois à durée limitée, en recourant davantage au partage des compétences, en fidélisant les médecins qui commencent leur carrière à l'hôpital, en faisant revenir à l'hôpital les praticiens libéraux ou en attirant les médecins de l'espace Shengen, qui peuvent d'ores et déjà exercer en France.

La mise en place d'un dispositif d'évaluation des pratiques et des compétences est un préalable à une meilleure valorisation individuelle, dont il faudra rendre le dispositif cohérent avec la formation médicale continue. Par ailleurs, pour prendre en compte les aspirations des praticiens, il conviendra d'assurer un suivi et un accompagnement individuel.

En matière d'organisation du travail, il faudra veiller à la bonne utilisation du temps médical, en revoyant les conditions d'exercice des activités d'intérêt général, afin qu'elles ne pénalisent pas l'établissement hospitalier employeur, en redéfinissant plus strictement l'activité libérale et en mettant en place un véritable contrôle de celle-ci. Parallèlement, il s'agira de regrouper les activités et les services assurant une permanence médicale 24 heures sur 24 et de renforcer les moyens d'action des responsables médicaux.

S'agissant du règlement de situations sociales délicates, il conviendrait de créer une position statutaire "hors cadre" qui permettrait, à certaines étapes d'une carrière, de prendre le recul nécessaire, d'aménager les mutations, d'accompagner les changements de trajectoire, d'aider à la résolution des conflits. Dans le même esprit, il conviendrait d'améliorer la réactivité aux problèmes disciplinaires, en définissant clairement les obligations de chacun et en prévoyant une progressivité des sanctions. Enfin, il convient d'élargir la définition de l'insuffisance professionnelle.

Par ailleurs, il serait souhaitable d'aménager les conditions de départ en retraite, en favorisant les activités à forte pénibilité physique, de réaliser des contrôles médicaux d'aptitude et d'améliorer les garanties médicales offertes aux praticiens hospitaliers.

Enfin, une attention particulière devrait être apportée à l'information et à la communication interne.

## 2) *les schémas proposés*

La DHOS n'aurait plus de rôle de gestion individuel. Regroupant les fonctions de formation et de surveillance de la démographie médicale jusqu'ici données à la DGS, elle pourrait se consacrer aux tâches réellement stratégiques, planifier les flux de formation, organiser les concours, définir les besoins nationaux, établir des SNOS (schémas nationaux d'organisation sanitaire) pour certaines spécialités rares, élaborer les indicateurs de pilotage de la GRH, vérifier la cohérence des textes sanitaires avec les moyens disponibles. Elle constituerait également le recours national en cas d'action disciplinaire, d'insuffisance professionnelle et garderait l'expertise en cas de contentieux.

La DGS s'investirait en revanche dans le nouveau chantier que constitue, pour la sécurité sanitaire et la qualité du système de soins, le contrôle de la compétence, des pratiques professionnelles et de l'aptitude médicale des professionnels de santé.

Les ARH définiraient les emplois médicaux, en cohérence avec le SROS, en tenant compte des données fournies par la structure régionale d'observation des démographies des professions de santé dont elles auraient la tutelle. Elles assureraient la gestion du stock et du flux des emplois médicaux hospitaliers et préciseraient les besoins régionaux en formation.

Il serait créé un centre de gestion régional ou interrégional des médecins hospitaliers, inspiré des centres de gestion des collectivités territoriales, qui aurait les missions suivantes :

- préparer les décisions prises au niveau de la région (en aucun cas, ce ne serait le centre qui prendrait lui-même ces décisions) ;
- assurer la gestion individuelle des carrières, mettre en œuvre la formation continue, gérer les « hors cadre », faire effectuer les bilans de compétence, présenter les candidatures et les classer selon des critères objectifs, instruire les dossiers individuels en relation avec les experts, faire assurer les contrôles médicaux ;
- permettre la mobilité et représenter un interlocuteur indépendant de l'établissement pour les PH.

Dans un premier scénario, ce serait les ARH qui nommeraient les PH (ou proposeraient au ministre de le faire) et qui auraient la tutelle du centre de gestion, à moins que celui-ci ne soit un de ses services.

Dans un deuxième scénario, ce serait le directeur qui nommerait le PH et le centre de gestion serait conduit par un syndicat interhospitalier, ou serait un établissement public administratif, dans lequel les établissements employeurs seraient représentés par des responsables administratifs et des responsables médicaux.

Dans un troisième scénario, le recrutement serait assuré par le CA de l'établissement.

Dans ces deux derniers scénarios, l'ARH pourrait s'opposer à cette nomination, si celle-ci ne correspond pas à la fiche de poste de l'emploi défini par elle.

Les conditions de déconcentration des procédures de nomination et de mutation n'ont pas été analysées en détail par la mission ; celles-ci étant dépendantes du scénario retenu.



## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	5
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>LA GESTION DES PH EST HANDICAPEE PAR DES OUTILS INSATISFAISANTS ET UN PARTAGE INADEQUAT DES RESPONSABILITES .....</b>	<b>8</b>
1.1 – LA RÉPARTITION DES TÂCHES NUIT À L’EFFICACITÉ DE LA GESTION.....	8
1.1.1 – <i>Au niveau national, le partage des rôles entre deux directions du ministère de la santé ne permet pas une réflexion stratégique sur les besoins médicaux</i> .....	8
1.1.1.1 – La Direction générale de la santé.....	9
A) Le numerus clausus .....	9
B) La fixation du nombre d’internes .....	9
1.1.1.2 – La Direction de l’hospitalisation et de l’organisation des soins.....	10
1.1.2 – <i>A l’échelon régional, le croisement des compétences entre le préfet et le directeur de l’agence régionale d’hospitalisation ne favorise pas une vision prospective des besoins</i> .....	13
1.1.2.1 – Le rôle des préfets (DRASS, DDASS) .....	13
1.1.2.2 – Le rôle des Agences régionales d’hospitalisation .....	15
A) Les ARH n’ont aucun rôle dans les mutations .....	15
B) Le rôle des ARH pourrait être plus important pour la nomination et le renouvellement des chefs de service ou de département .....	16
C) Le SROS : un outil privilégié, mais une situation très contrastée selon les régions. ....	16
1.1.3 – <i>A l’échelon local, l’établissement de santé n’est qu’un partenaire mineur dans la gestion des PH</i> .....	17
1.1.3.1 – Le conseil d’administration (CA) n’a pas de rôle direct .....	17
1.1.3.2 – La CME a une influence indirecte dans la gestion des praticiens hospitaliers, les avis qu’elle formule sont parfois davantage le reflet de la somme d’intérêts individuels que de celui de l’établissement.....	18
1.1.3.3 – Le chef de service ou de département n’a pas d’impact sur la gestion statutaire des PH mais seulement sur sa situation au quotidien .....	18
1.1.3.4 – Le directeur ne dispose que d’un pouvoir d’influence pour gérer les situations individuelles.....	19
1.2 – DES INSTRUMENTS DE GESTION INSUFFISAMMENT PERFORMANTS .....	20
1.2.1 – <i>Le statut unique, censé répondre à des situations variées, n’est plus adapté</i> .....	20
1.2.1.1 – Des traits communs avec le statut des fonctionnaires et des différences notables .....	20
A) Les similitudes .....	20
B) Les particularités .....	21
C) L’indépendance des médecins vis-à-vis de l’autorité administrative.....	21
D) L’absence de subordination hiérarchique dans l’exercice médical.....	21
1.2.1.2 – Un statut identique pour toutes les disciplines et toutes les situations .....	22
A) Recrutement et nomination : des procédures longues et complexes.....	22
B) Les postes à recrutement prioritaire : une disposition statutaire nouvelle qui n’a pas encore fait ses preuves	23
C) Une mobilité géographique faible .....	24
D) Des dérogations à l’obligation de service.....	24
E) Un mode de rémunération uniforme .....	25
F) Une protection sociale imparfaite .....	27
1.2.1.3 – Des possibilités d’adaptation insuffisantes .....	28
A) Des périodes probatoires mal utilisées .....	28
B) La formation continue : une obligation légale mais un dispositif qui peine à se mettre en place .....	29
C) Une absence d’évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	31
D) Une insuffisance des passerelles .....	32
1.2.2 – <i>Les systèmes d’information ne permettent pas un suivi en temps réel du personnel médical hospitalier</i> .....	32
1.2.2.1 – La statistique annuelle des établissements de santé (SAE), un outil exhaustif, dont les résultats sont connus avec retard .....	33
1.2.2.2 – Le répertoire ADELI, une source peu fiable pour les personnels hospitaliers .....	33
1.2.2.3 – Un système d’information et de gestion des médecins hospitaliers (SIGMED) limité aux seuls PH.....	34
1.2.3 – <i>La régulation démographique hospitalière a été mal utilisée</i> .....	36
1.2.3.1 – Une situation et des prévisions détaillées difficiles à établir.....	36

1.2.3.2 – Une régulation malthusienne à reconsidérer .....	38
1.2.3.3 – A l'échelle nationale, une prise en compte insuffisante des contraintes des hôpitaux publics .....	41
1.2.3.4 – Une répartition très inégale entre régions .....	43

## CHAPITRE 2

### L'ORGANISATION DE LA GESTION A DES CONSEQUENCES PEU FAVORABLES SUR L'INSTITUTION ET LES PRATICIENS HOSPITALIERS .....

2.1 – LES CONSÉQUENCES POUR L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE .....	46
2.1.1 – <i>Des textes aux effets contradictoires sont adoptés presque simultanément</i> .....	46
2.1.1.1 – Des normes, élaborées dans un souci de sécurité accrue, nécessitent des moyens humains supplémentaires .....	46
A) Les normes concernent les activités à risques .....	46
B) Les normes imposent des contraintes nouvelles .....	46
C) La mise en œuvre des normes se heurte à des contraintes budgétaires peu favorables.....	48
2.1.1.2 – Mais simultanément, de nouveaux textes restreignent la durée légale du travail des praticiens .....	48
A) Les nouvelles mesures de réduction du temps de travail (RTT) et d'intégration des gardes dans le temps de travail.....	48
B) Les effets retards de la RTT .....	49
C) Les conséquences de ces mesures n'ont pas été suffisamment appréhendées et concourent à déstabiliser le fonctionnement des établissements .....	50
2.1.2 – <i>Si certains effets positifs sont espérés, de nombreux effets négatifs se manifestent</i> .....	52
2.1.2.1 – Des effets positifs espérés.....	52
A) Une sécurité accrue et une meilleure organisation des temps individuels.....	52
B) Une plus grande mutualisation des gardes et astreintes.....	53
C) Une facilitation des restructurations .....	54
2.1.2.2 – Les effets négatifs l'emportent dans l'immédiat .....	55
A) Les difficultés d'organisation des services.....	55
B) Le développement de l'intérim médical .....	57
C) La division de la communauté médicale : emplois postés et autres emplois .....	58
D) La mise en cause de la qualité des soins dans certaines spécialités .....	59
E) Les risques médico-légaux .....	63
2.2 – LES CONSÉQUENCES POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS .....	64
2.2.1 – <i>La charge de travail individuelle et la responsabilité sont insuffisamment valorisés et il existe un manque de reconnaissance sociale</i> .....	64
2.2.1.1 – La charge de travail et la différence d'attractivité des sites et des disciplines sont insuffisamment pris en compte .....	64
2.2.1.2 – La rémunération des PH temps partiel : un mode de calcul en décalage avec les obligations .....	65
2.2.1.3 – La place des chefs de service, de département ou de pôle d'activité est à préciser.....	66
A) Une responsabilité clairement affirmée dans l'organisation médicale .....	66
B) Un rôle atténué dans l'organisation paramédicale .....	67
C) Une valorisation de la fonction très insuffisante et un mode de renouvellement quasi automatique.....	67
D) D'autres postes à responsabilité ne font pas non plus l'objet d'une reconnaissance formelle .....	68
2.2.1.4 – Certains praticiens se plaignent d'une absence de considération .....	69
A) Les préoccupations des anesthésistes .....	69
B) Les interrogations des urgentistes sur leur devenir professionnel .....	70
C) Le mal-être des PH dans les CHU .....	70
2.2.2 – <i>Il n'y a pas de véritable gestion individuelle</i> .....	72
2.2.2.1 – L'absence de gestion individualisée des carrières.....	72
2.2.2.2 – Paradoxalement, les médecins ne bénéficient pas de garanties médicales suffisantes .....	72
A) Le contrôle de l'aptitude médicale lors du recrutement ou de la titularisation est de pure forme.....	72
B) Le suivi médical en cours de carrière est inégal et non exhaustif.....	73
2.2.3 – <i>Les abus éventuels ne sont pas vraiment traités</i> .....	75
2.2.3.1 – Le contrôle de l'activité libérale est très insuffisant.....	75
A) Le cadre juridique .....	76
B) Les conséquences de cette réglementation .....	77
C) La situation observée.....	78
2.2.3.2 – Les conditions d'exercice de l'activité d'intérêt général apparaissent laxistes .....	79
2.2.3.3 – Les procédures disciplinaires sont pratiquement absentes .....	80

2.2.3.4 – Le détachement d’office dans l’intérêt du service est de maniement délicat .....	82
2.2.3.5 – L’insuffisance professionnelle est impossible à établir.....	83
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>LES PROPOSITIONS DE LA MISSION.....</b>	<b>84</b>
3.1 – LES PRINCIPES SUR LESQUELS SE FONDENT LES PROPOSITIONS DE LA MISSION.....	84
3.1.1 – <i>Les objectifs d’une véritable gestion</i> .....	84
3.1.2 – <i>Les niveaux de gestion pertinents</i> .....	85
3.2 – LES RECOMMANDATIONS PAR FONCTIONS.....	85
3.2.1 – <i>En matière de démographie des PH</i> .....	85
3.2.1.1 – Améliorer la prévision .....	85
♦ Organiser un recueil de données quantitatives et qualitatives fiables .....	85
♦ Instaurer une fonction d’observation de la démographie médicale à l’échelon régional.....	85
♦ Elargir les capacités du système d’information et de gestion des médecins hospitaliers (SIGMED) pour prendre en compte l’ensemble des médecins intervenant dans les établissements publics de santé .....	86
3.2.1.2 – Assurer une meilleure régulation et développer les passerelles entre spécialités.....	86
♦ Prévoir des mesures incitatives pour rendre certaines spécialités plus attractives notamment dans les établissements publics de santé.....	87
3.2.1.3 – Atténuer les différences interrégionales.....	87
♦ Evaluer, puis renforcer le dispositif de recrutement prioritaire.....	87
♦ Envisager une régulation des modes d’installation.....	87
3.2.1.4 – Optimiser l’emploi des ressources humaines médicales .....	88
♦ Conserver de la souplesse à la gestion.....	88
♦ Recourir davantage au partage des compétences .....	88
♦ Fidéliser les médecins qui commencent leur carrière à l’hôpital .....	88
♦ Attirer les médecins étrangers, notamment ceux de l’espace Schengen, qui peuvent d’ores et déjà exercer en France .....	88
♦ Augmenter le numerus clausus en lissant l’augmentation dans le temps.....	89
3.2.2 – <i>En matière de recrutement et d’orientation</i> .....	89
3.2.2.1 – Aménager le rôle de la DHOS .....	89
3.2.2.2 – Aux niveaux régional et local : plusieurs scénarios sont possibles .....	89
♦ Confier à l’ARH la gestion de l’ensemble des emplois médicaux .....	89
3.2.3 – <i>En matière d’évaluation et de suivi individuel des carrières</i> .....	90
♦ Mettre en place un dispositif d’évaluation des pratiques et des compétences.....	91
♦ Rendre cohérent les dispositifs d’évaluation des pratiques et des compétences avec la FMC.....	91
♦ Afin de permettre une valorisation individuelle, mettre en place une évaluation des performances.....	91
♦ Pour prendre en compte les aspirations des praticiens, assurer un suivi et un accompagnement individuel.....	91
♦ Etudier un système de « valences statutaires » pour valoriser les parcours différenciés dans une carrière de PH (notamment enseignement, recherche).....	92
3.2.4 – <i>En matière d’organisation du travail, de conditions de travail</i> .....	92
3.2.4.1 – Veiller à la bonne utilisation du temps médical .....	92
♦ Revoir les conditions d’exercice des activités d’intérêt général pour qu’elles ne pénalisent pas l’établissement hospitalier d’origine.....	92
♦ Redéfinir plus strictement l’activité libérale et mettre en place un véritable contrôle .....	93
3.2.4.2 – Regrouper les activités et les services assurant une permanence médicale 24h/24.....	93
3.2.4.3 – Renforcer les moyens d’action des responsables médicaux.....	93
3.2.5 – <i>En matière de régulation de tensions sociales d’origine individuelle</i> .....	94
3.2.5.1 – Améliorer la réactivité face aux problèmes disciplinaires .....	94
♦ Améliorer la progressivité des sanctions et définir différents niveaux de traitement.....	94
♦ Elargir la composition du conseil de discipline .....	94
3.2.5.2 – Créer une position statutaire "hors cadre".....	95
3.2.5.3 – Elargir la définition de l’insuffisance professionnelle .....	95
3.2.6 – <i>En matière d’amélioration des garanties sociales</i> .....	96
3.2.6.1 – L’aménagement des conditions de départ en retraite : favoriser les activités à forte pénibilité physique .....	96
3.2.6.2 – Réaliser des contrôles médicaux d’aptitude et améliorer les garanties médicales.....	96

3.2.7 – Assurer une véritable communication .....	96
3.3 – LES SCHÉMAS PROPOSÉS .....	96
3.3.1 – Le rôle de la DGS .....	96
3.3.2 – Le rôle de la DHOS .....	97
3.3.3 – Le rôle de l'ARH .....	97
3.3.4 – La création d'un centre de gestion régional des médecins hospitaliers .....	98
3.3.5 – Le rôle de l'établissement de santé .....	98
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>101</b>

#### *Index des tableaux*

Tableau 1. Répartition des 1900 postes ouverts au concours de l'internat pour l'année universitaire 2002-2003.	9
Tableau 2. Modes de nomination des praticiens hospitaliers .....	22
Tableau 3. Taux d'attractivité comparée des postes à recrutement prioritaire et des postes non prioritaires.....	23
Tableau 4. Taux d'attractivité comparée des postes à recrutement prioritaire et des postes non prioritaires.....	23
Tableau 5. Emoluments des praticiens hospitaliers au 1 <sup>er</sup> mars 2002 (traitement brut annuel).....	26
Tableau 6. Montants de certaines indemnités au 1er décembre 2002 .....	26
Tableau 7. Etendue de la couverture sociale des praticiens hospitaliers .....	28
Tableau 8. Saisie des données SIGMED .....	35
Tableau 9. Nombre de médecins de certaines spécialités au 1er janvier 2001 .....	37
Tableau 10. Variation des effectifs de praticiens hospitaliers entre 1994 et 2001 .....	42
Tableau 11. Part des salariés hospitaliers parmi les diplômés des deux dernières années en % .....	42
Tableau 12. Tableau des emplois médicaux de praticien hospitalier par discipline (France entière).....	43
Tableau 13. Les médecins en activité en France en 2001 .....	44
Tableau 14. Effectifs de neurochirurgiens .....	60
Tableau 15. Répartition des neurochirurgiens en 2000 .....	61
Tableau 16. Effectifs de chirurgiens cardiaques et vasculaires .....	62
Tableau 17. Effectifs médicaux de l'AP-HP .....	71
Tableau 18. Recours devant la commission nationale d'activité libérale.....	78
Tableau 19. Procédures disciplinaires entreprises à l'encontre de PH .....	81
Tableau 20. Nombre de détachements d'office et discipline de l'intéressé.....	82

## LA GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS

---

### Introduction

Cette enquête s'inscrit dans le cadre du programme annuel de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour 2002. Proposée par la chef de service de l'IGAS, elle a été approuvée par la ministre de l'emploi et de la solidarité lors de son intervention à l'assemblée générale de l'inspection le 28 mars 2002 et confirmé ensuite par le ministre de la santé.

Une note de cadrage a été adressée au ministre par la chef de service de l'IGAS le 11 juin 2002 afin de lui présenter les axes d'investigations définis par la mission en liaison avec la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. (annexe 1)

La mission a été confiée à Françoise LALANDE, Gérard LAURAND et Charles de BATZ. Elle s'est déroulée entre le 4 avril et le 20 décembre 2002.

Dans le présent rapport, les praticiens hospitaliers (PH) sont définis comme : « *les médecins, chirurgiens, psychiatres, spécialistes, biologistes, pharmaciens, odontologistes nommés à titre permanent et exerçant leur fonctions dans les établissements publics de santé* ». La situation des PH dits « temps plein » est régie par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers ; celle des praticiens exerçant leur fonction à temps partiel dits « PH temps partiel », par le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié. Les principales dispositions de ce statut sont présentées dans la première partie de ce rapport.

Compte tenu de l'étendue du sujet, la mission, a restreint ses investigations à trois thèmes principaux :

1. Examen des conditions de gestion des PH par les services de l'Etat – administration centrale, agence régionale d'hospitalisation (ARH), direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) – et par les établissements publics de santé ;
2. Analyse des réponses apportées sur le terrain au nouveau contexte de la gestion des ressources humaines médicales : mise en œuvre des directives européennes 93/104 et 2000/34 sur l'intégration des gardes dans le temps de travail, modalités d'application de la réduction du temps de travail (RTT) aux praticiens hospitaliers. Compte tenu des perspectives démographiques, les observations ont porté sur les activités qui nécessitent une présence médicale qualifiée 24 heures sur 24 (anesthésie réanimation, réanimation médicale, urgences, obstétrique, spécialités chirurgicales...) ;
3. Etude des évolutions souhaitables du statut des PH, afin d'améliorer le service aux usagers et la motivation des professionnels, tant en ce qui concerne la carrière (recrutement, nomination, mobilité) que la valorisation du travail (prise en compte de la pénibilité, de la charge de travail, évaluation des pratiques, gestion des conflits ou des insuffisances professionnelles...) ; et évaluation de la position particulière des PH dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

La méthodologie a été la suivante :

La mission s'est d'abord efforcée de réunir les textes réglementaires et les données démographiques élaborées notamment par la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DREES), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et le centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES). Elle a recueilli les informations disponibles à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et à la direction générale de la santé (DGS).

Puis elle a choisi de visiter six régions tirées au sort dans chacun des groupes établis par la DREES<sup>1</sup> en tenant compte de la densité médicale globale, de la densité médicale hospitalière et de l'évolution des spécialités à l'hôpital. La répartition des régions figure en annexe 3. Les régions retenues ont été l'Auvergne, la Franche-Comté, la Haute-Normandie, l'Île-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) et Midi-Pyrénées.

Les régions visitées présentent des problématiques sensiblement différentes, conformément aux typologies démographiques établies par la DREES. Dans chacune d'elles, la mission a conduit des entretiens avec les différents acteurs de la gestion des praticiens hospitaliers : directeur et conseiller médical de l'ARH, DRASS et médecins inspecteurs de la santé régional et départemental, représentants de l'administration hospitalière (directeur, directeur des affaires médicales (DAM)) et de la communauté médicale (président et membres de la commission médicale d'établissement (CME), chefs de service et PH des spécialités à forte contrainte) dans le CHU et dans un centre hospitalier général (CHG).

Elle a ensuite procédé à des entretiens avec des représentants syndicaux. La liste des personnes rencontrées figure en annexe 4.

La mission s'est concentrée sur le champ des praticiens hospitaliers. Elle n'a pas étudié les modalités de gestion d'autres catégories de praticiens : hospitalo-universitaires, praticiens contractuels, praticiens adjoints contractuels, assistants, attachés, attachés associés... , sauf si elles avaient une incidence directe sur la gestion des PH. De même, la mission n'a pas examiné les substitutions ou les complémentarités possibles entre secteur public et secteur privé, entre médecine de ville et médecine hospitalière et entre personnels médicaux et paramédicaux.

Cependant, la gestion du personnel médical, qui n'est pas unifiée, ne peut s'envisager que de manière globale. En effet, toute décision importante concernant les praticiens hospitaliers aura des répercussions sur l'ensemble de la communauté médicale voire paramédicale.

La mission aura l'occasion de revenir sur ce point dans la suite du rapport. Ainsi, certaines des propositions qu'elle formule devront-elles également être envisagées globalement et non pas comme se limitant strictement aux PH.

---

<sup>1</sup> DARRINE S. , *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*, DREES, Etudes et résultats n° 156, février 2002.

**Le présent rapport se compose de trois parties.**

Dans la première partie sont examinées les outils et les modalités actuelles de la gestion des praticiens hospitaliers et leurs lacunes.

En deuxième partie, la mission présente les conséquences de ces lacunes sur les personnels médicaux hospitaliers et l'hôpital public.

Enfin, dans une troisième partie, la mission formule un certain nombre de propositions d'améliorations, voire de transformations radicales, de la gestion des PH.

\* \*  
\*

## Chapitre 1

### LA GESTION DES PH EST HANDICAPÉE PAR DES OUTILS INSATISFAISANTS ET UN PARTAGE INADEQUAT DES RESPONSABILITÉS

La gestion des ressources humaines médicales de l'hôpital public a pour finalité la recherche de la meilleure adéquation possible entre les emplois et les professionnels appelés à occuper ces emplois.

Pour réduire les écarts entre les besoins et les ressources, c'est-à-dire entre les emplois à occuper et les praticiens dont l'hôpital peut disposer, le ministère de la santé doit pouvoir maîtriser l'ensemble des leviers de la gestion des ressources humaines (GRH). Ces leviers sont notamment le recrutement, la formation initiale et continue, la gestion de la mobilité et des carrières, l'organisation du travail, le temps de travail, le système de management, la rémunération, la communication interne, les relations sociales...

La mise en œuvre de ces moyens d'action nécessite une connaissance précise des individus et des situations de travail. Le passage de la seule gestion administrative du personnel à une gestion de ressources humaines s'organise autour de deux démarches : l'analyse des métiers ou des emplois qui permet de constituer des référentiels de compétence et l'évaluation des compétences du personnel disponible.

Le rapprochement de ces deux processus permet d'adapter par itération les ressources aux besoins. En pratique, cette adaptation est continue dans le temps, en raison d'une part des mouvements de personnel et d'autre part de l'évolution des emplois. La gestion prévisionnelle doit permettre de préparer les ressources nécessaires, dans le cadre de scénarios raisonnables, avec des résultats acceptables quelles que soient les options retenues. Ce mode de gestion n'a pas seulement une dimension collective ou institutionnelle, il comporte également une dimension individuelle, qui doit permettre à chaque praticien de mettre en œuvre un projet de carrière.

Enfin la gestion des ressources humaines doit être cohérente avec les grandes orientations stratégiques de la politique hospitalière.

La mission a donc étudié, pour ces différentes fonctions, comment les responsabilités étaient réparties et quels outils étaient utilisés pour les mettre en œuvre.

#### **1.1 – La répartition des tâches nuit à l'efficacité de la gestion**

##### 1.1.1 – Au niveau national, le partage des rôles entre deux directions du ministère de la santé ne permet pas une réflexion stratégique sur les besoins médicaux

Deux directions du ministère de la santé, la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont en charge les questions relatives aux personnels médicaux.



### 1.1.1.1 – La Direction générale de la santé

Avec la direction des enseignements supérieurs au ministère de l'éducation nationale, la DGS est responsable de la formation initiale des étudiants en médecine, et en conséquence, des futurs PH, qui sont avant tout des spécialistes.

► L'un des bureaux (bureau 2C) de la sous-direction chargée de la qualité du système de santé a pour tâche le suivi de la démographie et la qualité de la formation des professions médicales et paramédicales. A ce titre, il procède à l'analyse des besoins médicaux au regard des objectifs de santé, participe à la fixation du *numerus clausus* et à celle du nombre d'internes :

#### A) Le *numerus clausus*

Il fixe le nombre des étudiants qui, à l'issue de l'examen de fin de première année des études de médecine (PCEM 1) sont en droit de poursuivre leurs études. Instauré pour l'année universitaire 1971-72, et fixé à 8 588 étudiants cette année là, il n'a commencé à baisser que vers la fin des années 70, entraînant mécaniquement, avec un retard de six ans, une diminution du nombre de praticiens formés. Il a atteint son étiage en 1993, moins de 3 500 étudiants étant autorisés à entrer en seconde année de médecine (cf. infra). Il n'a été relevé que récemment. Il paraît insuffisant pour faire face aux départs des générations de médecins formés dans les années 1960-1970.

#### B) La fixation du nombre d'internes

Le nombre de postes proposés au concours de l'internat à la fin de la 6<sup>ème</sup> année des études médicales (DCEM 4) tient compte, pour la DGS, des études de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur la démographie médicale ainsi que des besoins exprimés par les commissions régionales des études médicales (CREM), ces avis étant examinés ensuite par la commission nationale des études médicales (CNEM), où siège également la DHOS. Le nombre de postes est fixé par l'administration centrale pour neuf disciplines (chirurgie, médecine, biologie, psychiatrie, anesthésiologie<sup>2</sup>, gynécologie, pédiatrie, médecine du travail, santé publique), la répartition se déclinant ensuite par région.

**Tableau 1.**

#### Répartition des 1900 postes ouverts au concours de l'internat pour l'année universitaire 2002-2003

	Spécialités médicales	Anesthésie	pédiatrie	Médecine du travail	Santé publique	Spéc. chirurgic.	Biologie médicale	Gynécologie-obst. ou médicale	Psychiatrie
Nombre de postes d'internes	660	220	177	66	65	285	200	50	176

Source : arrêté du 27 mars 2002 (JO du 3 avril 2002)

A l'intérieur de chaque grande discipline, il n'est pas établi de répartition plus fine, spécialité par spécialité<sup>3</sup>. Jusqu'ici, les représentants des internes se sont opposés à un tel découpage, qui leur aurait interdit de faire leur choix en toute liberté. Si plusieurs rapports ont mentionné

<sup>2</sup> Les filières anesthésie et gynécologie ont été individualisées respectivement en 1994 de la filière des spécialités médicales et en 1999 de la filière des spécialités chirurgicales, réduisant d'autant les postes de ces dernières.

<sup>3</sup> Respectivement 13 et 16 spécialités en chirurgie et en médecine.

les effets pervers de cette situation<sup>4</sup>, ce mode de répartition n'a pas été modifié. Cette attitude ne contribue pas à remédier à la pénurie, dans laquelle se trouvent désormais, à l'hôpital public (cf. infra) un certain nombre de spécialités chirurgicales – chirurgie viscérale, neurochirurgie, chirurgie pédiatrique – ou médicales – pédiatrie, radiologie.

► La DGS est également en charge de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, lancée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Les décrets sont en cours d'élaboration en liaison avec le ministère de l'éducation nationale. Le volet essentiel de la réforme concerne l'accès de tous les étudiants à l'internat. En outre, toutes les spécialités chirurgicales donneront lieu à des études de troisième cycle d'une durée de cinq ans, au lieu de quatre à partir de novembre 2002. Pour les spécialités nécessitant un DESC qualifiant, un passage obligatoire en DES de chirurgie générale est prévu. La formation aura donc une durée de sept ans (cinq ans de DES + deux ans de DESC), s'ajoutant au premier et deuxième cycle des études médicales. Il faudra au total entre 11 et 13 années d'études au minimum après le baccalauréat pour former un chirurgien spécialisé.

La durée des études de spécialité augmente donc, pour des raisons indéniables de qualité, mais sans étude fine sur les conséquences démographiques à court et moyen terme de ces décisions, au moment même où certaines spécialités chirurgicales sont confrontées à une diminution considérable de leurs ressources.

► Les passerelles entre les filières sont rares : dans la nouvelle réforme, il existe un droit au « remords » jusqu'au 4<sup>ème</sup> semestre de formation de spécialité, sous réserve de la compatibilité avec le classement au concours. Par ailleurs, le coordonnateur du cursus peut valider des semestres déjà accomplis par l'interne dans une autre spécialité, mais ces possibilités sont très limitées.

A l'heure actuelle, il est déjà possible de changer de spécialité en repassant le concours dit « européen » d'internat (après trois années d'exercice), qui offre une centaine de places. Cependant seulement six à sept candidats sont reçus chaque année. Initialement ouvert pour recruter des médecins de l'UE, il est quasi exclusivement passé par des nationaux. Les possibilités de redressement entre filières apparaissent donc très modestes.

Au total, la DGS perçoit mal les conséquences sur les hôpitaux de ses décisions en matière de démographie médicale. La Cour des comptes relève, dans son rapport annuel 2002, combien est « *problématique le maintien à la DGS des questions de démographie médicale et d'effectifs des professions de santé, alors que l'organisation des soins, pilotée par la DHOS, dépend fortement des effectifs de professionnels de santé et de leur répartition entre les différents secteurs de soins.* » La mission ne peut que souscrire à cette analyse, l'administration centrale du ministère chargé de la santé ayant, par suite de ce découpage, une très mauvaise visibilité de phénomènes pourtant en grande partie prévisibles.

#### 1.1.1.2 – La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

La DHOS assure, avec le concours des DRASS, des DDASS et des établissements publics de santé, la gestion des concours, des recrutements et des carrières des PH temps plein et temps partiel.

---

<sup>4</sup> NICOLAS G. , DURET M. , *Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, obstétrique, psychiatrie et radiologie*, février 1998.  
DARNIS J.P. , FARBI P. et col. , *mission nationale de contrôle sur les protocoles des 3 et 9 mai 2000 relatifs aux internes, résidents et chefs de cliniques.*

► La sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers comporte quatre bureaux, dont deux, le bureau M3, chargé des PH, et le bureau M4, chargé des concours médicaux hospitaliers (de qui dépend également le centre national des concours de l'internat ou CNCI) s'occupent directement du recrutement et de la gestion des PH ; le bureau M4, chargé de la politique médicale hospitalière et des hospitalo-universitaires s'occupant également de certains aspects les concernant, comme la mise en œuvre de l'aménagement du temps de travail (ARTT).

► Le bureau M3, qui gère environ 26 000 PH temps plein et plus de 5 700 PH temps partiel<sup>5</sup>, dispose de 25 postes, pourvus actuellement par cinq agents de catégorie A, six agents de catégorie B, 11 de catégorie C. Trois postes sont actuellement vacants (un de catégorie A, un de catégorie B, un de catégorie C). La gestion qualitative des PH souffre de cette situation. Les affaires individuelles sont traitées par le chef de bureau et son adjoint, les contentieux par un cadre A et un cadre B, les affaires disciplinaires par un cadre A et un cadre B.

La gestion des recrutements et des mutations des PH est un travail très lourd :

- en décembre de l'année  $n$ , le bureau envoie la circulaire « d'annonce du tour » ;
- en janvier de l'année  $n+1$ , commencent à remonter les demandes de postes, émanant des hôpitaux, puis filtrées et contrôlées successivement par les DDASS, DRASS, en relation avec l'ARH ;
- en mars, intervient la publication des postes au journal officiel. En 2002, leur nombre atteignait 4 631 ;
- de mars à mai, une ou deux listes complémentaires de postes sont publiées au JO, pour tenir compte des retardataires ;
- à partir d'avril, arrivent les candidatures. Commence alors, pour le bureau M3, un travail intense, pour éditer le recueil des candidatures, les trier par discipline, spécialité, région, établissement, vérifier les dossiers, recueillir les avis locaux<sup>6</sup>, en vue de la Commission statutaire nationale (CSN). Un rapporteur est désigné pour présenter les dossiers en CSN ;
- en juin a lieu la CSN, qui siège durant une semaine entière. Outre les nominations de PH temps plein dans un service, la commission statutaire nationale examine également les mutations et les titularisations ;
- en juillet et août de l'année  $n+1$  sont connues les principales affectations, l'intéressé rejoignant son poste (quand il ne l'occupe pas déjà à titre provisoire) dans les mois qui suivent.

Les données de la commission statutaire nationale des PH montrent qu'il ne suffit pas d'ouvrir des postes pour qu'ils soient pourvus :

- en 2001, sur 4 282 postes vacants, il n'y a eu que 2 903 candidats et 2 520 postes ont été pourvus ;
- en 2002, sur 4 631 postes vacants, il n'y a eu que 3 228 candidats et 2 700 postes ont été pourvus.

Le taux de postes pourvus par rapport au postes déclarés vacants et publiés est globalement d'environ 59 %, mais il est plus faible dans certaines disciplines comme l'anesthésie réanimation où il n'atteint que 40 %. Les données détaillées figurent en annexe 5.

<sup>5</sup> 25 545 PH temps plein et 5 770 PH temps partiel le 2 décembre 2002, par exemple.

<sup>6</sup> Sauf en psychiatrie, spécialité pour laquelle ils ne sont statutairement pas requis.

Le bureau M3 a du faire face, en 2002, à l'organisation d'une nouvelle procédure, qui a entraîné un surcroît de travail. Il s'agit des postes déclarés prioritaires par les ARH, selon des critères qui leur sont propres, ces postes bénéficiant de certains avantages (cf. infra). Il est trop tôt, pour le moment, pour se prononcer sur les résultats de cette mesure.

En définitive, toute nomination de PH temps plein se fait au niveau central pour un service hospitalier donné d'un établissement de santé donné. Les praticiens et leurs syndicats se montrent attachés à cette nomination « par le ministre », les premiers parce qu'ils y voient un gage d'indépendance et d'égalité vis à vis des directeurs d'hôpitaux, nommés de la même manière, les seconds parce qu'elle leur assure également une représentation au niveau national dans les grandes instances et commissions concernées. En revanche, cette décision bloque ensuite les adaptations de la fonction ou du service aux nécessités de restructuration, lorsque le PH ne veut pas les accepter.

► Le bureau M4 dispose de son côté de 16 postes, actuellement pourvus par un agent de catégorie A et un contractuel de niveau équivalent, sept agents de catégories B, quatre agents de catégorie C. Trois postes sont vacants.

Le concours de PH est organisé à l'échelon national, les opérations d'inscription se faisant auprès des DRASS. Les épreuves écrites ont lieu en novembre, l'oral en janvier-février. Le nombre de candidats est proche de 4 000. Le taux d'admission dépend de la discipline : en radiologie et psychiatrie, où l'on manque de candidats, il est plutôt élevé ; en chirurgie, malgré les difficultés de recrutement, il demeure sélectif ; en oxyologie, les candidats restant nombreux (800 pour 500 postes) une certaine sélection est possible. Les candidats anciens internes et anciens chefs de clinique-assistants (CCA) sont pratiquement sûrs d'être reçus.

Mais, accaparé par l'organisation des concours, le bureau a du mal à dégager du temps pour les tâches d'information, permettant de renseigner les candidats sur les filières et les besoins. A cet égard, la DRASS de Paris, qui a pour interlocuteurs 1 300 candidats, signale, dans une note du 5 août 2002, un certain nombre de problèmes :

- les candidats ne disposent pas de brochures d'information faisant apparaître les conditions d'inscription, la finalité du concours et les conséquences des choix ;
- les textes, fréquemment modifiés, sont peu lisibles par des personnels en général non familiers des subtilités juridiques ;
- les candidats à titre étranger découvrent lors de l'inscription l'existence d'une double procédure d'autorisation d'exercice (en qualité de PAC et de PH de plein exercice) ce qui retarde d'un an leur inscription ;
- le contenu du dossier technique donne lieu à d'innombrables demandes d'informations supplémentaires auprès des DRASS ;
- le calendrier des inscriptions est annoncé insuffisamment à l'avance.

Accaparée par la gestion du quotidien, la sous-direction n'a pas la possibilité d'engager sur l'avenir des PH une véritable réflexion stratégique – quelle politique met-on en place pour faire face aux pénuries annoncées ? Comment valoriser le travail des praticiens ? Quel rôle pour les ARH et les services déconcentrés de l'Etat dans la gestion des postes ? La valeur ajoutée de l'administration centrale, pour réelle en termes de tâches effectivement réalisées dans la gestion administrative, et malgré la qualité et le dévouement de ses personnels,

apparaît faible. En particulier, les délais de nomination sont longs<sup>7</sup>. Ils conduisent à une absence de réactivité des hôpitaux pour répondre aux besoins des usagers, face à une concurrence du secteur privé qui a su ces dix dernières années se restructurer en profondeur.

► enfin le bureau M2, qui a la charge de transposer les directives européennes sur le temps médical et l'ARTT, dispose de 12 postes, actuellement pourvus par trois agents de catégorie A, deux directeurs d'hôpital, un contractuel de niveau équivalent, soit au total six agents de catégories A ou équivalents, deux agents de catégories B, quatre agents de catégorie C.

### 1.1.2 – A l'échelon régional, le croisement des compétences entre le préfet et le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation ne favorise pas une vision prospective des besoins

#### 1.1.2.1 – Le rôle des préfets (DRASS, DDASS)

► Le préfet – par l'intermédiaire de la DRASS – assure seul la gestion des internes (et donc des futurs PH et PU-PH). Les propositions d'ouverture de postes d'internes sont faites au niveau des régions par une commission régionale des études médicales (CREM), composée de représentants de l'Université, de la société civile et des élus. Ses choix tiennent compte des données statistiques antérieures ainsi que des avis donnés par les internes à la fin de leur stage.

L'un des enjeux essentiels pour les services déconcentrés – à l'exception sans doute de l'Ile de France et de PACA, bien pourvus en PH dans toutes les disciplines – est de fidéliser les internes. Mais pour deux raisons au moins, ils n'en ont pas réellement les moyens :

- d'abord, le nombre de postes de chefs de clinique attribué dans chaque région dépend de l'Université. Certaines régions sont particulièrement défavorisées (la Haute-Normandie, par exemple). Le faible nombre de postes de chefs de cliniques créés contribuent alors au départ des internes vers des régions mieux dotées. Dans la plupart des cas, ces personnels ne reviennent pas prendre un poste de PH dans leur région d'internat ;
- ensuite, les internes formés souhaitent travailler en priorité dans des équipes dynamiques où ils peuvent trouver leur place. Or la création de postes ne dépend pas du préfet mais de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), qui ne joue aucun rôle dans la gestion des internes.

► Les procédures administratives de gestion des médecins sont assurées pour l'essentiel par les services déconcentrés en relation avec l'administration centrale. Le recensement des vacances de postes de PH temps plein et temps partiel est effectué par les DRASS et les DDASS. Ce sont les DRASS qui réunissent les commissions paritaires régionales pour l'examen de la titularisation des PH temps plein<sup>8</sup>, avant que la commission statutaire nationale

---

<sup>7</sup> Au minimum 18 mois entre la date de délibération par le CA d'un établissement de santé de la création d'un poste de PH et l'installation de ce PH et sa prise de fonction.

<sup>8</sup> Il s'agit des PH reçus sur la liste d'aptitude au titre des épreuves de concours de type II pour lesquels la commission statutaire nationale doit se prononcer au terme de leur période probatoire. Des décrets récents ont fait disparaître ces différences. Tous les praticiens issus du concours de type II effectuent désormais une période probatoire.

ne se prononce et que le ministre ne les nomme. Ce sont elles aussi qui accueillent les candidats et examinent la recevabilité de leur dossier pour les concours de PH temps plein et temps partiel<sup>9</sup>.

Les DRASS ont également un rôle décisif dans la nomination des PH temps partiel puisqu'elles les nomment, après avis de la commission statutaire régionale. Le suivi des avancements d'échelon des PH temps plein et temps partiel dépend des DDASS.

Par ailleurs, la nomination des praticiens contractuels et des praticiens à titre provisoire est de la compétence exclusive du préfet du département, sur proposition du médecin inspecteur régional.

► La dualité d'autorité de gestion entre le niveau national, pour les PH temps plein, et le niveau régional, pour les PH temps partiel, est source de complexité et d'inégalité. Les premiers sont nommés directement par arrêté du ministre, les seconds par arrêté du préfet de région, alors même que le concours d'accès à l'un ou l'autre de ces corps est unique. Les personnes inscrites sur la liste d'aptitude au concours de PH peuvent en effet postuler indifféremment à un poste temps plein ou temps partiel.

Les PH temps plein, reçus au titre des épreuves de type II, sont soumis à une période probatoire d'un an avant leur titularisation. Depuis le décret 2001-877 du 19 septembre 2001, un PH temps partiel pouvait être nommé immédiatement dans un établissement, sans période probatoire préalable. La procédure de renouvellement quinquennal des PH temps partiel ayant été supprimée par la loi de modernisation sociale<sup>10</sup>, le praticien devenait d'emblée inamovible. Le décret n° 2002-1422 du 6 décembre 2002<sup>11</sup>, en instaurant une période probatoire pour les PH temps partiel selon des modalités similaires à celles existant pour les PH temps plein, a réparé cette anomalie.

Le suivi des avancements d'échelon des PH temps plein et temps partiel dépend des DDASS. Ces avancements ont un caractère automatique. La DDASS ne peut donc avoir de valeur ajoutée sur ce sujet. Les agents utilisent, pour la publication des arrêtés individuels, le logiciel SIGMED.

Les moyens mis en œuvre par les services déconcentrés dans cette chaîne de décisions à caractère administratif sont loin d'être négligeables. Pour une petite région comme la Haute-Normandie, pour la seule DRASS, les tâches diverses de traitement du recrutement, de la gestion des carrières, de la préparation des concours, du suivi des postes et de la réglementation occupent cinq personnes environ ; dans une région plus grande comme l'Île-de-France, 11 personnes sont réparties dans une « cellule concours » et une « cellule PH » (trois agents de catégorie A, quatre de catégorie B, quatre de catégorie C) et trois médecins apportent leur concours à cette gestion. Un médecin est spécialement chargé du fonctionnement du comité médical (cf. infra).

---

<sup>9</sup> Ce sont les ARH qui toutefois assurent la déclaration de vacances des postes de PH à temps partiel.

<sup>10</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, article 61.

<sup>11</sup> modifiant le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics, JO n° 286 du 8 décembre 2002, page 20 312 et suivantes.

### 1.1.2.2 – Le rôle des Agences régionales d'hospitalisation

Les ARH n'ont pas de pouvoir direct dans la gestion quantitative et qualitative des PH. Au départ, elles ont été créées pour être des « administrations de mission » et non « des administrations de gestion ». Au fil du temps cependant, il leur a été demandé d'intervenir dans la gestion. La mise en œuvre de l'ARTT, pour les médecins comme pour les personnels de la fonction publique hospitalière, au cours de l'année 2002, témoigne de cette évolution.

Mais la question de savoir si les ARH ont un rôle significatif dans la gestion des ressources médicales est loin d'être tranchée. Les agences des régions petites et plus pauvres en médecins ont eu tendance à s'engager dans cette gestion. C'est le cas par exemple de la Haute-Normandie, qui a mis en place avec le CHU une politique spécifique concernant les PH : postes partagés entre plusieurs établissements ; tentative de fidélisation des internes par la création de postes attractifs au sein d'équipes médicales dynamiques. Au contraire, des grandes régions aux effectifs médicaux abondants, comme l'Ile-de-France ou la région PACA, sont restées plus en retrait, laissant ce rôle de gestion aux services déconcentrés de l'Etat.

► Les leviers juridiques dont disposent les ARH ne concernent que les aspects quantitatifs de la gestion médicale et ont une portée limitée. Les ARH peuvent intervenir en utilisant le SROS, notamment par le biais des contrats d'objectifs et de moyens, au moment des campagnes budgétaires, en créant ou non des postes médicaux. La procédure des créations de postes n'a lieu en général qu'une seule fois dans l'année. Les plus importantes régions peuvent néanmoins traiter deux fois par an les demandes des hôpitaux.

En fonction des priorités dégagées par la région, sont examinées les demandes de création de postes des établissements, classées en fonction de la discipline et du rang de priorité local affiché. La plupart des ARH font parvenir aux hôpitaux une lettre de cadrage permettant d'arbitrer entre les requêtes multiples des établissements hospitaliers. Mais il s'agit d'une intervention à la marge, rendue plus importante par le contexte particulier de la mise en œuvre de l'ARTT médicale, qui augmente de façon conjoncturelle les exigences hospitalières.

L'analyse montre que si, dans le meilleur des cas, les ARH<sup>12</sup> retiennent comme critères de choix pour les postes demandés, outre leur opportunité, leur coût direct ainsi que les données du PMSI<sup>13</sup>, aucune n'a les moyens d'évaluer les coûts induits par une création de poste. De même, aucun bilan n'est demandé aux hôpitaux, une fois le médecin installé, pour connaître les gains de productivité ou les surcoûts.

Les directeurs d'ARH n'ont pas d'influence sur le stock de postes existant. Ils ne peuvent pas les remettre en cause puisque la nomination initiale a été faite par le ministre. Seul ce dernier a la possibilité statutaire, hors mutation volontaire, d'affecter un médecin dans un autre poste que celui dans lequel il travaille, en utilisant la procédure de détachement d'office (cf. infra).

#### A) Les ARH n'ont aucun rôle dans les mutations

L'information sur les vacances de postes dans les établissements ne remonte pas, en principe, par les ARH, sauf volonté spécifique des services déconcentrés. L'inspection régionale de la

---

<sup>12</sup> Les fiches envoyées par les établissements sont traitées en commission exécutive de l'ARH avec la DRASS, l'assurance maladie et les DDASS concernées (MID).

<sup>13</sup> C'est le cas en PACA, où l'on mesure la productivité des cliniciens grâce à l'activité comptabilisée en RSA (nombre de RSA produit rapporté à l'effectif médical).

santé (DRASS) ne contrôle les diplômés et ne donne un avis au préfet sur l'utilisation des postes vacants que si les médecins contractuels ou les praticiens nommés à titre provisoire le sont pour une période supérieure à trois mois. Pour des périodes plus courtes, les directeurs peuvent nommer les candidats de leur choix. Mais il arrive qu'une fois la personne engagée, l'établissement cherche à régulariser la situation sans se soucier de sa conformité réelle au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)<sup>14</sup>.

*B) Le rôle des ARH pourrait être plus important pour la nomination et le renouvellement des chefs de service ou de département*

Si les nominations de chef de service ou de département échappent aux ARH, elles traitent en revanche les demandes de renouvellement. Mais en pratique, le nombre de titulaires non reconduits est très faible (cf. infra). L'acte déterminant reste en effet celui de la première nomination qui est du ressort du ministère, après l'avis du conseil d'administration de l'hôpital (CA) et de la CME.

Chaque année, les ARH sont ainsi confrontées à un nombre important de demandes de renouvellement de chefferie de service<sup>15</sup>. En dehors de contrats internes passés entre la direction de l'hôpital et le chef de service, et donc d'indicateurs objectifs, elles ne peuvent juger qu'à partir du projet du chef de service et d'un bilan purement déclaratif. Sauf si l'intéressé renonce à sa fonction ou si la CME ou le conseil d'administration donnent un avis défavorable au renouvellement (ce qui est particulièrement rare), cette dernière ne peut, dans les faits, que renouveler le chef de service.

*C) Le SROS : un outil privilégié, mais une situation très contrastée selon les régions.*

L'élaboration du SROS est guidée par la nécessité d'assurer la complémentarité des secteurs hospitalier public et privé, afin de mieux répondre aux besoins de santé. La capacité de l'ARH à inciter les hôpitaux à adopter une démarche commune pour la gestion des postes médicaux est donc un critère de réussite. L'ARH peut notamment intervenir sur la gestion des ressources médicales à plusieurs niveaux, via le régime d'autorisations des équipements lourds et de la mise aux normes de certaines activités, les modes de coopérations<sup>16</sup> entre établissements, comme par exemple une convention de mise à disposition d'un médecin consultant d'un établissement important vers un site hospitalier plus petit et les restructurations entre le secteur public et privé qu'elle tente d'accompagner sur le plan budgétaire.

Pour autant, le SROS apparaît comme un outil délicat à utiliser. Son suivi sur le terrain est effectué par des équipes communes de la DRASS, des DDASS et des médecins conseils de l'assurance maladie. Au terme des visites de conformité, cette équipe adresse une synthèse générale de ses observations à l'ARH. Mais, comme dans une des régions visitées par la mission, les décisions découlant de ce type de contrôle ne sont pas toujours mises en œuvre. Les services déconcentrés sont en effet parfois confrontés à des choix antinomiques : qualité de fonctionnement de structures – maternités, services des urgences, par exemple – ne répondant plus aux normes et imposant leur fermeture d'un côté, et impératifs d'aménagement du territoire, supposant leur maintien, d'un autre côté. Soutenus par les élus, les

---

<sup>14</sup> Ceci s'est produit par exemple au Puy, où sur un poste d'orthopédiste vacant, la direction a recruté un chirurgien viscéral.

<sup>15</sup> Par exemple, 70 renouvellements de chefs de service en 2002 en Haute Normandie.

<sup>16</sup> Le rôle des ARH est essentiellement incitatif.



établissements tentent alors de maintenir ces structures, en faisant appel à des médecins engagés dans des circonstances discutables, notamment dans le cadre de l'intérim (cf. infra).

Dans d'autres cas, l'Ile-de-France par exemple, l'utilisation du SROS est plus probante. La mise en œuvre des SROS, composés de plusieurs volets (chirurgie infantile, urgences pédiatriques, cardiologie, ...) y a été conçue de manière pragmatique et minutieuse. La connaissance des professionnels joue un rôle essentiel (engagement personnel, formation, antécédents) dans l'application de ces volets. Les difficultés sont en effet plus ou moins grandes selon les secteurs : si dans cette région la réorganisation du fonctionnement de la chirurgie évolue favorablement, notamment dans le secteur privé (fermetures de 50 sites en six ans, adaptation des médecins à une organisation plus efficiente), la réanimation néo-natale s'avère un sujet difficile, compte tenu de la pénibilité du métier (gardes nombreuses, contraintes fortes) et de la raréfaction des personnels. Le secteur public reste encore en retrait pour engager de véritables restructurations.

La DHOS a également confié aux ARH la charge d'établir la classification des postes en secteur prioritaires ainsi que les mesures complémentaires d'accompagnement. Mais il s'agit de mesures relativement marginales en termes de gestion qui ne remettent pas en cause le centralisme de la gestion actuelle.

► Les ARH n'ont pas d'influence sur la gestion qualitative des PH, quand bien même il leur est demandé de restructurer l'offre de soins. De ce fait, peu d'entre elles ont engagé une réflexion dans ce domaine. Elles n'ont aucun rôle dans la création des postes d'internes, qui est du ressort des préfets (DRASS). Dans beaucoup de régions, l'accréditation des activités médicales ne fait que débiter. Dans ce contexte, les régions ne sont pas encore prêtes à engager un processus d'évaluation individuelle des médecins.

### 1.1.3 – A l'échelon local, l'établissement de santé n'est qu'un partenaire mineur dans la gestion des PH

Il n'existe pas de formalisation des procédures lors de l'examen des candidatures de praticiens. Pas de grille d'analyse ni de tableau comparatif des différentes qualités des candidats, pas de fiche récapitulative de carrière, pas de jury. L'avis émis s'apparente à une simple cooptation, sans approche professionnelle du recrutement, étape pourtant essentielle.

#### *1.1.3.1 – Le conseil d'administration (CA) n'a pas de rôle direct*

Selon l'article L.6143-1 du CSP, le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement. A ce titre il délibère sur :

- le projet d'établissement, y compris le projet médical,... après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement...
- les créations, suppressions, transformations de structures médicales, pharmaceutiques...
- les emplois de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel à l'exception des personnels hospitalo-universitaires et des internes...
- la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L 6121-5 du CSP, d'une communauté d'établissements mentionnée à l'article 6121-6...

Le conseil d'administration intervient donc à plusieurs niveaux de l'organisation médicale, aussi bien en ce qui concerne les orientations médicales de l'établissement, la structuration des services médicaux ou les modes de coopérations mis en œuvre par l'établissement, qu'il s'agisse des réseaux de soins, des fédérations médicales ou des syndicats inter hospitaliers. Mais, s'il donne un avis sur la nomination des PH temps plein et temps partiel, sur la nomination des chefs de service, il ne recrute pas les médecins et ne gère pas leur carrière. Enfin le pouvoir octroyé au conseil d'administration dans l'évolution des structures médicales s'inscrit dans les limites fixées par le SROS.

*1.1.3.2 – La CME a une influence indirecte dans la gestion des praticiens hospitaliers, les avis qu'elle formule sont parfois davantage le reflet de la somme d'intérêts individuels que de celui de l'établissement*

Composée de représentants des personnels médicaux et pharmaceutiques, la CME est l'un des organes représentatifs des établissements de santé (article L.6144-1). Certains de ses membres font partie du conseil d'administration. Le président et le vice-président de la CME en sont membres de droit. Le poids du corps médical est important dans le conseil d'administration. Pour les délibérations qui engagent l'avenir de l'établissement, le conseil d'administration pourrait aller à l'encontre des positions prises par la CME, mais dans la réalité, cette situation est rare. Le président de la CME est par ailleurs obligatoirement entendu, avant le vote du CA, sur le projet d'établissement et sur le projet médical.

La CME est en principe présente dans tous les projets structurants. C'est elle, avec le directeur, qui prépare le projet médical. La constitution d'un réseau de soins, les actions de coopération avec d'autres établissements, les modalités de constitution des centres de responsabilité ainsi que la désignation des responsables de ces centres sont examinés par la CME.

Plus concrètement, l'avis de la CME est requis pour la nomination des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, à l'exception des psychiatres. Il l'est aussi pour la nomination des chefs de service ainsi que pour le renouvellement de leur mandat. Les contrats conclus entre un praticien hospitalier et l'hôpital pour l'activité libérale transitent également pour avis par la CME. La CME intervient aussi dans la vie de l'établissement pour d'autres domaines qui peuvent avoir un impact indirect sur la gestion des praticiens hospitaliers : les équipements médicaux, les travaux dans les services, la politique du médicament, la constitution de fédérations de services... par le biais de différents comités dont l'influence peut avoir des conséquences sur la qualité de travail des PH.

Cependant, certaines CME font preuve d'initiatives pour la recherche prospective de compétences médicales (par exemple à Vesoul<sup>17</sup>). Mais cette situation est rare.

*1.1.3.3 – Le chef de service ou de département n'a pas d'impact sur la gestion statutaire des PH mais seulement sur sa situation au quotidien*

En principe, le chef de service n'a pas de rôle dans la gestion statutaire des PH puisque, par exemple, seule la CME donne son avis pour les recrutements (à l'exception des psychiatres, pour lesquels l'avis n'est pas requis). Mais dans les faits, le rôle du chef de service est déterminant puisqu'il règle l'activité quotidienne du PH. C'est lui en effet qui

---

<sup>17</sup> Le CHG est parvenu à susciter plusieurs candidatures de PH sur certains postes, ce qui a résulté d'une démarche volontariste de la CME soutenue par l'administration.

assure la conduite générale du service et organise son fonctionnement technique, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle. Le PH à la tête d'une unité fonctionnelle ne peut agir que dans le cadre de l'organisation établie par le chef de service.

L'expérience montre toutefois qu'aucun établissement n'a utilisé les possibilités ouvertes par les textes pour optimiser le fonctionnement des services ou des unités fonctionnelles. Ainsi, il n'existe pas de contractualisation interne ni de modalités d'intéressement aux résultats ni de prise en compte des conséquences négatives, pour le service ou pour les unités fonctionnelles, d'un dysfonctionnement lié au comportement d'un PH. Cette situation peut expliquer le jugement désabusé de nombreux chefs de service sur la faible utilité de leur fonction.

#### *1.1.3.4 – Le directeur ne dispose que d'un pouvoir d'influence pour gérer les situations individuelles*

A priori, le directeur de l'établissement de santé n'a pas de rôle direct dans la gestion des PH. Il n'assure pas les nominations puisque les décisions sont prises par le ministre. Il ne donne pas son avis sur la désignation des chefs de service, ni sur leur renouvellement puisque ces avis sont ceux formulés par la CME et le CA. De même, à l'issue de la période probatoire d'un PH, son avis n'est pas requis, même si, dans les faits, il est souvent joint.

En cas de conflit entre un PH, son chef de service et/ou l'administration de l'hôpital, ou en cas de comportement litigieux, l'absence d'outils juridiques peut être paralysante. Le directeur n'a pas de réelles possibilités de rétablir le bon fonctionnement du service. Son rôle s'apparente à celui d'un simple gestionnaire administratif (traitement des procédures pour les vacances de postes, les nominations, le suivi des carrières des PH pour que les données soient transmises en temps utile aux autorités de tutelle chargées d'émettre les arrêtés de changement d'échelon, règlement de la paye...).

En réalité, dans les situations habituelles, le directeur n'est pas dénué d'influence dans la gestion des PH. Il induit l'action du conseil d'administration<sup>18</sup> et, à ce titre, agit en amont de la gestion des PH. De même, il travaille en étroite collaboration avec la CME<sup>19</sup> et est destinataire, de la même manière que le président de la CME, du rapport d'activité et d'évaluation établi par chaque chef de service tous les deux ans, pour préciser l'état d'avancement du projet de service. Il est à l'origine du projet d'orientation budgétaire qu'il soumet au CA (définition des objectifs et des moyens pour l'année à venir) préalable à la détermination du budget initial. C'est à ce niveau que sont connues les demandes de l'établissement pour les créations, transformations ou suppressions de postes de PH. Enfin le directeur, qui a la charge d'établir la liste de garde, peut à cette occasion exclure un praticien de celle-ci.

---

<sup>18</sup> Il prépare les travaux du CA. Il est chargé des décisions du CA et met en œuvre la politique définie par ce dernier. Il est compétent pour régler les affaires autres que celles du ressort du CA. Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel.

<sup>19</sup> Il prépare avec cet organisme le projet médical, les mesures d'organisation des activités médicales, la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité.

Au regard de ces capacités, il est difficile d'affirmer qu'il n'a pas d'influence sur la définition des besoins médicaux et sur la gestion prévisionnelle des postes. Mais formellement sa situation dans la gestion des PH est ambiguë : capacité à promouvoir une politique médicale globale, impossibilité de gérer les situations médicales individuelles.

\* \*  
\*

L'analyse qui précède montre que chacun des acteurs de l'hôpital pèse au moins indirectement sur la gestion des praticiens hospitaliers. Mais en même temps il apparaît qu'aucun d'entre eux n'a un pouvoir réel qui lui permettrait de manière claire de définir et de maîtriser les besoins en termes de compétences médicales nécessaires à l'établissement.

## **1.2 – Des instruments de gestion insuffisamment performants**

Les outils dont dispose l'administration pour assurer une gestion efficace des personnels médicaux sont, pour la plupart, définis par le statut de ces personnels et conditionnés par les moyens d'information et d'anticipation accessibles.

### 1.2.1 – Le statut unique, censé répondre à des situations variées, n'est plus adapté

Les statuts des personnels médicaux hospitaliers sont déterminés par des décrets en Conseil d'Etat. Comme d'autres agents publics, militaires ou magistrats, qui relèvent de statuts spécifiques, les médecins hospitaliers n'ont pas la qualité de fonctionnaire.

#### *1.2.1.1 – Des traits communs avec le statut des fonctionnaires et des différences notables*

##### *A) Les similitudes*

Le médecin hospitalier n'est pas un fonctionnaire, mais a tous les caractères d'un agent public :

- la réglementation est identique pour tous les praticiens placés dans la même situation ;
- le praticien ne peut négocier ses conditions d'emploi. Sa rémunération est déterminée par voie réglementaire ;
- cette rémunération a le caractère d'un salaire. Le lien de subordination entre le médecin et l'établissement entraîne son affiliation obligatoire à la sécurité sociale. De même, les sommes qu'il perçoit pour la rémunération de son activité sont assimilées à un traitement et non aux bénéfices des professions non commerciales, comme c'est le cas pour les médecins libéraux.

L'activité jurisprudentielle a contribué à fonder le statut du personnel médical hospitalier. Cependant, l'influence du corps médical et la nécessité de tenir compte des évolutions à la fois techniques, mais aussi administratives et financières, du service public de la santé ont conduit à l'adoption d'un régime particulier et protecteur. (cf. infra)

### B) Les particularités

L'enseignement et la recherche induisent des spécificités statutaires qui ne concernent en théorie que les praticiens hospitalo-universitaires<sup>20</sup>. Cependant, depuis que les praticiens hospitaliers ont été admis dans les CHU, pour les « *emplois placés hors de l'application des dispositions du chapitre II<sup>21</sup> du titre IV du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique* »<sup>22</sup>, certains d'entre eux prennent une part de plus en plus active dans l'enseignement voire dans la recherche. Ces activités ne sont pas prises en compte par le statut.

L'ouverture de l'hôpital sur la médecine de ville est source de particularités statutaires. Il permet l'exercice à temps partiel. Surtout il est possible à un praticien hospitalier temps plein d'avoir une activité privée au sein même de l'hôpital où il exerce habituellement. L'activité libérale ainsi permise est bien différente des règles habituelles de non-cumul qui s'appliquent aux fonctionnaires.

Le médecin hospitalier relève de son statut fonctionnel pour l'exercice médical. La tradition, la déontologie médicale et la jurisprudence lui reconnaissent une totale indépendance dans l'exercice de son art<sup>23</sup>. Les statuts tiennent compte de l'absence d'intervention hiérarchique dans la relation au malade.

### C) L'indépendance des médecins vis-à-vis de l'autorité administrative

A l'hôpital, l'autorité est représentée par le directeur. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier. Il assure la conduite générale de l'établissement. « *A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.* »<sup>24</sup>

La qualité d'agent public du praticien hospitalier qui découle de la subordination administrative à son établissement, n'a pas pour conséquence de supprimer sa liberté thérapeutique. Le code de déontologie propre à la profession rappelle que : « *le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel [...] par statut à une administration [...] n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant [...] l'indépendance de ses décisions.* »<sup>25</sup> Le directeur, l'administration hospitalière ne peuvent donc intervenir directement dans son activité de soins.

### D) L'absence de subordination hiérarchique dans l'exercice médical

Au sein d'un service ou département, c'est le chef de service ou de département qui assure la conduite générale et organise le fonctionnement technique dans le respect de la

<sup>20</sup> Ces derniers sont des fonctionnaires de l'éducation nationale.

<sup>21</sup> Ce chapitre est relatif à l'organisation hospitalière et universitaire.

<sup>22</sup> Art. 1<sup>er</sup> du Décret n° 84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers. Cet article a été récemment modifié par le décret n° 2002-1421 du 6 décembre 2002. Il mentionnait auparavant les « *emplois placés hors du champ de l'ordonnance du 30 décembre 1958 susvisée* ».

<sup>23</sup> Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale (articles 5 et 8).

<sup>24</sup> Code de la santé publique, art. L. 6143-7.

<sup>25</sup> Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de la déontologie médicale, art. 95.

responsabilité médicale de chaque praticien<sup>26</sup>. Selon le code de déontologie, « *l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.* »<sup>27</sup>. « *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance...* »<sup>28</sup>. Ces dispositions protègent le praticien contre l'intervention directe de son chef de service ou de département dans son activité de soins.

Dans ses fonctions, le praticien hospitalier, comme tout médecin, « *est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement...* »<sup>29</sup> qui ne dépassent pas ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

### 1.2.1.2 – Un statut identique pour toutes les disciplines et toutes les situations

#### A) Recrutement et nomination : des procédures longues et complexes

Des décrets statutaires distincts règlent la situation des PH temps plein et la situation des PH temps partiel. Mais, au sein de ces deux corps de praticiens, les règles statutaires sont communes à toutes les disciplines : « *Les médecins, chirurgiens, psychiatres, spécialistes, biologistes, pharmaciens, odontologistes des hôpitaux constituent le corps unique des praticiens hospitaliers dans toutes les disciplines médicales, biologiques, pharmaceutiques et odontologiques et leurs spécialités...* ». Les dispositions statutaires s'appliquent donc de façon uniforme quelle que soit la discipline ou la spécialité et ce en dépit de modes d'exercice sensiblement différents. Les exigences de service sont identiques quel que soit le mode d'organisation retenu (service continu ou non).

Les principes de recrutement des PH s'inspirent des modes de sélection utilisés dans l'administration. Le médecin candidat à un poste hospitalier doit remplir les conditions préalables et réussir un concours national qui lui permet d'être inscrit sur une liste d'aptitude<sup>30</sup>. Cette liste est unique pour faire acte de candidature à des postes de praticien temps plein ou temps partiel.

Les nominations sont prononcées différemment selon la catégorie de praticiens.

**Tableau 2. Modes de nomination des praticiens hospitaliers**

Catégorie d'emploi	Avis	Autorités chargées de la nomination
Praticiens hospitaliers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- commission médicale d'établissement*</li> <li>- conseil d'administration*</li> <li>- commission statutaire nationale</li> </ul>	Ministre chargé de la Santé
Praticiens exerçant leur activité à temps partiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- commission médicale d'établissement</li> <li>- conseil d'administration</li> <li>- commission paritaire régionale</li> </ul>	Préfet de région

\* *sauf en ce qui concerne les postes à pourvoir en psychiatrie, pour lesquels ces avis ne sont pas requis.*

<sup>26</sup> Code de la santé publique, art. L. 6146-5.

<sup>27</sup> Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de la déontologie médicale, art. 69.

<sup>28</sup> Ibid., art. 8.

<sup>29</sup> Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de la déontologie médicale, art. 70.

<sup>30</sup> Décret n° 84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers, art. 12 alinéa 5.

Ces procédures sont lourdes et longues ce qui ne permet pas toujours de répondre aux soucis des établissements de pourvoir dans des délais raisonnables les postes vacants ou nouvellement créés (cf. supra).

*B) Les postes à recrutement prioritaire : une disposition statutaire nouvelle qui n'a pas encore fait ses preuves*

Introduite à l'article 5 du décret statutaire par le décret 2001-876 du 19 septembre 2001, cette disposition vise à favoriser le recrutement sur des postes difficiles à pourvoir en raison de leur situation géographique et ou de leur nature (difficultés d'exercice). La vacance de postes à recrutement prioritaire fait l'objet d'une publication distincte de celle des autres postes. Le praticien nommé ou en fonction sur un poste déclaré à recrutement prioritaire s'engage à exercer ses fonctions pendant 5 ans. Il bénéficie d'une allocation unique spécifique versée en une seule fois et d'un avancement accéléré d'une durée de deux ans<sup>31</sup>.

Cette disposition n'a pas encore fait la preuve de son efficacité. Elle est trop récente pour que l'on puisse analyser ses effets avec un recul suffisant. Un bilan significatif pourrait être réalisé après les nominations en 2004.

A l'issue de la commission statutaire nationale de 2002, première année d'application du dispositif, 243 PH ont été nommés à un poste à recrutement prioritaire parmi les 740 déclarés vacants. Pour les 3 886 postes vacants non prioritaires, 2 453 candidats ont été nommés.

**Tableau 3. Taux d'attractivité comparée des postes à recrutement prioritaire et des postes non prioritaires**

<b>France entière et DOM</b>	<b>Postes non prioritaires</b>	<b>Postes prioritaires</b>
Postes publiés	3 886	740
PH nommés	2 453	243
Taux de nomination (PH nommés/ Postes publiés)	63,1 %	32,8 %

Source : DHOS, bureau M3

Le taux de nomination représente l'attractivité des postes. Il est normal qu'il soit moins élevé pour les postes à recrutement prioritaire qui correspondent à des spécialités ciblées et sont par nature plus difficiles à pourvoir que l'ensemble des autres postes, toutes spécialités confondues. Un effet positif semble toutefois être observé pour la Franche-Comté, région pour laquelle le nombre de postes à recrutement prioritaire est significatif.

**Tableau 4. Taux d'attractivité comparée des postes à recrutement prioritaire et des postes non prioritaires**

<b>Franche-Comté</b>	<b>Postes non prioritaires</b>	<b>Postes prioritaires</b>
Postes publiés	124	43
PH nommés	41	22
Taux de nomination (PH nommés/ Postes publiés)	33,1 %	51,2 %

Source : DHOS, bureau M3

<sup>31</sup> Décret n° 84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers, art. 28 alinéa 4 et art. 27-1

Une analyse du dispositif sur deux ou trois années devrait permettre de mieux apprécier son efficacité. L'ensemble des données comparatives par région figure en annexe 6.

*C) Une mobilité géographique faible*

La mobilité est normalement un des outils de gestion dynamique des ressources humaines. Elle est aussi une garantie statutaire du fonctionnaire. Le statut des praticiens hospitaliers comporte de telles garanties. Il est prévu en effet que les praticiens en exercice dans un établissement puissent se porter candidat pour un poste vacant dans le même établissement ou dans un autre établissement sous réserve d'un temps de service effectif dans leur emploi<sup>32</sup>. La mutation se fait donc normalement à la demande de l'intéressé.

Mais le statut ne contient aucune disposition favorisant la mobilité. Il incite plutôt les praticiens à rester sur place. L'immobilisme géographique est lié à plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer la spécialisation, le caractère personnel des relations avec les patients, l'attachement à la région d'origine ou de formation, les raisons personnelles ou familiales... Les tentatives d'obligation statutaire à la mobilité géographique se sont soldées par des échecs<sup>33</sup>.

Si les mutations sont plus courantes dans le cadre d'une candidature à un poste de chef de service, elles ne font pas partie des habitudes de la communauté médicale.

Les candidatures à la mutation sont donc examinées avec scepticisme. Le candidat est considéré a priori comme instable ou même suspect d'autant que les mutations constituent un moyen détourné pour résoudre des conflits de personnes dans les établissements (cf. infra).

En 2002, sur 2 700 nominations de praticien à plein temps, moins d'un quart correspondait à des mutations (dont certaines étaient d'ailleurs internes à un établissement). Le nombre des mutations représente un peu moins de 2,5 % de l'effectif total des praticiens hospitaliers. La DHOS ne dispose pas encore de données précises sur la mobilité des praticiens. Les résultats de l'étude qu'elle a commandée à un prestataire extérieur ne sont pas encore connus<sup>34</sup>.

N'encourageant pas la mobilité, le statut ne facilite pas les réorganisations internes et les regroupements entre établissements. En effet, dans la mesure où le PH est nommé dans un service d'un établissement, il ne peut être déplacé qu'avec son accord. La procédure de détachement dans l'intérêt du service est rarement utilisée.

*D) Des dérogations à l'obligation de service*

Les praticiens hospitaliers « consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention sous réserve des dispositions de l'article 28 ... »<sup>35</sup>

Le statut des praticiens hospitaliers prévoit des dérogations classiques auxquelles s'ajoute la possibilité exorbitante du droit commun de la fonction publique d'exercer une activité libérale au sein de l'hôpital public (cf. infra). Les praticiens peuvent notamment être autorisés à effectuer ou donner des expertises sur la demande, soit d'une autorité administrative ou

<sup>32</sup> Statut des PH art. 12 et des PH temps partiel art. 5.

<sup>33</sup> Une obligation de mobilité géographique a été introduite dans le statut des hospitalo-universitaires pour les PU-PH en 1984. Elle n'a pas été appliquée et a été supprimée en 1987.

<sup>34</sup> Etude de la mobilité des praticiens hospitaliers entre les CHU et les CH.

<sup>35</sup> Art. 29 du Décret n° 84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers.



judiciaire, soit de personnes ou d'organismes privés. Les expertises judiciaires ou administratives sont assurées sans restriction particulière. Les autres expertises doivent être assurées dans le cadre du secteur privé du praticien ou en dehors du temps de service. La rémunération est perçue directement par le praticien. Ces dispositions prévues par un arrêté datent de 1962. Il n'a pas été réactualisé<sup>36</sup>. En fait, l'activité d'expertise étant peu contrôlée, certains praticiens peuvent l'exercer une partie de leur temps au détriment de leur établissement.

Les praticiens hospitaliers peuvent également être rémunérés pour des activités présentant un caractère d'intérêt général exercées une ou deux demi-journées par semaine. A l'origine, cette activité devait être exceptionnelle. Mais la possibilité de la pratiquer a été étendue en 1982 lors d'une tentative de suppression du secteur libéral<sup>37</sup>. Limitée à une demi-journée jusqu'en 1999, la réglementation s'est depuis assouplie en autorisant l'exercice de telles activités jusqu'à deux demi-journées par semaine<sup>38</sup>. Un grand nombre de PH utilise cette possibilité statutaire qui leur donne le plus souvent une rémunération complémentaire. Dans la majorité des cas, l'établissement d'affectation du PH ne se fait pas rembourser la journée ou demi-journée d'émoluments par l'organisme bénéficiaire de la prestation. Le temps médical est donc perdu par l'établissement qui assume, de surcroît, le coût de la journée de PH. Cette activité d'intérêt général n'est pas cumulable avec l'activité libérale.

#### *E) Un mode de rémunération uniforme*

Les praticiens hospitaliers reçoivent des émoluments fixes et des indemnités. « *Les émoluments sont déterminés par un arrêté des ministres respectivement chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Ils suivent l'évolution des traitements de la fonction publique...* »<sup>39</sup>. Toutefois, les émoluments des praticiens hospitalier échappent à la grille indiciaire de la fonction publique.

Les émoluments mensuels du praticien varient selon l'échelon (voir tableau en annexe 7). Depuis la suppression de l'avancement accéléré, l'avancement d'échelon se fait uniquement à l'ancienneté. Cependant une disposition particulière a été réintroduite en 2001 pour les praticiens qui ont accompli 5 années de services effectifs dans le cadre d'un poste à recrutement prioritaire : ils bénéficient d'un avancement accéléré de deux ans<sup>40</sup>.

---

<sup>36</sup> Arrêté du 30 mai 1962 relatif aux expertises et consultations que peuvent être autorisés à effectuer ou à donner les praticiens exerçant à temps plein dans les hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville siège de faculté ou école nationale de médecine et autres que les hôpitaux ruraux.

Le régime des expertises pour les personnels hospitalo-universitaires est régi par un arrêté équivalent daté du 9 juin 1961.

<sup>37</sup> Décret n° 82-1149 du 29 décembre 1982.

<sup>38</sup> Décret n° 99-563 du 6 juillet 1999.

<sup>39</sup> Art. 28, 1° du Décret n° 84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers.

<sup>40</sup> Article 27-1 Ibid.

**Tableau 5. Emoluments des praticiens hospitaliers au 1<sup>er</sup> mars 2002 (traitement brut annuel)**

	<b>Praticien hospitalier (temps plein)</b>	<b>Praticien hospitalier à temps partiel</b>	Pour mémoire, professeur des universités -praticien hospitalier (PU-PH)
Fin de carrière	13 <sup>ème</sup> échelon 83 443 euros (547 350 francs)	13 <sup>ème</sup> échelon 46 517 euros (305 130 francs)	Classe exceptionnelle 120 816 euros (792 501 francs)
Milieu de carrière	6 <sup>ème</sup> échelon 54 843 euros (359 746 francs)	6 <sup>ème</sup> échelon 29 978 euros (196 643 francs)	après 9 ans de service hospitalier 91 747 euros (601821 francs)
Début de carrière	1 <sup>er</sup> échelon* 45 952 euros (301 424 francs)	1 <sup>er</sup> échelon 25 064 euros (164 410 francs)	avant 3 ans de service hospitalier 65 692 euros (430 911 francs)
Différence entre le début et la fin de la carrière	1,8	1,8	1,8

La majorité des praticiens font leur entrée dans le corps entre le 3<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> échelon (Voir les données relatives à ce sujet en annexe 8).

Les émoluments ont été revalorisés au 1<sup>er</sup> décembre 2002. Les grilles de rémunération figurent en annexe 7.

Source DHOS

Les indemnités perçues par les praticiens hospitaliers permettent d'améliorer parfois sensiblement la rémunération. Elles comprennent notamment :

- des indemnités pour gardes et astreintes ;
- des indemnités pour participation aux jurys de concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des établissements hospitaliers ;
- une indemnité pour activité dans plusieurs établissements (prime multi-établissements) ;
- une indemnité de service public exclusif.

Cette dernière est compatible avec la pratique d'activités d'intérêt général.

L'allocation spécifique d'engagement à servir pour 5 ans dans un poste à recrutement ou maintien prioritaire, d'un montant de 10 000 euros, est versée en une seule fois<sup>41</sup>.

**Tableau 6. Montants de certaines indemnités au 1<sup>er</sup> décembre 2002**

<b>Nature de l'indemnité</b>	<b>Montant en euros</b>	<b>Périodicité</b>	<b>Limitations en euros</b>
Activité multi-établissements	392,89	Par mois	
Service public exclusif	460,55	Par mois	
Pour une garde sur place	237,83	Par garde	Le montant cumulé de ces différentes indemnités perçues par un même praticien ne peut excéder :
Pour une astreinte opérationnelle	36,60	Par astreinte	
Pour une astreinte de sécurité	23,94	Par astreinte	
			Pour 4 semaines : 2 378,30 Pour 5 semaines : 2 972,88

Source : Arrêté du 25 novembre 2002 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein dans les établissements publics de santé. (JO du 4 décembre 2002 pages 19 969 et suivantes)

<sup>41</sup> Arrêté du 23 octobre 2001 fixant les modalités d'application des dispositions relatives aux postes à recrutement prioritaires...

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, pour tenir compte de l'intégration des gardes dans le temps de travail, le régime des indemnités pour gardes et astreintes sera remplacé par :

- une indemnité pour temps de travail additionnel de 300 euros par 12 heures (ou 2 demi-journées) ;
- une indemnité de sujétion spéciale pour rémunérer les gardes de nuit, week-end ou jour férié, d'un montant de 250 euros par plage ;
- une indemnité pour astreinte<sup>42</sup>.

La rémunération ne comprend pas d'autres éléments personnels de traitement comme l'indemnité de résidence ou le supplément familial.

Il n'existe pas de disposition statutaire prévoyant un intéressement des praticiens au fonctionnement de leur service, département ou établissement (prime de résultat, de qualité...).

Il est à observer que le code de déontologie médicale, prévoit en effet qu'un médecin salarié ne peut accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui aurait pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.<sup>43</sup>

En comparant la rémunération moyenne des praticiens hospitaliers à celles de leurs confrères libéraux des différentes spécialités, on constate que les différences – souvent mises en avant par les agents publics dans leurs revendications – se sont notablement atténuées.

La moyenne des émoluments bruts annuels d'un praticien hospitalier à temps plein s'élève, en 2002, à 65 406 euros (source DHOS). Ces émoluments ne comprennent pas les primes et indemnités diverses et les revenus de l'activité libérale des praticiens ayant une telle activité à l'hôpital. Selon la CNAMTS, 4 326 praticiens hospitaliers à temps plein ont exercé une activité libérale à temps plein en 2001. Ils ont perçu en moyenne 51 365 € d'honoraires.

Des données sur les revenus des médecins libéraux figurent en annexe 9.

#### *F) Une protection sociale imparfaite*

Les praticiens hospitaliers ont souhaité pendant longtemps ne pas être assimilés à des fonctionnaires ce qui les a écartés du régime de couverture sociale des agents publics. Ils dépendent du régime général de la sécurité sociale.

Leur retraite de base est donc celle du régime général. Ils cotisent obligatoirement à l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités

---

<sup>42</sup> Dispositions prévues par le protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers du 22 octobre 2001 et introduites dans le statut des PH par le décret n° 2002-1421 du 6 décembre 2002 :

... « 2° Des indemnités de sujétion correspondant au temps de travail effectué, dans le cadre des obligations de service hebdomadaires, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. »

« 3° Des indemnités forfaitaires pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires ;

« 4° Des indemnités correspondant aux astreintes et aux déplacements auxquels elles peuvent donner lieu.

« Les indemnités mentionnées aux deux alinéas précédents sont versées lorsque, selon le choix du praticien, le temps de travail, les astreintes et les déplacements ne font pas l'objet d'une récupération. »

« Les montants et modalités de versement des indemnités mentionnées aux 2°, 3° et 4° sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de la santé. »...

<sup>43</sup> Décret n°95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, art. 97.

publiques (IRCANTEC). Ceux qui ont une activité libérale à l'hôpital cotisent à la caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF).

La qualité de la protection est différenciée selon la catégorie de praticien. Le statut de praticien à temps partiel offre des garanties moindres. Il devrait être prochainement aligné sur celui des praticiens à temps plein.

**Tableau 7. Etendue de la couverture sociale des praticiens hospitaliers**

	<b>Maladie ordinaire</b>	<b>Maladie et accident professionnel</b>	<b>Longue maladie</b>	<b>Maladie longue durée</b>
Praticien hospitalier à temps plein	3 mois : totalité des émoluments 9 mois : 1/2	1 an + jusqu'à 5 ans avec totalité des émoluments	1an : totalité des émoluments 2 ans : 1/2	3 ans : totalité des émoluments 2 ans : 1/2
PH à temps plein avec activité libérale	3 mois : 2/3 des émoluments 9 mois : 1/3	1 an + jusqu'à 5 ans avec totalité des émoluments	1an : 2/3 des émoluments 2 ans : 1/3	3 ans : 2/3 des émoluments 2 ans : 1/3
Praticien hospitalier à temps partiel	3 mois : totalité des émoluments 9 mois* : 1/2	6 mois + jusqu'à 5 ans* avec totalité des émoluments	1an : totalité des émoluments 2 ans : 1/2	3 ans : totalité des émoluments 2 ans : 1/2
Fonctionnaire	3 mois : totalité du traitement 9 mois : 1/2	Sans limite de durée, totalité du traitement	1 an : totalité du traitement 2 ans : 1/2	3 ans : totalité du traitement 2 ans : 1/2

\*le régime des praticiens à temps partiel a été aligné très récemment sur celui des praticiens à temps plein<sup>44</sup>.

Source : décrets statutaires modifiés

### 1.2.1.3 – Des possibilités d'adaptation insuffisantes

#### A) Des périodes probatoires mal utilisées

La période probatoire d'un an prévu à l'article 18 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers temps plein devrait permettre de s'assurer de l'aptitude des candidats à exercer leurs fonctions. Elle peut être prolongée pour une durée d'un an, soit dans le même établissement soit dans un autre. En cas d'inaptitude à l'exercice des fonctions en cause, le candidat peut être licencié après avis de la commission statutaire régionale puis de la commission statutaire nationale. Cette possibilité semble peu utilisée. Dans une région visitée, la mission a pu prendre connaissance du cas d'un candidat présentant des troubles du comportement titularisé après deux années de période probatoire et un avis défavorable de la CME.

Dans une autre région, il a été exposé à la mission le cas d'un praticien au caractère difficile qui pose des problèmes comportementaux et présente, aux dires des responsables locaux, un déficit de compétence. Ces difficultés ont été identifiées au cours de l'année probatoire. La CME a proposé sa titularisation (recommandée par le chef de service, compte tenu, selon ce dernier, de la promesse de départ de l'intéressé). Le praticien titularisé est resté dans le service. Il a été changé de service par le directeur, mais a attaqué la décision pour excès de pouvoir. Le tribunal administratif (TA) lui a donné gain de cause. Dans ces deux cas, une

<sup>44</sup> Articles 8 à 11 du décret n° 2002-1422 du 6 décembre 2002 modifiant le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics, JO n° 286 du 8 décembre 2002, page 20 312 et suivantes.

évaluation formelle des compétences au terme de la période probatoire aurait permis d'étayer un avis défavorable à la titularisation.<sup>45</sup>

De l'avis même des praticiens hospitaliers confrontés à ce types de situations, un pronostic défavorable pourrait être fait avant même la fin des études médicales. Cela pose la question d'un contrôle de l'aptitude médicale (physique et psychologique) efficace au cours des études et aux moments clés de la carrière (titularisation, mutations, chefferie de service ; cf. infra).

Le statut des PH à temps partiel est différent de celui des praticiens exerçant à temps plein. Soumis à un renouvellement quinquennal, avant 2002, le praticien est maintenant soumis à la procédure de la période probatoire dans des conditions identiques au PH temps plein<sup>46</sup>.

*B) La formation continue : une obligation légale mais un dispositif qui peine à se mettre en place*

La formation continue est un devoir des médecins inscrit dans le code de déontologie : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* »<sup>47</sup>

La formation médicale continue (FMC) est légalement obligatoire depuis les ordonnances de 1996<sup>48</sup>. Les dispositions légales ont été récemment modifiées par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'obligation s'applique à toutes les catégories de praticiens hospitaliers, dans les mêmes conditions que pour les praticiens libéraux et les médecins salariés non hospitaliers.

La définition et l'évaluation de la formation médicale continue sont du ressort de plusieurs structures :

- un conseil national de la formation médicale continue chargé de fixer les orientations nationales, d'agréeer les organismes formateurs et les organismes aptes à effectuer l'évaluation des connaissances des praticiens, d'évaluer la FMC et de donner au ministre chargé de la santé un avis sur toute question relative à la FMC. Il existe trois conseils compétents respectivement pour les médecins libéraux, pour les médecins salariés non hospitaliers et pour les praticiens exerçant en établissement public de santé ou en établissement de santé privé participant au service public hospitalier.
- un comité de coordination de la FMC chargé de coordonner les trois conseils nationaux ;
- des conseils régionaux de la FMC (un conseil pour chacune des trois catégories de praticiens), chargés de déterminer les orientations régionales de la formation

---

<sup>45</sup> Cette évaluation devrait au minimum s'assurer de l'aptitude du candidat au travail en équipe et contrôler les savoir-faire dans le domaine d'activité. Un guide permettrait aux services hospitaliers accueillant des PH en période probatoire de conduire une évaluation objective pour étayer leur avis sur la titularisation des candidats.

<sup>46</sup> Article 2 du décret n° 2002-1422 du 6 décembre 2002 modifiant le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

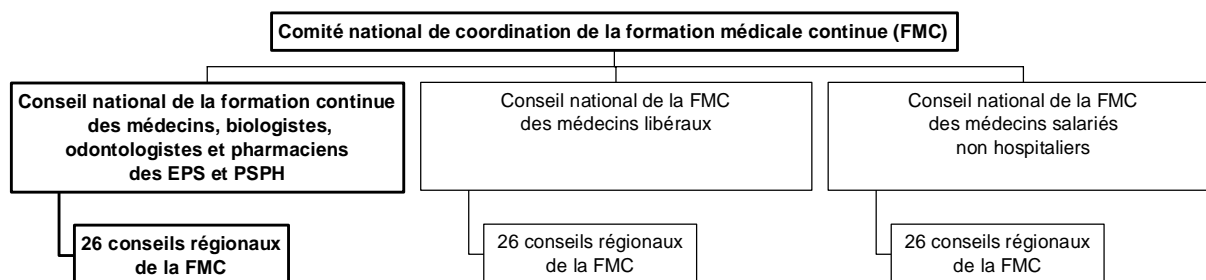
<sup>47</sup> Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, art. 11.

<sup>48</sup> Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, art. 3-II.

Les difficultés de mise en place de la FMC ont fait l'objet d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales : Rapport IGAS n° 98037, *La formation médicale continue*, avril 1998.

médicale continue et de valider le respect de l'obligation de formation de chaque praticien.

Structures intervenant dans la formation médicale continue



Le contrôle du respect de l'obligation est du ressort du conseil régional spécifique dont la composition doit être déterminée par décret en Conseil d'Etat. Le contrôle doit être effectué tous les 5 ans.

L'obligation de formation peut être satisfaite selon l'une des trois modalités définies par la loi au choix du praticien. Ce dernier peut participer à des actions de formation agréées ou se soumettre à une procédure d'évaluation des connaissances par un organisme agréé ou bien présenter oralement au conseil régional de la formation continue un dossier.

La loi prévoit que les manquements à l'obligation de formation médicale continue peuvent entraîner des sanctions disciplinaires ordinaires. C'est le conseil régional de la formation médicale continue des médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens exerçant leurs fonctions dans des établissements publics de santé qui procédera, en cas de manquement, à la saisine de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre concerné.

Enfin, auparavant fixé au minimum à 0,5 % de la masse salariale pour les CHR et à 0,75 % pour les autres établissements publics de santé, le financement de la formation n'est plus déterminé par la loi. Le montant des crédits consacrés à la formation continue est dorénavant fixé par décret.

Les praticiens hospitaliers bénéficient d'un congé de formation d'une durée de quinze jours ouvrables par an. Ils ont la possibilité de cumuler leurs droits à congé au titre de deux années<sup>49</sup>. Les droits à congés de formation sont augmentés de cinq journées pour les praticiens recrutés à un poste prioritaire. Les praticiens exerçant à temps partiel peuvent bénéficier d'un congé de formation d'une durée de six jours par an.

La mise en œuvre de cette obligation légale de formation a été appliquée de façon inégale selon les établissements en raison du manque de financement, de l'absence de réelle coordination et de contrôle formel. Les pratiques restent donc très variables et sont pour l'essentiel liées à l'initiative individuelle des praticiens eux-mêmes.

La définition d'un nouveau dispositif devrait permettre de coordonner et d'optimiser les actions de formation continue des praticiens hospitaliers. Cependant, les dispositions qui leur sont applicables sont directement inspirées de celles qui ont été étudiées pour les médecins libéraux. Elles restent fondées sur une démarche volontaire et individuelle qui respecte le libre

<sup>49</sup> Décret n° 84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers, article 46.

choix du médecin de son parcours de formation. Cette liberté ne garantit pas que la formation soit en cohérence avec le projet d'établissement ou de service. Ces dispositions sont destinées à entretenir et développer « l'employabilité »<sup>50</sup> des praticiens. Elles ne permettront de prendre en considération les politiques sanitaires régionales et locales pour orienter la formation continue que dans la mesure où le conseil régional de la FMC en tiendra compte en cohérence avec les orientations nationales. De même, le libre choix du praticien de ses actions de formation (même agréées), ne préjuge pas de l'évolution de ses pratiques professionnelles d'autant plus que son choix n'est pas fondé sur une appréciation objective de ses besoins.

Par ailleurs cette obligation reste limitée à l'entretien et au perfectionnement des seules connaissances. Or l'entretien et l'amélioration de la pratique professionnelle repose davantage sur le développement des compétences (savoirs, savoir-faire et savoir-être) en particulier pour les spécialistes utilisant les plateaux techniques (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens, biologistes, radiologues,...)

La loi du 4 mars 2002 a ajouté aux responsabilités du conseil de l'ordre celle de « *veiller au maintien des principes [...] de compétence [...] indispensables à l'exercice de la médecine.* »<sup>51</sup> Cette nouvelle responsabilité pourrait constituer la base d'une réflexion sur la mise en place d'un dispositif d'évaluation des compétences.

Enfin, s'il apparaît à la mission important que le dispositif de FMC puisse être mis en place et rendu opérationnel, il lui semble aussi inéluctable de devoir relier la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans un souci de cohérence, d'amélioration de la qualité des pratiques et d'optimisation des ressources consacrées à la FMC, l'orientation vers des actions de formation devrait être basée sur une évaluation objective des compétences. A terme, cette évaluation pourrait être rendue obligatoire et faire l'objet d'une recertification à l'image de celle qui est pratiquée aux Etats-Unis.

### *C) Une absence d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)*

Elle a été instaurée pour les médecins libéraux en 1993<sup>52</sup>. Le décret n°99-1130 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles a détaillé les objectifs et les modalités de cette évaluation qui est réalisée à la demande du médecin. Cette évaluation est prévue dans le cadre des unions régionales des médecins libéraux (URML)<sup>53</sup>. L'expérimentation de cette EPP a débuté tout récemment dans quatre régions (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine et Basse-Normandie). Elle ne concerne pas les praticiens hospitaliers.

Le code de déontologie en son article 11 indique cependant que : « *...Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* »<sup>54</sup>

En réalité, l'évaluation des pratiques professionnelles est rarement utilisée à l'hôpital public. Elle est pourtant imposée depuis 1991 par la loi<sup>55</sup>. Il n'existe pas de dispositif formalisé la

---

<sup>50</sup> Employabilité : *capacité relative d'un individu à obtenir un emploi compte tenu de l'interaction entre ses capacités individuelles et le marché du travail.* GAZIER B. , *L'employabilité : la complexité d'une notion*, in « l'employabilité, de la théorie à la pratique », Edition de l'association internationale de la sécurité sociale (AISS), 2001.

<sup>51</sup> Article 46 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>52</sup> Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

<sup>53</sup> Code de la santé publique (CSP), art. L. 4134-4 et L. 4134-5.

<sup>54</sup> Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

<sup>55</sup> Loi n° 91-748 du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière, art. 1<sup>er</sup> (CSP, art. L. 6113-2.)

permettant ou même seulement la facilitant. Il revient normalement à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de contribuer au développement de l'évaluation.

La Cour des Comptes, dans son rapport annuel 2002 sur la loi de financement de la sécurité sociale, relève que l'évaluation des pratiques professionnelles n'a pas réellement débuté. En effet l'ANAES, dont c'est pourtant le rôle, s'est concentrée sur la qualité de fonctionnement logistique de l'hôpital et de la prise en charge du malade. Elle n'a pas encore rempli la mission qui lui est dévolue par le code de la santé publique<sup>56</sup> « [d'] *appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités... à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.* »

Or, la mission a constaté, au cours de son enquête, que nombre de difficultés liées à des déficits ou à l'obsolescence de compétences de certains praticiens étaient l'aboutissement d'une longue dérive liée à une pratique répétitive, une activité décroissante et l'absence de formation continue adéquate. Une EPP périodique aurait permis de proposer des formations adaptées, une réorientation ou une diversification de l'activité voire une reconversion, évitant ainsi d'arriver jusqu'à un point de non-retour. L'ANAES est désormais « ...*chargée de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles...* »<sup>57</sup>

Cette absence d'évaluation pose une difficulté majeure pour la détermination des besoins correspondant à un objectif quantitatif et qualitatif en matière d'offre de soins. Il apparaît difficile en effet établir un programme de formation sans connaître les lacunes ou les compétences à perfectionner. De même, il semble compliqué de définir le nombre de postes nécessaire pour assurer une activité médicale particulière sans connaître la réalité des pratiques de prise en charge. L'évolution des techniques, des modes d'intervention et de prise en charge imposeraient d'ailleurs une EPP à des fréquences variables selon les activités.

#### *D) Une insuffisance des passerelles*

Les possibilités de reconversion sont faibles, insuffisamment organisées. Il n'existe pas de dispositif susceptible de prendre en charge la reconversion d'un praticien ancien dans la carrière.

Pourtant, la possibilité de changer d'activité, de se reconvertir ou d'évoluer est une des conditions pour assurer un gestion plus dynamique des carrières et résoudre les problèmes d'inaptitude à l'emploi. En Franche-Comté par exemple, il a été mentionné à la mission le cas d'un chirurgien orthopédique reconverti avec succès en médecin de rééducation fonctionnelle. Cette reconversion a été organisée de toute pièce grâce au soutien de la DRASS.

### 1.2.2 – Les systèmes d'information ne permettent pas un suivi en temps réel du personnel médical hospitalier

Pour connaître et gérer les différentes ressources médicales utilisées par les établissements publics de santé le ministère ne dispose pas d'un outil simple et fonctionnel. Il a recours à plusieurs bases de données qui fournissent chacune une partie des informations nécessaires.

<sup>56</sup> Article L6113-3 du CSP.

<sup>57</sup> Article 49 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



*1.2.2.1 – La statistique annuelle des établissements de santé (SAE), un outil exhaustif, dont les résultats sont connus avec retard*

Cette enquête exhaustive existe depuis 1994. Elle a été réalisée par la DREES et couvre l'ensemble des établissements de santé (publics et privés). Elle fournit des données sur l'équipement et l'activité des établissements de manière détaillée.

Elle recense également les personnels qui y travaillent, personnels médicaux par statut, ou par spécialité d'exercice dans le secteur privé et les personnels non médicaux qu'ils appartiennent ou non à la fonction publique hospitalière (cas des emplois aidés). Elle décrit également la dotation en personnel par discipline.

Le personnel médical comprend les médecins, les biologistes, les odontologistes et les pharmaciens. L'enquête distingue les praticiens à temps plein et à temps partiel, les attachés, les internes, les faisant fonction d'internes (FFI) et les diplômés inter-universitaires de spécialité (DIS).

Le décompte du personnel médical est organisé selon deux modes : effectifs réels sur postes budgétaires rémunérés en décembre, effectifs réels sur postes budgétaires rémunérés en décembre en équivalent temps plein.

Les données sont recueillies sous la forme d'un questionnaire envoyé aux établissements. Pour améliorer l'appréciation des activités et des moyens qui permettent aux établissements de dispenser les soins, l'enquête a été rénovée. Le nouveau questionnaire a été administré au titre de l'exercice 2000 en 2001. Les résultats de l'enquête sur l'activité des établissements de santé ont été publiés par la DREES en juin 2002. Les données concernant le personnel médical ne sont pas encore diffusées.

Les difficultés d'administration du nouveau questionnaire ont retardé la publication des données 2000. A l'avenir, les données de l'année N devraient être publiées en fin d'année N+1.

La SAE présente l'inconvénient de ne fournir qu'une vision instantanée des effectifs médicaux avec un retard significatif. Cependant, son intérêt est de présenter une situation, par statut d'emploi, par spécialité et par établissement, relativement fiable. Elle peut donc permettre une étude fine des ressources médicales hospitalières a posteriori.

*1.2.2.2 – Le répertoire ADELI, une source peu fiable pour les personnels hospitaliers*

ADELI (automatisation des listes) est un répertoire de 900 000 professionnels de santé, créé en 1982. Les professions recensées sont les professions réglementées par le Code de la santé publique notamment les professions médicales (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme). ADELI est un outil d'identification et de gestion prévisionnel : planification des professions (quotas d'entrée dans les écoles, numerus clausus) études démographiques des professions, projections et prévisions.

Tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice, ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture du lieu de leur résidence professionnelle. Ces professionnels de santé actifs, ayant une autorisation d'exercice légal de leur profession sont ainsi recensés dans le répertoire ADELI. Les informations communicables de ce répertoire sont diffusées en DDASS et en DRASS sous forme de recueils des actes administratifs, fiches

individuelles, listes synthétiques, listes détaillées ou étiquettes, avec ou sans listes d'accompagnement.

L'ensemble des informations enregistrées dans ADELI constituant le dossier du professionnel sont regroupées dans cinq sous-ensembles : immatriculation, informations personnelles, situation professionnelle, qualification, activités.

Le répertoire est mis à jour par les DDASS. Elles assurent l'accueil des professionnels, la vérification des diplômes, la saisie du dossier d'après le formulaire d'inscription rempli par le professionnel et la gestion de la procédure de demande de carte de professionnel de santé (CPS).

L'identifiant ADELI est utilisé par le groupement d'intérêt public (GIP) « CPS » et les établissements. Dans le cadre de la distribution des CPS, des échanges automatisés d'informations avec la CNAM ont été établis.

Ce système partagé d'informations est la base de l'attribution de la CPS dans le cadre de SESAM VITALE. Les échanges avec le GIP « CPS » sont opérés à partir du fichier FINPS (Fichier Image National des Professionnels de Santé) alimenté conjointement par ADELI et les CPAM.

Les échanges entre le système d'information de l'Etat et celui des partenaires permet d'améliorer la qualité du répertoire.

Un site national de services : vise à offrir aux utilisateurs d'ADELI un site de diffusion des informations du répertoire ADELI

Les informations communicables sont uniquement celles visées par l'article L.4113-2 du code de la santé publique et l'arrêté du 27 mai 1998 : « *nom d'exercice, prénom, adresse professionnelle de l'activité principale, date d'inscription au tableau départemental de l'ordre ou à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, date et lieu d'obtention du diplôme, qualifications ordinales ou spécialisations et nature* ».

Comme l'inscription dans ADELI est indispensable pour exercer une activité libérale, le fichier est fiable pour les médecins libéraux. Il est incomplet et non actualisé pour les médecins salariés hospitaliers. Pour l'étude de cette population médicale, le fichier ADELI nécessite donc des redressements importants.

Par ailleurs, il n'existe aucun transfert de données entre ADELI et le système d'information et de gestion des personnels médicaux (SIGMED) qui permettrait de fiabiliser les données d'ADELI concernant les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel.

#### 1.2.2.3 – *Un système d'information et de gestion des médecins hospitaliers (SIGMED) limité aux seuls PH*

Il a été mis en place par l'arrêté du 27 septembre 1999 portant création d'un traitement automatisé d'informations nominatives pour la gestion des praticiens hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé.

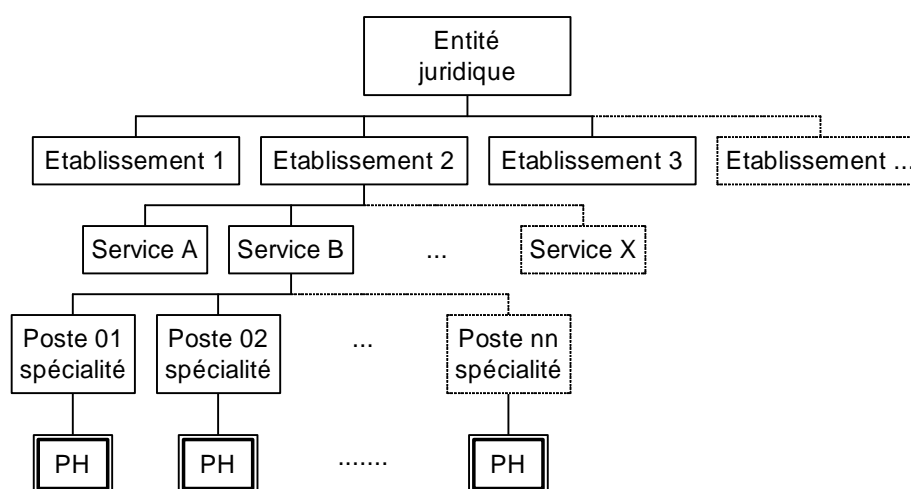
SIGMED a pour fonction d'automatiser l'ensemble des procédures de gestion, qu'elles soient de la compétence réglementaire du ministre, du préfet de région ou du préfet de département, du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cette automatisation permet d'améliorer

la fiabilité des informations et les délais de transmission aux établissements publics de santé et aux praticiens concernés des actes réglementaires pris par ces autorités.

La version actuelle de SIGMED prend en compte les seuls praticiens hospitaliers exerçant à temps plein ou à temps partiel qui ne représentent qu'une partie de la ressource médicale des établissements publics de santé. Par ailleurs, la base ayant été créée en 1999, les premières données statistiques utilisables sont celles relatives à l'année 2001 (situation arrêtée au 31/12/2001). Il a en effet fallu un peu de temps pour mettre la base de données en place et construire les requêtes.

La base est constituée de deux séries de données : une série concerne les emplois médicaux (les postes), l'autre série concerne les individus (les carrières).

L'architecture de la base est très schématiquement la suivante :



SIGMED permet donc de dénombrer de manière précise les services dans toute la France. Dans la base de données, les services sont repérés par leur spécialité.

Les niveaux d'accès et d'autorisation de création ou de suppression correspondent aux dispositions réglementaires. Les autorisations de création de postes et les classements prioritaires sont du ressort de l'ARH. Les manipulations de la base se font par l'intermédiaire de la DRASS et des DDASS qui disposent seules d'un terminal.

Lorsqu'un praticien s'installe, il est pris en compte et entre dans le corps à un certain niveau d'échelon. Il entre dans SIGMED par le tour de recrutement. Ensuite, les différents événements de sa carrière sont saisis par la DHOS, la DRASS ou la DDASS suivant le cas. Selon la DHOS, le contrôle des données et la saisie pose des difficultés en raison du fort turnover des agents des DDASS et des DRASS. Pour améliorer la qualité des données, les procédures de saisies doivent être fiabilisées.

**Tableau 8. Saisie des données SIGMED**

Catégorie de PH	Autorité chargée de la nomination	Manipulation de la base de données
PH temps plein	Ministre de la santé	DHOS – Bureau M3
PH temps partiel	Préfet de région	DRASS

Le nœud de SIGMED est la connaissance précise de la position statutaire du PH : elle détermine si tel poste est vacant ou non. (connaissance disponibilité, détachement, congé de longue durée, sortie du corps...)

Un des objectifs initiaux de SIGMED était aussi la création et l'édition des milliers d'arrêtés de nominations. C'est donc un instrument de gestion mais il est aussi capable d'éditer des tableaux de bord. La version 2 de SIGMED, en cours d'élaboration, doit intégrer les autres ressources médicales des établissements publics de santé, notamment les hospitalo-universitaires.

La base est également utilisée pour alimenter un infocentre créé à partir de requêtes exécutées avec Business Object (tableau des emplois médicaux, effectifs rémunérés et effectifs en gestion). L'infocentre ne permet pas encore de déterminer si les PH ont une activité libérale ou non. A terme, l'information devrait être saisie par les DDASS ce qui permettra de dénombrer les praticiens ayant une telle activité.

Un bilan social national ne peut pas se faire à l'aide de SIGMED. Il pourrait être consolidé à partir d'une extraction de données des bilans des établissements.

Si SIGMED représente un outil appréciable pour l'automatisation d'un certain nombre d'opérations fastidieuses (édition des postes vacants, nominations, changements d'échelon), ses capacités d'aide à la décision sont insuffisamment développées et utilisées en raison notamment de la non prise en compte d'un certain nombre de catégories de personnel médical et du fait que la plupart des données pour les PH anciens sont incomplètes<sup>58</sup>.

La gestion des autres catégories de salariés médicaux hospitaliers (hors hospitalo-universitaires) est faite le plus souvent par les services déconcentrés à l'aide d'outils bureautiques ou micro informatiques adaptés localement. Le regroupement des données au niveau central est donc peu commode, fastidieux et peu fiable compte tenu de l'hétérogénéité des fichiers et modes de tenue à jour de ces derniers.

Pour obtenir ces renseignements, l'administration centrale sollicite les services déconcentrés. Ces derniers n'ont pas toujours le temps et les moyens humains suffisants pour répondre aux demandes dans des délais et avec la précision nécessaire à l'élaboration d'indicateurs fiables.

### 1.2.3 – La régulation démographique hospitalière a été mal utilisée

Les données de la démographie médicale hospitalière sont encore trop limitées pour permettre une prévision fine des évolutions.

#### *1.2.3.1 – Une situation et des prévisions détaillées difficiles à établir*

L'établissement de la démographie médicale pose d'abord le problème de l'harmonisation des données entre les organismes collecteurs : Ministère de la Santé (DREES, DHOS), CNAMTS, Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et INSEE. Des différences significatives peuvent être relevées entre ces sources.

---

<sup>58</sup> Il faudrait saisir les données relatives à la formation et à la vie professionnelle qui figurent dans des dossiers matériels détenus par les DDASS. Dans la pratique, ces données seraient rentrées pour les praticiens recrutés depuis la mise en place de SIGMED.

Les données présentées par la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) sont élaborées à partir du répertoire administratif ADELI dont les données sont redressées par la DREES selon une méthodologie qui a été validée par un groupe de travail du comité national de l'information statistique.

En revanche, la répartition par spécialité n'a pas fait l'objet d'une telle procédure. Il existe des écarts notables selon les fichiers. Ils révèlent l'absence d'outils fiables pour le suivi et le pilotage des spécialités, notamment celles à très faible effectif (inférieur à 300).

**Tableau 9. Nombre de médecins de certaines spécialités au 1er janvier 2001**

Spécialité	Au 1er janvier 2001, France métropolitaine				Rapport en %	
	selon l'ordre national des médecins (CNOM)*		Selon DREES		CNOM / DREES	
	Total spécialistes (a)	dont salariés hospitaliers** (b)	Total spécialistes (c)	dont salariés hospitaliers** (d)	Spécialistes (a / c)	dont salariés hospitaliers** (b / d)
Neurochirurgie	320	224	343	266	93 %	84 %
Chirurgie infantile	59	49	74	65	80 %	75 %
Gynécologie obstétrique	4 800	1 506	5 008	1 683	96 %	89 %
Anesthésie réanimation	9 001	5 266	10 099	6 937	89 %	76 %
Ensemble des spécialités	94 859	34 220	99 754	49 025	95 %	70 %

\* *médecins en activité inscrits au Conseil de l'Ordre*

\*\* *les salariés hospitaliers comprennent ceux des établissements publics et privés PSPH ou non.*

Pour la chirurgie infantile par exemple, les données de l'Ordre national des médecins et celles de la DREES paraissent sous-évalués en comparaison des effectifs recensés par la DHOS : La DREES recensait 74 médecins salariés hospitaliers dans cette spécialité. Or, fin 2001, le bureau M3 de la DHOS répertoriait dans SIGMED, 99 PH temps plein et 17 PH temps partiel de cette spécialité. De son côté, la société française de chirurgie pédiatrique (SFCP) lors de son congrès en mars 2002, dénombrait 240 chirurgiens pédiatres qualifiés, dont 62 % exerçaient en CHU, 15% en CHG et le reste en libéral (66 chirurgiens pédiatres sont des libéraux exclusifs). Il existe certes des difficultés de nomenclature : des chirurgiens exerçant en pédiatrie peuvent être répertoriés en chirurgie orthopédique ou viscérale (selon la SFCP, les chirurgiens infantiles exercent à 39 % en chirurgie viscérale pure, à 24 % en chirurgie orthopédique, les autres exerçant en mixte) mais l'imprécision des données ne permet pas d'avoir une vision précise de la situation de la chirurgie infantile hospitalière publique. Dès lors, la gestion prévisionnelle des effectifs de la spécialité est difficile à réaliser et peu efficace.

La démographie médicale est pourtant suivie avec attention depuis de nombreuses années. Plusieurs dizaines de rapports ou d'études lui ont été consacrés depuis 1971. L'intérêt pour la démographie s'est accru récemment avec la perspective d'une décroissance du nombre des médecins<sup>59</sup>. Mais la dispersion des acteurs, la diversité des sources ainsi que leurs disparités ont conduit le précédent ministre à décider la création d'un observatoire de la démographie

<sup>59</sup> DGS, *Rapport sur la démographie médicale*, juin 2001 ;

NICOLAS G. , DURET M. , *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, juin 2001 ;

NICOLAS G. , DURET M. , *Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, obstétrique, psychiatrie et radiologie*, février 1998.

médicale<sup>60</sup>. Le nouveau ministre de la santé a souhaité obtenir un éclairage particulier sur le sujet. Il a nommé une mission chargée, entre autre, de confirmer les données de la démographie médicale<sup>61</sup>. Cette mission a rendu ses propositions à la fin du mois de novembre 2002.

Il serait souhaitable de disposer d'une source de données véritablement fiable qui permette un travail prospectif efficace, spécialité par spécialité, et non pas seulement global. Pour les compétences rares, un suivi national serait indispensable.

#### 1.2.3.2 – Une régulation malthusienne à reconsidérer

La démographie médicale est censée ajuster l'offre de soins aux besoins de santé de la population, dans un contexte marqué par la volonté de régulation des dépenses de santé. Si différentes études ont montré une corrélation entre l'augmentation de l'offre et celle de la demande, il n'est pas pour autant certain que la réduction du nombre de praticiens suffit à diminuer une demande, une fois installée.

Les années 1970-1980 se sont caractérisées par une forte augmentation du nombre de médecins. La densité médicale est passée de 130 médecins pour 100 000 habitants en 1970 à 214 en 1980, 306 en 1990, pour atteindre 332 au 1<sup>er</sup> janvier 2001. Elle s'est stabilisée à ce niveau depuis selon les projections faites par la DREES.

Sous la pression du corps médical craignant de voir ses revenus diminuer, et dans la perspective d'une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé à travers une limitation de l'offre, les politiques gouvernementales se sont orientées vers une limitation du nombre de médecins. La régulation a alors pris une double forme : établissement d'un numerus clausus à l'entrée des études de médecine en 1971 et limitation de l'accès aux spécialités, ou groupe de spécialités par la voie du concours de l'internat, à partir de 1984 .

Par ailleurs, des mesures différenciées ont incité les médecins à se reconverter ou à envisager une cessation anticipée de leur activité<sup>62</sup>.

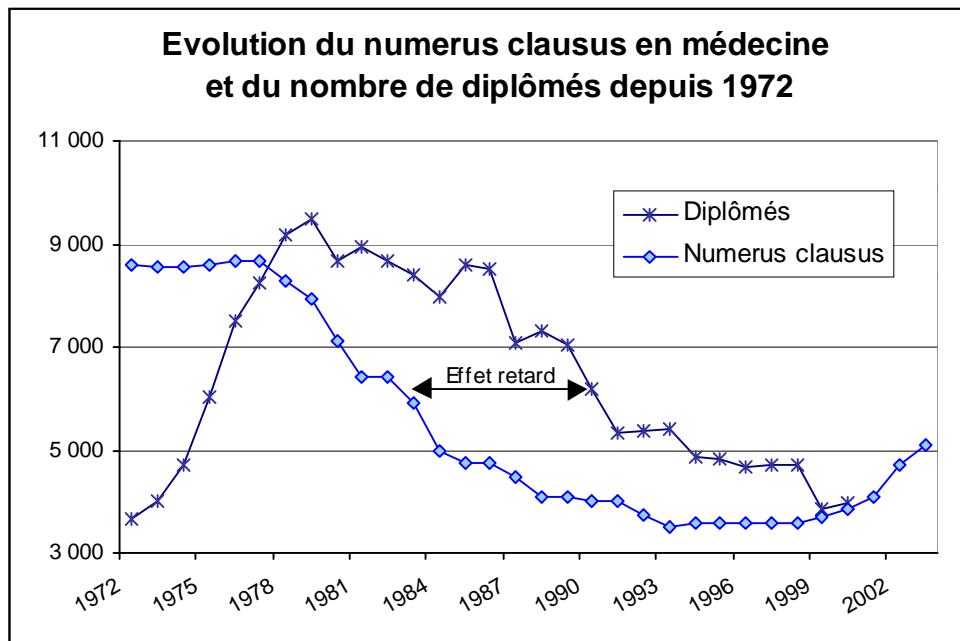
La régulation par le numerus clausus ne produit ses effets qu'avec retard : une dizaine d'années correspondant à un cycle normal d'études médicales. C'est la raison pour laquelle les projections globales peuvent être considérées comme relativement fiables jusqu'en 2012. Tout relèvement du numerus clausus ne produira ses effets qu'avec le même délai de 10 ans. Il importe donc de ne l'augmenter que progressivement pour obtenir un lissage dans le temps des variations du nombre de diplômés.

---

<sup>60</sup> Décret du 4 mars 2002 portant création de l'observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers. A la date de ce rapport, l'observatoire n'a pas été installé.

<sup>61</sup> Mission dirigée par le professeur BERLAND, doyen de la faculté de médecine de Marseille.

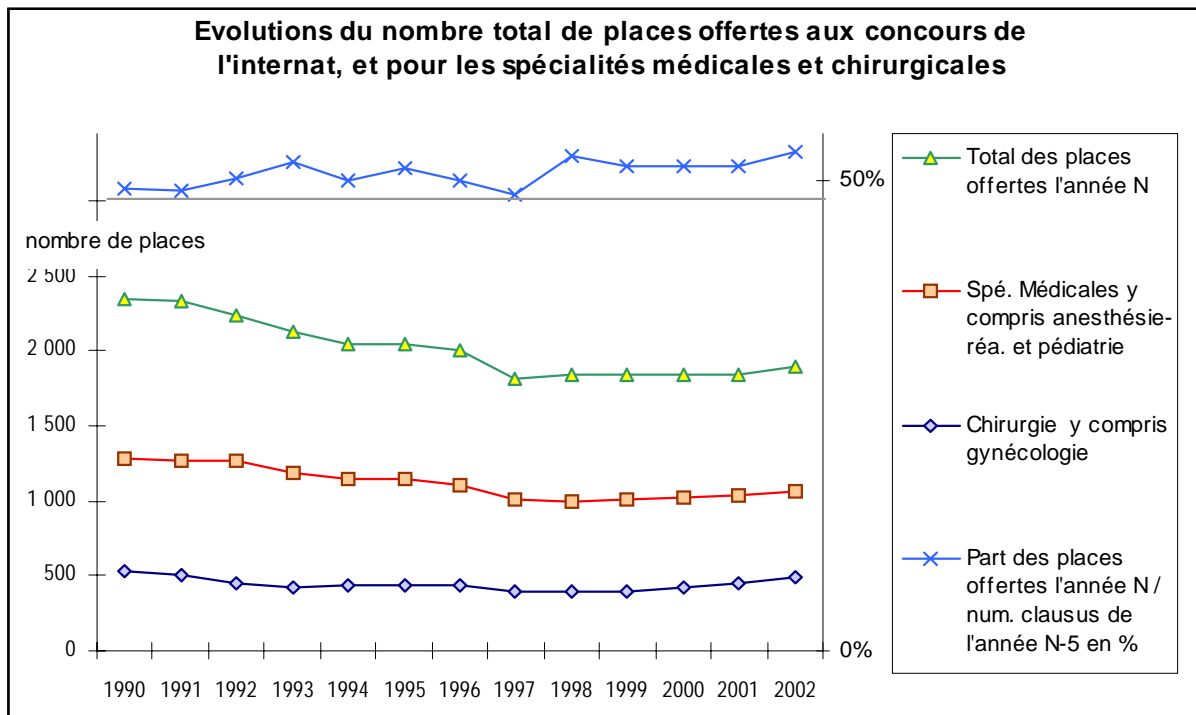
<sup>62</sup> Le MICA, mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité au profit des médecins libéraux (devrait s'achever en 2003), et le congé de fin d'exercice pour les praticiens hospitaliers (il a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2002 par le décret n° 2002-1047 du 31 juillet 2002).



Source des données : DGS

La limitation de l'accès aux groupes de spécialités (disciplines) par le concours de l'internat ne permet pas de déterminer le flux détaillé des nouveaux spécialistes. Il est nécessaire de comptabiliser les flux en fin de formation, au moment de la délivrance du diplôme. En effet, la réussite au concours permet à un étudiant de choisir sa spécialité dans un ensemble, sauf dans le cas des spécialités dites « fléchées », pour lesquelles le choix est unique (avec un droit au remords toutefois)<sup>63</sup>. Le flux global de spécialistes est donc connu avec une bonne précision pour les quatre à cinq années à venir. Il est possible d'agir sur le nombre total de spécialistes en formation, mais la marge de manœuvre est étroite, compte tenu des effets du numerus clausus, si l'on ne veut pas bouleverser l'équilibre entre le flux de généralistes et le flux des spécialistes. On peut donc estimer que le nombre de places offertes au concours de l'internat pour les spécialités ne devrait pas varier significativement avant 2007.

<sup>63</sup> Depuis 1999, la pédiatrie, l'anesthésiologie-réanimation et la gynécologie font l'objet de concours distincts des groupes de disciplines.



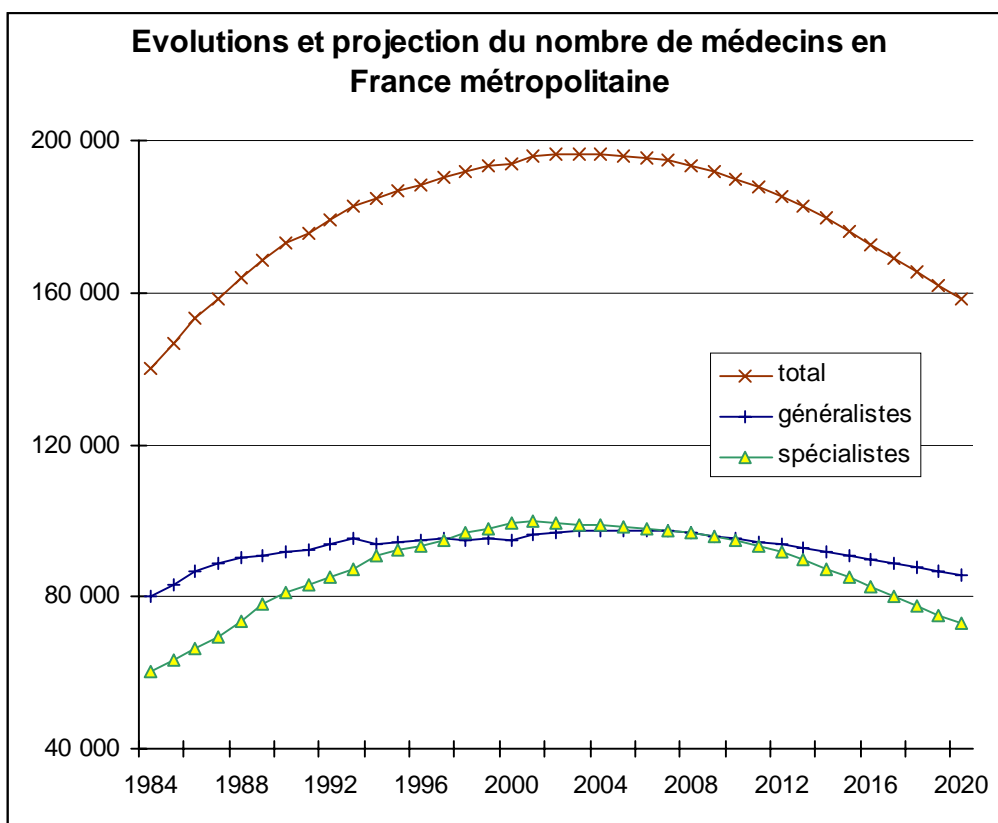
Source des données : DGS (voir tableau en annexe 10)

Ne sont pas représentées les données concernant les places offertes en santé publique, médecine du travail, biologie médicale et psychiatrie.

Si l'on ne peut modifier fortement le nombre total de places offertes au concours de l'internat, il est en revanche possible d'en fixer la répartition par spécialité. Cela aurait l'avantage de donner plus de lisibilité sur la démographie des spécialités et permettrait d'orienter les flux vers les activités les plus déficitaires.

Les projections de la DREES laissent prévoir une diminution de la part du nombre de spécialistes dans les années à venir. Or ce sont les hôpitaux publics qui seront les plus pénalisés par la raréfaction des spécialistes, à moins d'imposer la régulation à l'installation en secteur libéral.





Source : DREES, projections avec numerus clausus à 4700 et 1843 postes d'internes

Les mesures prises jusqu'à présent avaient pour objectif de diminuer le nombre des médecins vers 2005-2010. Mais les estimations ont été effectuées à partir de modèles simples ne prenant pas en compte les besoins réels de la population, les évolutions des techniques de soins, les progrès de la médecine et l'aménagement et la réduction du temps de travail. La diminution de l'effectif des médecins va être aggravée par la vieillissement de la population mais il existe des facteurs d'ajustement : transfert d'activités entre médecins, transfert vers certaines professions paramédicales, réorganisation des soins...

### 1.2.3.3 – A l'échelle nationale, une prise en compte insuffisante des contraintes des hôpitaux publics

Les projections démographiques faites par la DREES, avec l'hypothèse d'un numerus clausus maintenu à 4 700 et d'un nombre d'internes à 1 843, montrent que le nombre de médecins généralistes continue à croître jusqu'en 2007, alors que dès 2002, le nombre de spécialistes commence à diminuer. Cette décroissance aura des conséquences négatives pour les établissements publics de santé dont la majeure partie des effectifs médicaux sont des spécialistes (73 % en 2001). Les années de croissance démographique du corps médical avaient été au contraire marquées par une forte croissance de la proportion de spécialistes. La population de praticiens hospitaliers a ainsi augmenté plus rapidement que l'ensemble des médecins. Elle représente aujourd'hui environ 40 % de l'ensemble des salariés hospitaliers.

**Tableau 10. Variation des effectifs de praticiens hospitaliers entre 1994 et 2001**

	1994	1996	2001	Progression 2001/94	Progression annuelle de 1994 à 2001
Postes budgétaires PH temps plein	20 639	21 576	28 909	40%	4,93%
<b>Effectif de PH temps plein</b>	16 499	17 998	23 654	43%	<b>5,28%</b>
<b>Médecins salariés hospitaliers</b>	51 128	52 579	55 970	9%	<b>1,30%</b>
<b>Ensemble des médecins</b>	184 700	188 500	196 000	6%	<b>0,85%</b>

Source DREES et DHOS

Le renouvellement est mal assuré dans certaines disciplines : les jeunes médecins fuient les spécialités et les sites à contrainte. Pourtant, selon la DREES, les médecins sont de plus en plus nombreux à débiter leur carrière à l'hôpital avant de s'installer ensuite en libéral<sup>64</sup>.

**Tableau 11. Part des salariés hospitaliers parmi les diplômés des deux dernières années en %**

Discipline	1984	1988	1992	1996	2000	<b>2001</b>
Total médecins	46	39	46	53	61	<b>62</b>
Généralistes	43	37	30	30	39	<b>44</b>
<b>Spécialistes dont :</b>	<b>56</b>	<b>46</b>	<b>73</b>	<b>79</b>	<b>84</b>	<b>84</b>
Gynécologie-obstétrique	58	50	72	84	95	<b>94</b>
Spécialités chirurgicales	47	30	71	87	93	<b>89</b>
Anesthésie	88	78	81	88	88	<b>86</b>
Psychiatrie	57	49	80	85	88	<b>86</b>
Spécialités médicales	54	49	72	77	84	<b>84</b>
Pédiatrie	48	45	70	78	79	<b>79</b>
Biologie médicale	44	34	66	56	66	<b>61</b>

Lecture : au 1<sup>er</sup> janvier 2001, 62 % des médecins diplômés en 1999 ou en 2000 exercent à l'hôpital comme salariés.

Source DREES

Certaines spécialités sont désertées à l'hôpital pour des raisons diverses. Par exemple pour ce qui concerne les psychiatres et les radiologues, les effectifs globaux de médecins sont importants, mais les praticiens ne restent pas dans le secteur hospitalier public<sup>65</sup>. Les radiologues préfèrent pratiquer en libéral compte tenu des revenus que ce mode d'activité, via une nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) très favorable, leur permet d'obtenir<sup>66</sup>. Les psychiatres quant à eux évitent les contraintes d'exercice dans les CHS et s'installent davantage en ville (des données relatives au taux de vacances des emplois de PH figurent en annexe 11).

<sup>64</sup> NIEL X. , VILAIN A. , *Les médecins hospitaliers depuis le début des années 1980 - Davantage de débuts de carrière à l'hôpital*, DREES, Etudes et résultats n° 145, novembre 2001.

<sup>65</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2001 la DREES estimait le nombre total de psychiatres à 13 291 dont 6 378 libéraux, soit une densité de 23 pour 100 000 habitants ce qui classe la France en 2<sup>ème</sup> position, après la Suisse, pour la densité de psychiatres.

<sup>66</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2001 la DREES estimait à 7 218 le nombre de spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale dont 2 234 travaillant dans le secteur hospitalier public (31%). Parmi ces derniers, 464 ont une activité libérale (source CNAMTS). Voir infra pour les revenus de l'activité libérale.

**Tableau 12. Tableau des emplois médicaux de praticien hospitalier par discipline (France entière)**

	Postes budgétés	Postes pourvus par un PH temps plein	Postes vacants* statutairement	Occupation statutaire	Vacance statutaire
Au 31/12/2001					
Biologie	1 688	1 559	129	92,4 %	7,6 %
Chirurgie	4 128	3 450	678	83,6 %	16,4 %
Médecine	15 706	12 758	2 948	81,2 %	18,8 %
Odontologie	24	21	3	87,5 %	12,5 %
Pharmacie	1 176	1 035	141	88,0 %	12,0 %
Psychiatrie	4 661	3 591	1 070	77,0 %	23,0 %
Radiologie et imagerie médicale	1 526	1 240	286	81,3 %	18,7 %
<b>Total</b>	<b>28 909</b>	<b>23 654</b>	<b>5 255</b>	<b>81,8 %</b>	<b>18,2 %</b>

Source : DHOS

\*Le poste n'est pas occupé par un PH mais peut l'être, à titre provisoire, par un médecin sous un autre statut. La DHOS ne dispose pas d'information fiable sur ce type d'occupation, qui permettrait de calculer le taux de vacance réelle.

Cette inégalité de répartition entre spécialités est encore aggravé par les différences régionales.

#### 1.2.3.4 – Une répartition très inégale entre régions

Pour la France métropolitaine, au premier janvier 2001, la densité moyenne était de 332 médecins pour 100 000 habitants contre 266 en 1985<sup>67</sup>. En comparaison, elle était en Allemagne de 464 et de 175 au Royaume Uni (données 1998). Un *numerus clausus* maintenu à 4700 conduirait, toutes choses égales par ailleurs, à une densité de 253 médecins en 2020, soit une densité proche de celle des années 80.

Cependant, cette densité moyenne ne rend pas compte des disparités régionales, y compris à l'hôpital. Deux régions apparaissent fortement « médicalisées » : l'Ile-de-France et PACA, avec des densités respectivement de 423 et 407. A l'opposé, la Picardie paraît désavantagée avec une densité globale de 249. La densité médicale pour les médecins salariés hospitaliers s'établit en moyenne pour la France métropolitaine à 95 médecins pour 100 000 habitants. L'Ile-de-France et l'Alsace sont les mieux pourvues avec des densités de 132 et 113 ; la densité la plus faible se trouve en Haute-Normandie, avec 71 médecins salariés hospitaliers pour 100 000 habitants. Toutefois, la dispersion est moins grande pour ce qui concerne les salariés hospitaliers – Ile-de-France exceptée – que pour l'ensemble des médecins. En Franche-Comté par exemple, la densité hospitalière de 92 est proche de la moyenne métropolitaine alors que la densité médicale globale est bien inférieure à la densité de la France métropolitaine (286 pour 332).

Les quatre régions méridionales ont des densités médicales hospitalières proches de la moyenne alors que leurs densités globales sont les plus élevées après l'Ile-de-France. Cela est dû à la faible proportion de salariés hospitaliers parmi le nombre total de leurs médecins.

<sup>67</sup> DARRINE S. , *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice.*, DREES, Etudes et résultats n° 156, février 2002.

Tableau 13. Les médecins en activité en France en 2001

Région	Nombre de PH**		Nombre ...		densité médicale		% de spécialistes parmi	
	temps plein	temps partiel	de médecins	de médecins salariés hospitaliers*	ensemble des médecins	médecins salariés hospitaliers*	...l'ensemble des médecins	...les médecins salariés hospitaliers*
Alsace	796	50	5 985	1 997	340	113	53	75
Aquitaine	1 042	147	10 088	2 503	343	85	52	76
Auvergne	454	147	3 779	1 088	289	83	45	67
Basse-Normandie	552	148	3 820	1 176	267	82	49	75
Bourgogne	603	167	4 458	1 204	276	75	47	71
Bretagne	1 193	227	8 762	2 568	298	87	49	76
Centre	936	178	6 504	1 856	265	76	50	72
Champagne-Ardenne	535	111	3 577	1 060	267	79	46	70
Franche-Comté	496	127	3 215	1 032	286	92	47	72
Haute-Normandie	617	146	4 738	1 270	265	71	50	78
Île-de-France	4 116	1 533	46 617	14 542	423	132	55	70
Languedoc-Roussillon	780	153	8 543	2 135	365	91	50	75
Limousin	343	63	2 305	692	324	97	47	76
Lorraine	831	165	6 804	2 133	294	92	50	77
Midi-Pyrénées	977	233	9 273	2 399	359	93	52	73
Nord-Pas-de-Calais	1 344	351	11 338	3 083	283	77	44	73
PACA & Corse	1 750	481	19 645	4 721	407	98	53	71
Pays de la Loire	1 136	234	8 741	2 387	268	73	47	74
Picardie	731	152	4 652	1 426	249	76	44	71
Poitou-Charentes	728	116	4 741	1 326	287	80	45	71
Rhône-Alpes	1 993	532	18 417	5 373	322	94	52	74
<b>France métropolitaine</b>	<b>21 952</b>	<b>5 460</b>	<b>196 000</b>	<b>55 970</b>	<b>332</b>	<b>95</b>	<b>51</b>	<b>72</b>
DOM	667	92	3 445	881	203	52	44	70
<b>France entière</b>	<b>22 619</b>	<b>5 552</b>	<b>199 445</b>	<b>56 851</b>	<b>329</b>	<b>94</b>	<b>51</b>	<b>72</b>

\* Il s'agit de médecins exclusivement salariés et dont l'activité principale se situe à l'hôpital. Les médecins libéraux ayant des vacations payées par l'hôpital ne sont pas comptés ici. Source DREES

\*\* hors pharmaciens.

Source DHOS

En France métropolitaine, 45 % des emplois de médecins salariés hospitaliers des établissements publics sont occupés par des praticiens hospitaliers à temps plein et 11 % par des praticiens exerçant à temps partiel.

Les projections réalisées par la DREES, sur la base d'un numerus clausus maintenu à 4 700 et avec 1 843 places pour l'internat de spécialité, montrent que la densité médicale, à comportements constants, devrait baisser dans toutes les régions. Pour les salariés hospitaliers, la densité diminuerait de - 2 % en Auvergne à - 29 % en Languedoc-Roussillon mais augmenterait dans trois régions : Limousin + 1 %, Champagne-Ardenne + 2 % et Nord-Pas-de-Calais + 7 %. Il y aurait donc une tendance au resserrement des densités médicales tant au niveau global qu'à l'hôpital (cf. données en annexe 12).

Mais ces projections ne peuvent prendre en compte les changements de comportement que devrait induire la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, qui doit entrer en vigueur en 2004. Le concours de l'internat devient en effet un concours classant passé par tous les étudiants, y compris en médecine général. Il y aura donc des possibilités de mobilité géographique plus importantes qu'aujourd'hui.

**Pour conclure ce chapitre**, la gestion actuelle des PH, pratiquée de façon centralisée et purement administrative, ne répond pas aux objectifs d'une gestion dynamique, efficace et prospective.

**Le partage des responsabilités est à revoir :**

- l'administration centrale n'assure pas les fonctions stratégiques qui devraient être les siennes. La DHOS n'a pas de compétence directe sur la formation initiale des médecins et sur leur démographie, alors que celles-ci sont des éléments-clefs de l'organisation des soins dont elle a la charge. Elle est en revanche encombrée par les activités de gestion quotidienne, sans réelle plus value ;
- l'éclatement des tâches entre DHOS, ARH, préfets DRASS et DDASS gêne la visibilité globale du système tout en étant lourde et peu réactive. L'établissement de santé est insuffisamment responsabilisé.

**L'administration ne dispose pas d'instruments adaptés :**

- les systèmes d'information sont insuffisamment performants pour permettre une connaissance fine et immédiate des évolutions démographiques, et, dans certaines spécialités, les conséquences en sont fâcheuses ;
- le statut est trop uniforme pour prendre en compte toutes les diversités des exercices ainsi que les contraintes de certaines activités ;
- certaines dispositions sont peu maniables (mobilité, mesures individuelles) ;
- certaines fonctions, indispensables à une bonne gestion des ressources humaines, sont pratiquement inexistantes (communication interne, formation continue) ou ont été utilisées sans contrepartie (activité d'intérêt général, RTT...) ;
- enfin il n'y a pas de suivi individuel des carrières.

\* \*

\*

## Chapitre 2

### L'ORGANISATION DE LA GESTION A DES CONSEQUENCES PEU FAVORABLES SUR L'INSTITUTION ET LES PRATICIENS HOSPITALIERS

#### **2.1 – Les conséquences pour l'institution hospitalière**

Les lacunes décrites dans le précédent chapitre en matière d'anticipation et de prospective provoquent sur l'hôpital un certain nombre d'effets, pour la plupart négatifs.

##### 2.1.1 – Des textes aux effets contradictoires sont adoptés presque simultanément

En l'espace de trois ou quatre ans, ont été pris des textes imposant une présence médicale plus importante dans certaines activités, et d'autres textes réduisant le temps médical disponible.

##### *2.1.1.1 – Des normes, élaborées dans un souci de sécurité accrue, nécessitent des moyens humains supplémentaires*

###### *A) Les normes concernent les activités à risques*

Depuis 1995, divers décrets sont venus organiser des activités à risques. Ils précisent les conditions dans lesquelles une présence médicale expérimentée est exigée de manière continue. Ils induisent de nouvelles contraintes d'équipement et d'organisation des moyens humains. Il s'agit plus particulièrement de l'accueil et du traitement des urgences<sup>68</sup>, de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la réanimation néonatale<sup>69</sup>, et de la réanimation<sup>70</sup>.

###### *B) Les normes imposent des contraintes nouvelles*

Ces contraintes sont de deux niveaux. Elles intéressent l'espace architectural dans lequel ces activités doivent être pratiquées, l'équipement biomédical minimum mais aussi la qualité et le nombre de médecins et de paramédicaux nécessaires. La capacité de répondre à ces contraintes, dans un délai limité, subordonne les autorisations, délivrées au sein des régions par l'ARH. On trouvera en annexe 13 les contraintes techniques correspondantes.

► Pour l'accueil et le traitement des urgences, la permanence des soins doit être assurée 24 heures sur 24. L'équipe doit bénéficier de la présence d'un psychiatre<sup>71</sup> et être en mesure de faire appel à un médecin spécialiste de la pathologie en cause, si la nécessité l'impose.

---

<sup>68</sup> Décrets n° 95-647 et n° 95-648 du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et aux conditions de fonctionnement, modifiés par les décrets n° 97-615 et n° 97-616 du 30 mai 1997.

<sup>69</sup> Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 concernant les autorisations nécessaires et les conditions de fonctionnement pour les établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail et aux examens pratiqués en néonatalogie et réanimation néo-natale.

<sup>70</sup> Décrets n° 2002-465 et n° 2002-466 relatifs aux établissements de santé pratiquant la réanimation et aux conditions techniques de fonctionnement.

<sup>71</sup> Le texte ne dit pas si ce psychiatre doit être de garde sur place ou seulement disponible en astreinte.

Sur le plan qualitatif, les conditions auxquelles doivent répondre les médecins du service d'accueil des urgences portent sur la formation universitaire nécessaire ainsi que sur les statuts médicaux. Une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant les urgences est demandée au PH assurant la fonction de chef de service ou de département. Pour les autres membres de l'équipe médicale, la durée de la formation dans un service des urgences est au minimum d'un an.

Même si les étudiants en médecine, les internes ou les résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans le service des urgences, ils ne font pas à proprement parler partie de l'équipe médicale. Celle-ci est composée exclusivement de PH, d'assistants, d'attachés ou encore de médecins vacataires et ne peut donc faire appel qu'à ce type de statuts pour l'organisation des gardes senior.

Il est imposé la présence minimum d'un médecin senior vingt quatre heures sur vingt quatre pour assurer le fonctionnement d'une antenne d'accueil de traitement et d'orientation des urgences. Le recours à un psychiatre est envisagé, celui-ci doit être facilement joint. Il est prévu à cet effet qu'il soit en astreinte.

► Pour la gynécologie obstétrique, la néonatalogie et la réanimation, la continuité obstétricale et chirurgicale des soins doit être organisée quel que soit le nombre d'accouchements réalisés. Ces conditions ont des conséquences importantes dans la gestion des ressources humaines.

Pour toute unité d'obstétrique, l'équipe minimale doit être composée d'un gynécologue obstétricien ayant une qualification en chirurgie – ou, à défaut, d'un PH ayant seulement une compétence obstétricale, dans la mesure où il est secondé par un PH de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement – ainsi que d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre.

Lorsque le nombre de naissances est inférieur à 1500, ces personnels peuvent être en astreinte opérationnelle. La présence hors les murs du pédiatre est acceptée si les délais de ralliement<sup>72</sup> sont compatibles avec l'impératif de sécurité.

Au-delà de 1500 accouchements, un gynécologue obstétricien doit être présent dans l'unité d'obstétrique tous les jours de l'année vingt quatre heures sur vingt quatre. L'anesthésiste réanimateur doit également être présent en permanence dans l'établissement de santé sur le même site. Si le nombre d'accouchements est supérieur à 2000, sa présence est exigée dans l'unité d'obstétrique. Enfin, le pédiatre doit pouvoir être joint rapidement, soit en étant présent sur le site, soit en étant en astreinte opérationnelle.

Les exigences concernant les pédiatres dans l'unité de néonatalogie sont liées aux soins intensifs. Dans l'hypothèse où l'unité de néonatalogie ne pratique pas les soins intensifs, un pédiatre doit être présent de 8 heures à 18 heures 30. La nuit, il peut être en astreinte opérationnelle. Lorsque les soins intensifs sont assurés, la présence sur place continue d'au moins un pédiatre est imposée. Dans les deux cas, ce médecin doit justifier d'une expérience attestée en néonatalogie.

---

<sup>72</sup> Il s'agit des délais nécessaires au pédiatre pour arriver sur place.

► Pour la réanimation, la permanence médicale est assurée par la présence d'un médecin senior, pour l'activité de jour, et d'un interne, pour la nuit, avec l'obligation qu'un médecin senior de la spécialité soit en astreinte opérationnelle.

Le responsable d'une unité de réanimation pour adultes, ainsi que les membres de l'équipe médicale doivent disposer, selon l'orientation de l'unité – médicale, chirurgicale ou polyvalente – des qualifications et de spécialités correspondantes.

Dans une unité de soins intensifs de cardiologie, les membres de l'équipe médicale doivent être qualifiés « spécialistes » ou « compétents » en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou qualifiés spécialistes en pathologie cardio-vasculaire.

*C) La mise en œuvre des normes se heurte à des contraintes budgétaires peu favorables*

La mise en œuvre des normes dans des secteurs aussi sensibles que l'accueil dans les hôpitaux, la maternité ou l'anesthésie réanimation oblige à des investissements hospitaliers non négligeables. Or, transformer des structures coûte cher, notamment lorsque les établissements comportent plusieurs sites. Leur éparpillement implique des restructurations qui ne peuvent être aisées. C'est le cas du secteur de gynécologie, de néonatalogie et de réanimation par exemple. Lorsque l'un d'entre eux doit être réaménagé, tous les locaux de l'unité d'obstétrique doivent être implantés de manière contiguë et au même niveau, afin de permettre la circulation rapide des parturientes, des nouveau-nés, des personnels et des matériels nécessaires.

Ces contraintes arrivent à une période où les capacités hospitalières à investir sont fortement freinées par les charges de personnel et l'impact des activités médicales sur le coût du médicament et l'utilisation de matériaux coûteux. L'obligation d'utiliser des équipements comme le scanner ou l'IRM représente une dépense importante à l'achat, mais pèse aussi de manière significative sur les budgets de fonctionnement.

Entre 1995 et 2002, période où les normes ci-dessus décrites sont intervenues, les établissements ont dû faire face à de nombreux protocoles qui ont renchéri fortement le coût des personnels. Beaucoup d'entre eux présentent des situations budgétaires et financières difficiles. Leurs directions sont amenées à reporter des charges d'un exercice à l'autre. Le contexte est donc particulièrement défavorable pour que l'application des normes se fasse dans de bonnes conditions.

*2.1.1.2 – Mais simultanément, de nouveaux textes restreignent la durée légale du travail des praticiens*

La réduction du temps de travail et l'intégration des gardes dans ce temps de travail ont créé une situation à laquelle les établissements n'étaient pas préparés.

*A) Les nouvelles mesures de réduction du temps de travail (RTT) et d'intégration des gardes dans le temps de travail*

Tous les médecins qui travaillent à l'hôpital bénéficient de la réduction du temps de travail, à l'exception des praticiens relevant de statuts hospitalo-universitaires<sup>73</sup>, des attachés

---

<sup>73</sup> Ils suivent ainsi la règle de l'ensemble des personnels enseignants de l'éducation nationale et de l'université qui ne bénéficient pas de la RTT.



et des internes<sup>74</sup>. Les droits des médecins sont ouverts à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2002. Le temps de travail des médecins hospitaliers est appréhendé de manière globale. La durée annuelle de référence passe à 207 jours ou encore à 414 demi-journées. Elle était auparavant de 227 jours. Les jours de RTT ont un caractère forfaitaire. Il s'agit de 20 jours ouvrés ou encore de quatre semaines. La durée hebdomadaire de travail continue d'être divisée en dix demi-journées, sachant que le contenu horaire de la demi-journée n'est pas précisé.

La durée de travail par semaine est désormais limitée à 48 heures. Il s'agit d'un plafond moyen du temps de travail hebdomadaire des médecins. Le calcul est fait en moyenne lissée sur quatre mois. Cette durée découle de l'application de l'article 6-2 de la directive européenne de 1993. Les médecins ne doivent pas travailler plus de 13 heures d'affilée. Au terme de la journée de travail, pour cette durée, ils bénéficient d'un repos de 11 heures minimum.

Pendant longtemps, la DHOS, comme d'autres administrations européennes, a considéré que la directive ne concernait pas les médecins hospitaliers. Elle envisageait d'appliquer au 1<sup>er</sup> octobre 2003 le repos de sécurité, qui avait des effets moins contraignants que la directive européenne, car il permettait aux médecins de continuer à travailler dès lors que leur activité ne concernait pas directement les patients (travail administratif, tenue de dossiers, formation) et l'avait introduit à cet effet dans le décret statutaire<sup>75</sup>

Le 3 octobre 2000, l'arrêt SIMAP (dit « arrêt Valenciana ») est venu contredire l'interprétation de la directive européenne par la DHOS, en établissant que les PH relèvent de la directive (en revanche, les personnels hospitalo-universitaires restent soumis au repos de sécurité).

Le décret n° 2002-1421 du 6 décembre 2002 (JO du 8 décembre 2002), modifiant l'article 30 du décret statutaire, précise désormais que le PH « *bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de 11 heures consécutives par périodes de 24 heures.* » Par dérogation, il peut cependant « *accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures et bénéficie alors immédiatement, à l'issue de cette période d'un repos d'une durée équivalente* »

Il s'agit d'un droit individuel qui s'impose à toutes les administrations. Au-delà de la durée légale commence ce qu'on appelle le temps additionnel. Le recours au temps de travail additionnel est soumis au régime du volontariat, ce qui veut dire que nul ne peut être contraint à travailler au-delà du plafond de 48 heures.

#### B) Les effets retards de la RTT

Le décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002 a introduit le Compte épargne temps (CET) dans les droits des praticiens. Ce décret concerne la plupart des médecins salariés hospitaliers (PH temps plein ou temps partiel, assistants, praticiens adjoints contractuels, praticiens contractuels) à l'exception des hospitalo-universitaires ou des attachés. Par ailleurs, le décret n° 2002-1422 du 6 décembre 2002 a introduit, dans le décret statutaire des PH, certaines dispositions concernant le CET, et applicables aux seuls PH.

<sup>74</sup> Pour ces derniers, la directive européenne n'est applicable qu'en 2004. Cependant, le nouveau statut traduit des avancées importantes les concernant pour l'aménagement de leur temps de travail (repos de sécurité).

<sup>75</sup> Décret n° 99-564 du 6 juillet 1999 modifiant le décret statutaire. Arrêté du 14 septembre 2001

En tenant compte de ces deux décrets, le CET des PH temps plein peut être alimenté de trois manières :

- les droits ouverts au titre de la RTT et non utilisés chaque année,
- les congés annuels non pris dans la limite de dix jours par an,
- les jours de congés liés au temps additionnel et non indemnisés, à raison d'un jour par plage de 12 heures travaillées.

Le médecin en congé pris sur le CET est en position d'activité. Il conserve ses droits statutaires ainsi que la protection sociale qui les accompagne. S'il change d'établissement, ses droits restant à courir sont sauvegardés et transférés. En cas de départ, quelle qu'en soit la raison – démission, disponibilité ou retraite – le CET doit être soldé.

Le CET peut être utilisé de façon très libérale. Trente jours peuvent être épargnés au maximum par an. Les médecins peuvent prendre ces jours en une seule fois ou de manière fractionnée. Ils peuvent également les thésauriser sur plusieurs années. Au bout de sept ans, si le CET n'a pas été utilisé, le médecin dispose d'une réserve de temps libre qui lui permet de s'arrêter pendant un an. Pendant cette année, il est rémunéré, il garde le même employeur et ne peut donc exercer une autre activité rétribuée. En outre, à partir de 55 ans, il lui est possible de conserver les jours épargnés pour les utiliser sous forme de congés rémunérés avant de prendre sa retraite, et à titre transitoire, s'il a plus de 48 ans en 2002, le cumul des jours épargnés peut atteindre deux ans de congés rémunérés avant sa retraite.

Pour solliciter leurs droits acquis au titre du CET, les médecins doivent respecter des délais de préavis.

Toutefois, l'évolution attendue de la démographie médicale risque de poser dans quelques années des problèmes insurmontables dans des hôpitaux aux équipes réduites. Dans les filières en difficulté, le recrutement d'un personnel qualifié pour remplacer les médecins en congé pris sur le CET risque de s'avérer quasiment impossible.

De plus, le CET est un droit qui s'attache à la personne. Dès lors que les préavis sont respectés, la demande d'un médecin ne peut être refusée. Une petite équipe médicale de trois ou quatre membres pourrait ainsi être déstabilisée si plusieurs médecins de celle-ci souhaitaient prendre en même temps leur CET sur une période relativement longue.

L'enquête de la mission a montré que le risque n'est sans doute pas immédiat. Les médecins essaient de prendre leurs journées de RTT dans l'année. Ce nouveau droit n'est pas encore passé dans les mœurs. Le problème ne se posera qu'à terme. Il risque toutefois de conduire certains services à des difficultés de fonctionnement importantes dans le futur.

*C) Les conséquences de ces mesures n'ont pas été suffisamment appréhendées et concourent à déstabiliser le fonctionnement des établissements*

► Le protocole du 22 octobre 2001 pour la mise en œuvre de la RTT, signé par quatre organisations syndicales représentatives de médecins hospitaliers<sup>76</sup>, avait un double objectif :

---

<sup>76</sup> La confédération des hôpitaux généraux, la coordination médicale hospitalière, l'inter syndicat national des praticiens hospitaliers et le syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics.

définir les modalités d'application de la RTT aux praticiens hospitaliers et déterminer les conditions de mise en œuvre des dispositions de la directive 93/104.

Dans un contexte de limitation des budgets hospitaliers, la RTT médicale posait la question de l'adaptation technique des organisations hospitalières à une limitation des moyens humains, en essayant d'éviter de mettre en péril la qualité des soins. Pour clarifier cet enjeu, encore fallait-il négocier avec les organisations syndicales le fait que l'aménagement du temps de travail médical se traduise par une facilitation des restructurations hospitalières. Ce débat n'a pas eu lieu. Seul l'intérêt de redonner un attrait à la fonction de PH a été avancé.

Cependant, la compensation de la diminution du temps de travail ne pourra se régler en termes d'embauches avant plusieurs années. En 2002, le recrutement de 3500 praticiens supplémentaires pour compenser la RTT était prévue. Dans la pratique, 4 631 postes ont été ouverts au tour de nomination/mutation (soit guère plus que les années précédentes) ; 3 228 candidats ont postulé et 2 700 ont été nommés en définitive. Aux difficultés récurrentes à pourvoir des postes dans certaines spécialités comme la pédiatrie, la psychiatrie, la radiologie, la chirurgie par exemple (cf. infra), se sont ajoutés les effets de la RTT.

► La mise en place de la RTT médicale s'est faite sans lien direct avec celle qui concernait les paramédicaux, qui a eu lieu au cours du premier trimestre 2002. Cette dernière a généralement fait l'objet de protocoles d'accord entre les directions et les organisations syndicales représentatives. Une mission nationale d'appui à la DHOS a été créée pour en faciliter les mises en œuvre.

Dans le meilleur des cas, les avants projets d'ARTT par service pour les personnels de la fonction publique hospitalière, ont été négociés de façon à mettre en cohérence les conditions de RTT avec les objectifs d'amélioration déterminés dans les établissements à l'issue du diagnostic : qualité du service rendu, conditions de travail, niveau de l'emploi et des coûts.

Pour les médecins, la RTT est devenue une réalité petit à petit, à partir de l'été 2002, les circulaires et la presse médicale jouant ici un rôle décisif. Mais dans peu d'établissements, sauf peut-être dans les CHU, il n'y a eu une véritable volonté d'articuler l'activité médicale et l'activité soignante à partir des nouvelles conditions de travail.

Autant, pour les personnels de la fonction publique hospitalière, les établissements ont été invités à réfléchir aux points forts et faibles de l'organisation de leurs services et aux sources d'amélioration possibles<sup>77</sup>, autant le débat au sein des établissements de santé pour la mise en place de la RTT des médecins n'a porté pour l'essentiel que sur le nombre de PH, assistants et attachés nécessaires pour compenser mathématiquement la diminution du temps de travail. Les variations de présence des médecins ont un impact sur la nature et l'intensité du travail effectué par les soignants, notamment en ce qui concerne le début des activités de la matinée de travail.

► L'intégration du temps de garde dans le temps de travail a des conséquences organisationnelles et juridiques importantes sur l'activité des services.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, la garde sera intégrée dans le temps de travail effectif des médecins et les gardes de 24 heures seront suivies d'un repos d'une durée égale. Se pose ainsi clairement, pour chaque service, la question de la continuité des soins.

---

<sup>77</sup> Qu'il s'agisse de procédures, d'organisation des tâches, des circuits d'information, des modes de relation entre des services complémentaires.

Les obligations de chaque médecin sont celles prévues dans son statut : organisation des soins, participation à la bonne marche du service<sup>78</sup>, activité d'intérêt général, activités s'inscrivant dans le cadre de coopérations et d'interventions sur sites multiples, périodes de formation continue.

Les contraintes de service doivent être réparties entre tous les médecins de manière équitable. Lorsque l'absence d'un médecin est liée à l'observance du repos compensateur, sa charge de travail doit être supportée par un autre médecin de l'équipe. Ceci oblige à avoir une réflexion sur l'organisation des équipes médicales en termes d'effectifs minimum, de qualifications jugées indispensables au bon fonctionnement des services et d'aménagement du temps de travail. Seules les activités d'enseignement et de recherche qui sont propres à un médecin apparaissent comme devant être exclues de cette approche.

La conséquence de ces contraintes suppose partout la mise en place de tableaux de service. Cette obligation ancienne<sup>79</sup>, peu respectée dans certaines disciplines, entre progressivement dans les habitudes médicales, à l'exception des activités organisées en temps médical continu, pour lesquelles le protocole a réaffirmé l'obligation de tenue de tableaux de service dans son article 2.

### 2.1.2 – Si certains effets positifs sont espérés, de nombreux effets négatifs se manifestent

#### 2.1.2.1 – Des effets positifs espérés

##### A) Une sécurité accrue et une meilleure organisation des temps individuels

Dans les disciplines ou les services qui ont anticipé l'application des textes – comme en anesthésie avec « *la journée off* », c'est à dire sans présence à l'hôpital du praticien – le repos après la garde est jugé par les intéressés comme un progrès pour la sécurité des malades, pour leur qualité de vie et pour leur propre sécurité juridique. Les autres praticiens, qui n'ont pas anticipé, escomptent le même avantage et reconnaissent bien volontiers qu'opérer ou avoir une activité clinique requérant une grande attention n'est pas prudent après une nuit de travail.

Par ailleurs, les responsables hospitaliers (administratifs ou médicaux) admettent que la synchronisation des rythmes hospitaliers avec les rythmes scolaires est un élément de clarification et de confort, car, de fait, une partie des consultations ou des hospitalisations programmées tenaient compte de ce rythme. En déterminant des plages RTT pendant les vacances de Noël ou autour du 15 août, l'administration hospitalière ne pénalise donc pas l'institution. Mais il reste à résoudre, comme on l'a vu, les problèmes de synchronisation avec les paramédicaux.

Certains chefs de service regrettent cependant, compte tenu des difficultés d'organisation de leurs services, que des activités n'impliquant pas de prise de décision directe pour les malades (réunions, courrier, formation, travail administratif...) ne puissent pas être effectués au lendemain des gardes.

---

<sup>78</sup> Notamment par le biais de staffs ou de réunions de services.

<sup>79</sup> Annexe 2 du décret n° 73-146 du 15 février 1973 relatif à l'organisation, la récupération et l'indemnisation des gardes du personnel médical...

*B) Une plus grande mutualisation des gardes et astreintes*

Avant la fin des années 80, lorsque les gardes et astreintes étaient faiblement payées<sup>80</sup> et très majoritairement effectuées par des internes ou de jeunes médecins, la question du nombre de gardes intéressait peu les responsables. C'est avec la revalorisation du paiement des gardes sur place et la distinction tarifaire entre astreinte opérationnelle et astreinte de sécurité<sup>81</sup> que l'on a commencé à se poser la question, la rémunération en garde devenant peu à peu un important complément de salaire.

Depuis un arrêté du 25 octobre 1994, une commission des gardes et astreintes, mise en place par la CME au sein de chaque établissement, donne son avis sur l'organisation des gardes et l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation aux gardes et astreintes.

Les établissements ont donc revu à la baisse leurs tableaux de gardes et astreintes, dans un premier temps pour des raisons financières, mais depuis quelques années également pour des motifs tenant à la limitation du temps médical et aux effectifs disponibles. Certains l'ont fait de manière drastique, ne gardant pratiquement que les gardes minimales d'anesthésie, d'accueil des urgences, de SAMU-SMUR et de maternité et passant toutes les autres permanences médicales sous le régime des astreintes, « opérationnelles » en cas de forte charge, « de sécurité » dans les autres cas. Cette révision a pu conduire de nombreux établissements, y compris des CHU, à n'avoir plus de chirurgiens sur place la nuit : par exemple au CHU de Besançon, l'administration a supprimé la garde de chirurgie viscérale, au grand dam des chirurgiens, qui estiment ce choix discutable pour un centre de greffe hépatique actif.

A l'inverse, certains établissements, s'appuyant sur les normes, les bonnes pratiques et les modalités d'accréditation hospitalières édictées dans les différents domaines, gardent un nombre élevé de gardes :

- en pharmacie, en s'appuyant sur les règles de dispensation (article R.5146-10 du CSP) ;
- en biologie, en faisant référence au guide de bonne exécution des analyses de biologie,
- en psychiatrie, du fait des nouveaux textes d'accueil des urgences (cf. supra) ;
- et bien sûr en réanimation médicale, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, chirurgies spécialisées, anesthésie et SAMU-SMUR.

Mais, même en anesthésie, du fait des différences d'organisation décrites plus loin, le nombre de tableaux de garde varie considérablement d'un hôpital à l'autre, sans relation systématique avec l'importance de l'activité. C'est ainsi qu'un nombre identique de tableaux de garde peut correspondre à des activités, et des effectifs d'anesthésie très divers (33 tableaux de garde pour 618 anesthésistes à l'AP-HP, 10 pour 120 à Toulouse, 15 pour 52 à Clermont-Ferrand, quatre pour 33 à Besançon, etc.). De nombreuses gardes sont en effet des gardes où les médecins peuvent se reposer plus de la moitié du temps. Des progrès restent donc possibles, en regroupant certaines gardes ; chaque type de chirurgie n'ayant pas forcément besoin de son anesthésie attitrée.

---

<sup>80</sup> Arrêté du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des gardes.

<sup>81</sup> Arrêté du 16 mars 1989 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde dans les hôpitaux publics.

L'intégration des gardes dans le temps de travail a cependant eu un effet inattendu : dans des établissements d'un même secteur, ou dans plusieurs services d'un même établissement qui s'étaient organisés pour établir des gardes communes, la mutualisation a pu être remise en cause par certains chefs de service, arguant du fait que leur service pouvait être pénalisé pour son fonctionnement quotidien si un médecin effectuant sa garde dans un autre service ou établissement devait bénéficier de son repos compensateur, mettant ainsi en difficulté leur propre service.

Quoi qu'il en soit, la nécessité de réexaminer les modes de fonctionnement en garde peut être l'occasion d'organiser des pôles d'activité, ce qui renforcerait la mutualisation des moyens.

### *C) Une facilitation des restructurations*

Une autre solution envisageable, pour répondre à la diminution du temps médical disponible est de restructurer les établissements, soit de façon interne (restructuration de plateaux techniques, regroupement de services) soit de façon externe, avec d'autres établissements publics ou privés. Cet objectif de restructuration est poursuivi depuis maintenant plus d'une dizaine d'années.

Toutefois, jusqu'à maintenant, les résultats ont été plutôt modestes, comme plusieurs rapports l'ont rappelé<sup>82</sup>, le dernier en date étant le rapport annuel de la Cour des comptes publié en septembre 2002. Parmi les nombreuses causes évoquées, on peut notamment citer l'hostilité d'un certain nombre d'acteurs.

La nouveauté, c'est que l'évolution des règles concernant le temps médical conduit peu à peu les médecins à prendre conscience de la nécessité de modifier l'organisation médicale et de procéder à des restructurations, pour assurer la permanence des soins dans de bonnes conditions. C'est ainsi que les obstétriciens du CHU de Rouen, comme ceux du CHU de Besançon et de Clermont-Ferrand, qui ont à faire face à des gardes très lourdes, et voient parallèlement des gardes peu actives à Pont-Audemer, Luxeuil ou Ambert respectivement, considèrent la fermeture de ces petites maternités qui font moins de 500 accouchements par an, comme une solution leur permettant de renforcer leurs équipes. De façon plus intéressante encore, certains praticiens, pour leur propre activité, souhaitent la mise en œuvre de restructurations (réduction des sites d'urgences demandés par plusieurs chefs de SAMU-SMUR et UPATOU à Evreux, Vesoul, Cahors).

Pour accélérer les restructurations, le niveau des exigences techniques devrait être revu, notamment dans les zones enclavées ou montagneuses. A terme, le seul espoir d'une petite ville, isolée par des conditions géographiques et climatiques peu favorables, n'est pas de garder sa maternité ou sa chirurgie, même si la population y est attachée pour des raisons compréhensibles – car le niveau d'activité ne permettra jamais une qualité optimale – mais d'avoir un accueil d'urgence bien équipé<sup>83</sup> afin que le patient puisse être conditionné dans de bonnes conditions et transporté d'urgence, par hélicoptère ou par la route, vers un établissement adapté.

---

<sup>82</sup> Mission interministérielle sur les hôpitaux. Les restructurations hospitalières. IGF/IGA/IGAS n° 94070 de juillet 1994.

<sup>83</sup> En étant plus tolérant sur les critères d'installation d'équipements comme le scanner, et moins strict sur les activités déléguée aux paramédicaux en prenant l'exemple des médecins propharmaciens.

### 2.1.2.2 – Les effets négatifs l'emportent dans l'immédiat

#### A) Les difficultés d'organisation des services

► Le décret n° 73-146 du 15 février 1973 modifié relatif à l'organisation, la récupération et l'indemnisation des gardes du personnel médical des hôpitaux publics définit ce qu'est un service normal de jour et un service de garde. Son annexe précise également l'organisation des tableaux mensuels de service ainsi que les horaires de travail. L'arrêté du 15 février 1973, modifié à de très nombreuses reprises depuis<sup>84</sup>, indique les conditions d'organisation et d'indemnisation des gardes et astreintes.

► L'organisation médicale des services ou départements n'a pas jusqu'ici fait l'objet de discussions entre la direction et les chefs de service. Les médecins disposent d'une grande liberté dans l'organisation de leur travail. L'article L.6146-5 du CSP donne aux chefs de service la charge « *d'assurer la conduite générale du service et d'organiser son fonctionnement technique* ». Ils peuvent donc définir des horaires de consultations ou d'interventions. Cette situation est d'autant plus complexe à gérer qu'il existe au sein des services une multiplicité de statuts médicaux différents, ainsi qu'une grande variabilité des charges de travail, une forte interdépendance des disciplines entre elles dans la prise en charge des patients, des droits spécifiques qu'il faut gérer comme la formation, l'activité d'intérêt général, le temps partagé ainsi que l'organisation du repos compensateur. Jusqu'à aujourd'hui, les médecins avaient l'habitude d'établir des tableaux de garde, sans toujours bien tenir compte de l'ensemble de ces contraintes.

► Dans les CHU, l'absence de position commune entre l'université et l'hôpital risque de rendre particulièrement complexe l'application du repos compensateur. Les nouvelles conditions de travail étant différentes entre PU-PH et PH, les chefs de service universitaires et leurs agrégés devront-ils compenser la perte d'activité de leurs adjoints PH, quand ceux-ci seront en repos compensateur ? c'est évidemment peu probable.

L'un des reproches faits par l'université à l'hôpital est que les chefs de cliniques assistants (CCA) consacrent moins de temps à leurs responsabilités universitaires qu'à leurs tâches hospitalières. Les CCA comme les internes bénéficieront du repos de sécurité. La critique de l'université risque de s'amplifier, sauf à multiplier les postes de chefs de cliniques, si on veut seulement que l'activité reste constante. Il est difficile d'imaginer que cette solution sera retenue. Dès lors, le risque de fermeture de services hospitaliers à certaines périodes devient réel, ou bien risque de se mettre en place tout au long de l'année une réduction de l'activité programmée<sup>85</sup>. Cette diminution larvée de l'activité peut avoir des conséquences redoutables sur la formation des médecins, notamment en ce qui concerne les internes en chirurgie.

- Les difficultés propres aux services à fortes contraintes

► L'organisation du travail des anesthésistes réanimateurs est liée à celle des chirurgiens. Le temps de travail des anesthésistes dépend de facteurs multiples : complexité et longueur des interventions, contiguïté des salles de réveil induisant des facilités pour l'organisation du travail, activités d'urgences, temps de réunion. A ces données s'ajoutent les

<sup>84</sup> Arrêtés du 21 janvier 1976, du 21 avril 1977, du 18 juillet 1986, du 4 mai 1988, du 12 mars 1998, du 21 septembre 2001.

<sup>85</sup> Ces fermetures s'opèrent particulièrement l'été et pendant les vacances scolaires.

temps d'activité de garde et astreintes, avec l'inconnu du poids de l'astreinte par rapport à la garde sur place.

Les activités des anesthésistes peuvent être comparées les unes aux autres, dans la mesure où elles comportent des phases similaires : consultations préopératoires, travail au bloc opératoire (y compris pour des anesthésies de médecine interventionnelle, comme les endoscopies ou les coronarographies, par exemple), travail en salle de réveil, suivi postopératoire, urgences, cours, réunions, gardes et astreintes. Les personnels étant « postés », l'unité d'œuvre est l'heure travaillée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003 <sup>86</sup>.

A activité constante, la recherche d'une meilleure productivité passe par une amélioration de l'organisation de l'activité opératoire, ce qui suppose une entente entre anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et médecins interventionnistes pour une optimisation de l'utilisation des blocs.

► Au niveau de l'accueil des urgences, tout concourt à ce que la situation soit difficile : une activité qui doit répondre à des normes, une diminution de la capacité de travail dans un contexte de forte progression des entrées dans la plupart des hôpitaux. S'y ajoutent les risques médico-légaux et l'attente accrue des patients.

La recherche d'amélioration de l'organisation médicale dépend ici souvent de décisions à long terme ou de contraintes lourdes pour les services cliniques. En vue de dégager des lits d'accueil pour les malades entrés en urgence, le nombre de lits de soins de suite disponibles à la sortie s'avère souvent un élément déterminant pour empêcher l'engorgement des urgences. Certains hôpitaux ont imaginé de leur côté une sorte « d'impôt lit » pour que les services cliniques réservent de manière continue un minimum de lits aux entrants. Cette formule est plus ou moins appréciée.

D'autres solutions peuvent être envisagées comme le recours aux médecins généralistes pour assurer dans de bonnes conditions le tri des entrants ou encore la création de structures médicalisées hors des hôpitaux, qui permettent à la population de trouver un accueil médical dans des conditions plus acceptables, lorsque la pathologie reste suffisamment bénigne. Toutes ces solutions sont complexes à mettre en œuvre.

► Dans les maternités et les services de gynécologie, les gardes d'obstétrique sont nombreuses et lourdes, surtout dans les CHU et les maternités de type 3, où les grossesses compliquées sont nombreuses.

Dans la pratique, en salle d'accouchement, la plupart des activités sont tributaires des urgences obstétricales. Les solutions pour améliorer l'organisation médicale sont restreintes : programmation de certaines césariennes ou accouchements. Pour l'activité chirurgicale gynécologique, une partie des interventions peut être programmée.

Le risque aujourd'hui est que la capacité de réponse médicale à la demande des patients ne baisse fortement, du fait de la conjonction de la RTT et du repos compensateur, et que l'ajustement des moyens à l'activité porte sur ce qui peut être programmé, entraînant des conséquences importantes sur l'attractivité de services.

---

<sup>86</sup> Article 30, deuxième alinéa, introduit dans le statut par le décret n° 2002-1421 du 6 décembre 2002



*B) Le développement de l'intérim médical*

Pour répondre à leurs obligations de permanence, de plus en plus d'établissements hospitaliers font appel à du personnel médical occasionnel, recruté par le biais d'agences d'intérim spécialisées.

► Cette situation ne concerne pratiquement jamais les CHU, mais s'observe dans les centres hospitaliers généraux. Ce sont avant tout les petits établissements ayant des difficultés de recrutement (exemple : Ambert, Pont-Audemer, Lures, Bagnères, etc.) qui utilisent cette main d'œuvre de façon régulière, mais des centres hospitaliers plus grands y ont aussi recours de façon ponctuelle (congés de maladie, de maternité, congés annuels).

Les régions les plus touchées par ce phénomène difficile à quantifier, faute de statistiques adéquates, sont celles où la population médicale est la moins dense. Dans les régions où s'est rendue la mission, la Haute Normandie, l'Auvergne, et dans une moindre mesure la Franche-Comté, ou les départements moins pourvus des régions plus favorisées (Alpes de Haute-Provence, Seine-et-Marne) font appel à cette main d'œuvre. En revanche, sauf exception, le reste de l'Ile-de-France, les départements côtiers de PACA, la Haute-Garonne, bien pourvus, ne sont pas concernés. Les spécialités recherchées sont surtout la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie réanimation, la radiologie, plus rarement la pédiatrie et la chirurgie viscérale.

► Chaque établissement travaille avec une ou deux sociétés d'intérim auxquelles il est habitué, mais les agences sont assez nombreuses sur le marché. On peut citer par exemple : Médioffice<sup>87</sup>, Allomédic Assistance<sup>88</sup>, Temps partiel santé<sup>89</sup>, Quick Medical service<sup>90</sup>, Manpower cadres scientifiques (plutôt pour l'industrie pharmaceutique). Les sociétés d'intérim s'assurent que le médecin est muni des diplômes nécessaires. En revanche, elles ne découragent pas les médecins hospitaliers en activité, en leur signalant que l'intérim est contraire à leur statut.

► Les praticiens employés peuvent être des libéraux non installés, qui ne travaillent que de cette manière, ou des médecins qui partagent leur activité avec une clinique privée, ou qui se trouvent à une époque charnière de leur activité professionnelle (mise en disponibilité, déménagement, rapatriement)...

Les exemples observés par la mission montrent que ces personnes viennent souvent d'autres régions (par exemple de PACA, de Champagne Ardennes et de Rhône-Alpes pour un hôpital d'Auvergne ; de Lorraine pour un établissement de Franche-Comté ; d'Ile-de-France, pour un établissement de Haute Normandie), d'autres pays de l'Union Européenne (Belgique, Pays Bas, Allemagne...).

Il arrive aussi que des médecins hospitaliers recherchent ce type d'emploi en vue d'un complément de salaire. La DRASS décèle parfois l'emploi de PAC ou de PH, alors que le statut interdit aux médecins temps plein du secteur public en activité de se livrer à un autre exercice salarié (article 28 du décret n° 84 131 du 24 février 1984 modifié portant statut de PH). Ces praticiens sont inscrits à l'Ordre de leur département d'origine, et non dans celui où ils exercent leur intérim, ce qui n'est pas conforme aux textes et ne facilite pas leur détection.

---

<sup>87</sup> Médi-office ; 30 rue des Chantiers 78 000 VERSAILLES

<sup>88</sup> Allo Medic Assistance ; 2 rue Adolphe Mille 75 019 PARIS

<sup>89</sup> Temps partiel : 103 boulevard Magenta 75010 PARIS

<sup>90</sup> Quick medical service ; 52 rue de Rome 75 008 PARIS

Dans les régions souffrant d'une démographie médicale peu favorable, les CHU redoutent, pour l'accomplissement des gardes, le débauchage des jeunes médecins vers des gardes plus tranquilles et mieux rémunérées. En effet, ces prestations coûtent cher à l'hôpital : entre 450 et 800 euros par journée de suppléance ou par garde pour le médecin<sup>91</sup>, l'hôpital assurant également au praticien le logement, la nourriture et le remboursement des frais de déplacement. De surcroît, l'hôpital acquitte la rémunération de l'agence d'intérim qui s'élève à 10 % des frais, ainsi que le paiement de la TVA (19,6 %). On trouvera en annexe 14 des exemples de contrats passés entre hôpitaux et agences d'intérim.

La différence de coût entre les gardes assurées par des intérimaires et celles assurées par du personnel régulier devrait cependant s'atténuer, dans la mesure où le protocole signé le 26 octobre 2001 prévoit que, même quand la garde est intégrée dans le temps de travail, elle est payée 250 euros par plage de garde et que les plages additionnelles sont payées 300 euros. On trouvera en annexe 15 les calculs effectués au SMUR de Longjumeau, qui aboutissent – pour des gardes effectuées par les 5 mêmes praticiens – à multiplier par un peu plus de 2 en 6 ans leur coût pour le centre hospitalier.

► Le recours systématique à l'intérim présente par ailleurs l'inconvénient de ne pas permettre un suivi à long terme des malades. De plus, la coopération de l'intérimaire avec l'administration, l'équipe médicale et paramédicale se limite au strict nécessaire. La dynamique d'un service, sa vie, son évolution sont perturbés par des changements incessants de personnes.

#### *C) La division de la communauté médicale : emplois postés et autres emplois*

La mission a pu distinguer deux modes d'organisation des médecins, selon que les pratiques médicales s'organisent dans un travail posté (essentiellement les anesthésistes-réanimateurs et les urgentistes) ou dans une prise en charge plus globale (chirurgiens, médecins cliniciens) :

- dans le premier cas, les anesthésistes, au sein des blocs opératoires, ou les urgentistes dans les SAMU-SMUR, les services d'accueil des urgences (SAU) ou les UPATOU, assurent une prestation hautement technique auprès de malades que, pour la plupart, ils ne reverront pas et qui peuvent être parfois inconscients ou comateux. Ces spécialistes se relaient dans la journée de façon continue ;
- dans le second cas, la prise en charge au long cours d'un malade conscient, porteur d'une affection chronique et de multiples problèmes associés, suppose une relation stable. Le patient a personnellement choisi (ou accepté) son médecin ou son chirurgien et entend être suivi par lui, pour assurer son information, les relations avec sa famille, l'échange de courriers avec son médecin traitant et ses autres spécialistes.

► Alors que les autres disciplines sont morcelées, jamais présentes en effectif important au sein d'un même établissement, les anesthésistes réanimateurs constituent la discipline la plus représentée. A eux seuls, ils sont 618 sur 2 025 PH à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 114 sur 383 PH au CHU de Toulouse, 69 sur 437 ETP au CHU de Rouen, 52 au CHU de Besançon, 58 au CHU de Clermont Ferrand et plus généralement 6 393 médecins salariés

---

<sup>91</sup> 650 Euros par journée, avec ou sans garde dans les contrats passés avec Allo-Medic par exemple 250 F de l'heure, soit 38 euros/h en moyenne pour Temps partiel santé, etc.

hospitaliers (selon l'enquête SAE faite par la DREES) dont 4 237 PH temps plein (selon SIGMED) sur un total d'environ 24 000 PH .

Les syndicats qui les représentent sont bien introduits dans les instances de consultation et dans les confédérations syndicales amenées à négocier des textes, et dotés de moyens de diffusion efficaces. Par ailleurs, les anesthésistes réanimateurs encadrent généralement les urgentistes, qu'ils ont au moins partiellement formés (participation à l'enseignement du CAMU), car ce sont eux qui dirigent majoritairement les services des urgences ou de SAMU-SMUR. Or les urgentistes représentent une main d'œuvre relativement abondante, dont le bon fonctionnement est indispensable à l'hôpital. Le rapport de force joue donc en faveur des anesthésistes.

Ces médecins considèrent généralement qu'une augmentation significative du nombre de postes et de praticiens doit permettre de répondre aux besoins engendrés par la mise en œuvre de l'ARTT et l'intégration des gardes dans le temps de travail. Dans plusieurs cas, ces catégories de praticiens ont d'ailleurs anticipé des textes qu'ils ont largement inspirés.

► Pour les chirurgiens et les médecins cliniciens au contraire, la réalité est plus complexe et la solution aux problèmes actuels ne peut se résumer à la création de postes supplémentaires, qu'ils savent impossible à pourvoir rapidement. Ils réclament davantage de coordination et de souplesse dans l'organisation, des regroupements de moyens mais aussi des mesures plus générales pour permettre à leur discipline de continuer à attirer des jeunes. Généralement accaparés par leurs activités cliniques quotidiennes (y compris libérales), peu nombreux, supportant mal les procédures administratives, les chirurgiens éprouvent des difficultés à se faire entendre.

Les demandes des malades les poussent à améliorer les relations qu'ils entretiennent avec eux, en terme d'informations, de surveillance et de suivi. La récente loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades vient d'augmenter les responsabilités des médecins et des établissements en la matière. Les praticiens supportent mal la contradiction qui s'est établie entre des nouvelles règles de temps de travail qui accentuent le caractère discontinu du travail, et les obligations accrues de continuité des soins qu'introduit indirectement la loi.

► Les réanimateurs se trouvent à la charnière de ces deux modes de fonctionnement, dans la mesure où leur travail est nécessairement exercé par plusieurs praticiens, qui se succèdent dans le temps, mais où un praticien suit les malades occupant les lits qui lui sont attribués.

Ces différentes approches se traduisent par des tensions, parfois vives, au sein des établissements. La mission a été informée que des oppositions se manifestaient au cours des CME ou autour d'elles, d'autant plus fortes que les problèmes démographiques étaient plus aigus et que les anesthésistes réclamaient pour eux l'essentiel des moyens supplémentaires (Clermont-Ferrand, Vesoul, Besançon, Evreux, Cahors).

#### *D) La mise en cause de la qualité des soins dans certaines spécialités*

Certaines disciplines, comme la neurochirurgie, la chirurgie infantile, la chirurgie cardiaque, les soins aux grands brûlés<sup>92</sup> sont majoritairement exercées dans les CHU, par des personnels

---

<sup>92</sup> Essentiellement assurés par des anesthésistes réanimateurs et des chirurgiens orthopédiques, les problèmes touchant au personnel médical des structures de soins aux grands brûlés rejoignent ceux de ces 2 spécialités.

en nombre limité. L'application des textes récents s'avère incompatible avec le maintien en l'état d'une présence continue assurée par une garde spécialisée.

- La neurochirurgie

Son exercice réclame des compétences multiples. Un neurochirurgien doit disposer de connaissances en neurologie, anatomie, anatomo-pathologie, chirurgie, biophysique et imagerie. Plus de 12 ans sont nécessaires pour former valablement un tel professionnel.

L'exercice de cette spécialité est majoritairement confiné à l'hôpital public, et surtout aux CHU (76 % des PH) du moins en ce qui concerne la chirurgie crânienne, l'activité rachidienne s'exerçant dans plusieurs cliniques privées. C'est ainsi, en effet, que le nombre de salariés hospitaliers spécialistes en neurochirurgie s'élève à 266, dont 96 PH, alors que les neurochirurgiens exerçant une activité libérale ne sont que 134 en 2000 (Source CNAMTS). Encore faut-il décompter de cet effectif 66 médecins salariés publics qui exercent une activité libérale à l'hôpital. Il n'y a donc que 68 neurochirurgiens libéraux exclusifs.

**Tableau 14. Effectifs de neurochirurgiens**

Catégorie de personnels	Salariés hospitaliers *	PH **	Médecins nouvellement installés*	Médecins hospitaliers exerçant une activité libérale***
<b>Nombre</b>	266	96	26	66

\* source DREES

\*\* source DHOS (SIGMED)

\*\*\* source CNAMTS

L'âge moyen des neurochirurgiens est élevé et leur répartition sur l'ensemble du territoire est très inégale. A elles seules, les trois régions Ile-de-France, PACA, Rhône-Alpes comptent 112 praticiens, soit 42 % des effectifs. En revanche, huit à neuf régions ont un effectif inférieur ou égal à sept (cf. tableau ci-dessous).

De façon plus préoccupante encore, la relève, qui est partout rare (28 médecins ont obtenu leur diplôme dans les deux ans qui précèdent et se sont installés en 1999, 2000 et 2001) est plus rare encore dans ces régions déjà dépourvues. L'Ile-de-France, PACA et Rhône-Alpes comptabilise 16 nouveaux arrivants sur 28, soit 57 % de la relève.

Compte tenu du nombre élevé de sites de neurochirurgie (59 sites selon l'enquête SAE 2001) et du fait qu'il faut en moyenne 5,5 ETP, donc au moins six spécialistes, pour remplir les obligations de permanence 24 heures sur 24, par suite des nouvelles règles ci-dessus évoquées, cette spécialité n'est pas en mesure dans plus de huit régions, d'assurer les obligations d'une présence médicale constante 24 heures sur 24, vacances comprises .

Quand on sait l'importance croissante de cette discipline dans le traitement des accidents vasculaires cérébraux (dont le nombre augmente avec l'âge de la population) et des traumatismes crâniens (les lésions intracrâniennes traumatiques sont le deuxième diagnostic le plus fréquent chez les patients hospitalisés en urgence ou transférés selon l'enquête effectuée par l'Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées en 2001), on ne peut que redouter une baisse de la qualité des soins, si des mesures urgentes ne sont pas prises. A fortiori, l'avenir de la neurochirurgie infantile paraît fortement compromis

**Tableau 15. Répartition des neurochirurgiens en 2000**

Région	Salariés Hospitaliers	Médecins Nouvellement Installés *
Ile-de-France	53	4
Rhône Alpes	32	5
PACA	27	7
Aquitaine	18	2
Pays de Loire	13	1
Languedoc Roussillon	12	1
Nord-Pas-de-Calais	12	0
Midi-Pyrénées	11	1
Alsace	11	1
Centre	9	1
Bretagne	9	0
Champagne-Ardenne	8	0
Limousin	8	0
Haute-Normandie	7	0
Basse-Normandie	6	1
Auvergne	5	0
Lorraine	5	1
Picardie	3	1
Franche-Comté	3	0
Poitou-Charente	2	0
Corse	1	0
DOM	7	0
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>26</b>

Source DREES

\* médecins nouvellement installés actifs en 1999, 2000 ou 2001 et diplômés lors des deux années antérieures.

- La chirurgie infantile

Comme la neurochirurgie, la chirurgie pédiatrique (ou infantile) s'exerce principalement en secteur public. Comme elle, cette activité suppose plusieurs spécialisations : chirurgie orthopédique ou chirurgie viscérale, éventuellement neurochirurgie, en plus d'une connaissance de la pédiatrie.

On a vu plus haut à quel point les effectifs de chirurgie infantile, mal connus, étaient réduits (240 au maximum). Qui plus est, la relève n'est pas assurée : entre 60 et 70 chirurgiens pédiatriques doivent partir à la retraite dans les dix ans à venir et seulement une trentaine de jeunes praticiens sont suffisamment avancés dans leur formation pour pouvoir les remplacer, alors que le nombre d'enfants ou d'adolescents devrait rester stable dans les 20 ans prochains.

De ce fait, et compte tenu du morcellement de cette spécialité entre ses diverses formes d'activité, les perspectives sont particulièrement inquiétantes : on ne voit pas comment, sans modifier le nombre de sites de chirurgie pédiatrique, on pourrait respecter les nouvelles règles concernant le temps de travail. .

- La chirurgie cardiaque

Chirurgie cardiaque et chirurgie thoracique se trouvent agrégées dans le décompte des spécialités, alors qu'elles s'adressent à des pathologies fort différentes (cancers du poumon et affections coronariennes ne sont pas opérés par les mêmes chirurgiens).

S'agissant des effectifs de chirurgie cardiaque, ceux-ci sont restreints, mais il est difficile de savoir s'ils le sont trop ou non. Tout au plus peut-on dire que si l'on ne change pas l'organisation, le même type de problèmes que ceux décrits ci-dessus devrait se poser, le nombre de sites de chirurgie cardiaque s'élevant, selon l'enquête SAE de la DREES, à 57 en 2001.

**Tableau 16. Effectifs de chirurgiens cardiaques et vasculaires**

	Chirurgiens qualifiés en métropole*	Chirurgiens exclusivement libéraux *	Salariés hospitaliers*	PH temps plein **	PH temps partiel **
Chirurgie cardiaque et thoracique	180	59	121	84 - dont 62 CHU et 22 non CHU	7
Chirurgie vasculaire	303	189	114	76 - dont 127 CHU et 49 non CHU	12

\* Enquête DREES. D.SICART. « Les médecins. Estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2001. » Document de travail n° 28, octobre 2001.

\*\* Données SIGMED 2002

Toutefois, l'absence d'études prospectives risque de gêner les restructurations nécessaires. En effet, beaucoup d'indications chirurgicales de la chirurgie cardiaque ont progressivement disparu (c'est le cas des affections valvulaires rhumatismales ou syphilitiques et d'un grand nombre de malformations congénitales mieux dépistées ou prévenues). D'autres ont été reprises par la cardiologie ou la radiologie interventionnelle (c'est le cas de nombreuses indications coronariennes). Ce phénomène ne peut que s'amplifier avec la venue sur le marché de dispositifs médicaux de deuxième génération (stents actifs par exemple).

Simultanément, les indications de la chirurgie cardiaque se sont étendues à des personnes de plus en plus âgées (rétrécissements aortiques athéromateux par exemple) ou à des pathologies de plus en plus lourdes (nécessitant des triples pontages, par exemple). Mais on ne sait pas dans quelle mesure ces besoins nouveaux compensent les diminutions décrites ci-dessus. En outre, la qualité des équipes suppose un minimum d'interventions annuelles que toutes ne peuvent atteindre. Une réflexion prospective au niveau de l'administration centrale serait nécessaire pour aider les évolutions.

\* \*  
\*

Au total, l'intégration des gardes dans le temps de travail, les exigences du repos compensateur et le bénéfice des congés annuels supplémentaires liés à la RTT apparaissent incompatibles avec le maintien en l'état dans tous les sites actuels, de gardes spécifiques dans ces disciplines, compte tenu des effectifs présents. La projection des effectifs à dix ans ne permet pas d'espérer une amélioration de la situation.

Les médecins ont alors trois possibilités qui, chacune, présentent des inconvénients :

- abandon de la garde spécialisée et mutualisation des moyens humains avec la chirurgie générale (mais cette hypothèse est illusoire pour des spécialités aussi pointues que la chirurgie crânienne ou cardiaque par exemple) ;
- maintien de la garde spécialisée, en n'appliquant pas en totalité la nouvelle réglementation ;
- regroupement avec un CHU voisin et développement des transports sanitaires aériens.

Dans le premier cas existe un risque d'abaissement de la qualité des soins, dans le deuxième, se posent à la fois des questions de type juridique (risque médico-légal) et organisationnel, dans le troisième des questions de logistique et de stratégie interrégionale.

C'est pourtant vers cette troisième voie qu'il paraît logique de s'orienter... Il conviendrait donc, en matière de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque et de chirurgie infantile, de définir une politique nationale réaliste et d'envisager des SNOS spécifiques.

#### *E) Les risques médico-légaux*

Le décret n° 2002-1421 du 6 décembre 2002 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des PH temps plein, modifie de la façon suivante l'article 30 :

*« Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.*

*« Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.*

*« Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation, dans les conditions prévues aux articles 28 et 29.*

*« Il bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.*

*« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, il peut accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente*

*« Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif. »*

Le fait de continuer à travailler dans une journée au-delà de 13 heures, ou dans une semaine au delà de 48 heures, est une possibilité, et ne peut être imposé. En revanche, travailler au-delà de 24 heures d'affilée n'est pas une possibilité reconnue, sans être pour autant clairement interdit.

Certains chirurgiens s'interrogent sur ce qu'il adviendra d'eux, dans l'hypothèse où une urgence sérieuse se présenterait, dans les disciplines – comme la neurochirurgie ou la chirurgie infantile – où l'effectif de praticiens senior est peu fourni et où, lors de vacances ou déplacements de collègues, ils peuvent être amenés à être les seuls compétents sur place. Ne risquent-ils pas d'être confrontés à une accusation de non-assistance à personne en danger (article 223-6 du nouveau code pénal<sup>93</sup>) s'ils refusent d'intervenir au motif qu'ils ont accompli leur temps de travail ou s'ils transfèrent le malade et que celui-ci décède en route, du fait du

---

<sup>93</sup> « sera puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »

délai supplémentaire de transfert ? A l'inverse, s'ils interviennent, malgré la fatigue, et que – pour une raison ou une autre – l'intervention se passe mal, le patient peut-il leur reprocher une perte de chance ?

Pour le moment, faute de jurisprudence récente, il est difficile de prévoir les risques judiciaires. Mais les compagnies d'assurances vont peser en faveur de la fermeture de ces activités, chaque fois que les conditions ne sont pas réunies pour les accomplir. Il faut donc anticiper, en regroupant autant que faire se peut ce type d'activités.

## **2.2 – Les conséquences pour les praticiens hospitaliers**

### 2.2.1 – La charge de travail individuelle et la responsabilité sont insuffisamment valorisés et il existe un manque de reconnaissance sociale

Les praticiens hospitaliers les plus actifs souffrent d'un profil de carrière identique pour tous, quels que soient les services rendus.

#### *2.2.1.1 – La charge de travail et la différence d'attractivité des sites et des disciplines sont insuffisamment pris en compte*

Le profil de carrière des PH est linéaire, quels que soient les services rendus ou la pénibilité du travail. A l'exception d'une accélération d'avancement de deux années pour les praticiens ayant accompli cinq années de services effectifs dans un poste prioritaire, il n'y a plus de disposition différentielle pour l'avancement. La progression de la rémunération suit donc l'avancement d'échelon prévu par le statut<sup>94</sup> (L'avancement d'échelon et les rémunérations correspondantes sont indiquées en annexe 7). Cette linéarité est mal perçue par ceux des praticiens qui estiment avoir des contraintes particulières : pénibilité et stress pour les urgentistes, forte contrainte de gardes pour les obstétriciens, responsabilité pour les anesthésistes, pénibilité et responsabilité pour les chirurgiens de certaines spécialités...

Le sentiment de ne pas être rémunéré à la juste valeur de son travail est d'autant plus aigu que le praticien se compare à ses confrères libéraux, sans toutefois avoir en tête que son revenu net n'est pas comparable à leurs honoraires et que ceux-ci ont des charges qu'il n'a pas (des éléments de comparaison sont donnés en annexe 9).

Comme le souligne le rapport NICOLAS & DURET<sup>95</sup>, « *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...* »

Cette observation est à moduler aujourd'hui notamment pour ce qui concerne les gardes. En effet, l'intégration des gardes dans le temps de travail à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 et l'instauration du repos compensateur à compter du 1<sup>er</sup> octobre de la même année vont permettre de mieux prendre en compte la lourdeur et la fréquence des gardes. Surtout, elles continueront à être rémunérées ou bien elles donneront lieu à récupération.

<sup>94</sup> Art. 27 du Décret n°84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers.

<sup>95</sup> NICOLAS G., DURET M., *Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, obstétrique, psychiatrie et radiologie*, février 1998, page 30.



Le temps de travail additionnel sera également rémunéré au-delà des 48 heures hebdomadaires. On peut donc considérer qu'à partir de 2003, les contraintes de gardes et de travail supplémentaire sont prises en compte.

En revanche, la pénibilité de certaines spécialités, notamment chirurgicales, n'est pas encore reconnue. En effet, il n'existe pas de disposition particulière prenant en compte les contraintes physiques parfois lourdes (station debout des heures durant dans une atmosphère surchauffée, poids à soulever, postures pénibles) ou la pénibilité d'exercice (gynécologie obstétrique, chirurgie viscérale ou orthopédique...).

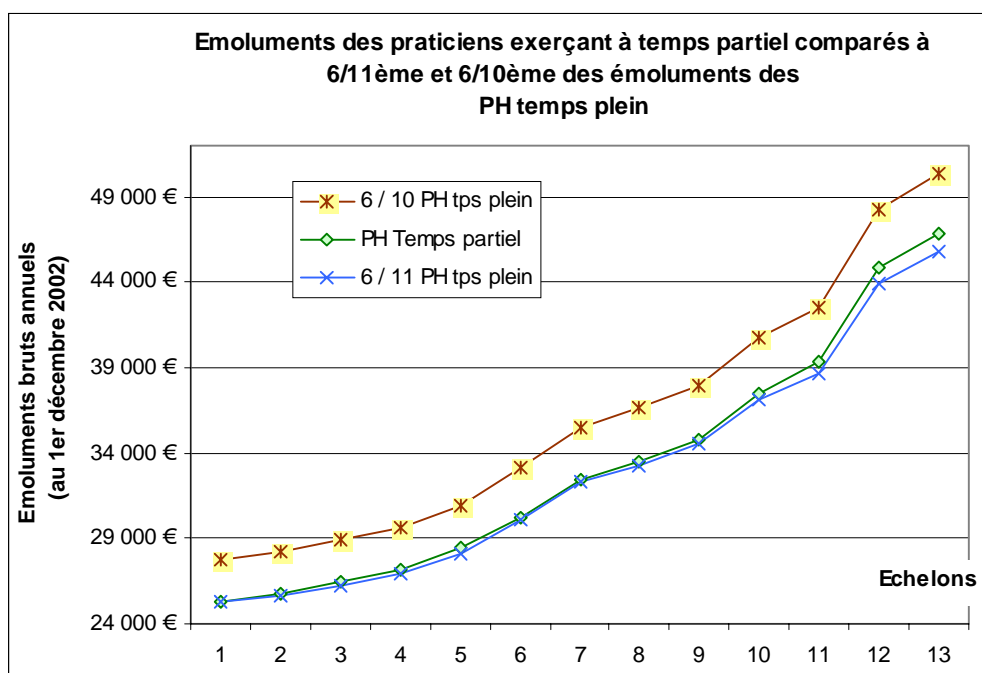
La plupart des praticiens souhaitent que leur situation particulière soit reconnue par un moyen ou un autre. Il faut souligner que le travail des praticiens hospitaliers a été fortement valorisé lors du réaménagement de la grille d'avancement le 1<sup>er</sup> novembre 2000. Les émoluments bruts annuels ont alors connu des augmentations de 16 % pour le 1<sup>er</sup> échelon à 0,5 % pour le 13<sup>ème</sup> échelon. Les dispositions de reclassement prévues par le décret n°2000-502 du 7 juin 2000 ont permis à l'ensemble des praticiens de connaître une évolution favorable de leurs émoluments<sup>96</sup>.

#### 2.2.1.2 – La rémunération des PH temps partiel : un mode de calcul en décalage avec les obligations

Les émoluments des praticiens exerçant à temps partiel ont été calculés en proportion de leur obligation de service de quatre, cinq ou six demi-journées selon les cas<sup>97</sup> comparée à celle des PH temps plein qui était à l'origine de 11 demi-journées. A échelon identique, leur rémunération est équivalente à environ 4/11<sup>ème</sup>, 5/11<sup>ème</sup> ou 6/11<sup>ème</sup> de la rémunération d'un PH. Ces émoluments devraient normalement être calculés proportionnellement aux dix demi-journées d'obligation des PH temps plein aujourd'hui et donc correspondre à environ 4, 5 ou 6/10<sup>ème</sup> des émoluments de ces derniers (les émoluments des praticiens hospitaliers sont donnés en annexe 7).

<sup>96</sup> Art.97-3 du Décret n°84-131 du 24 février 1984 (modifié) portant statut des praticiens hospitaliers.

<sup>97</sup> Certaines spécialités, faisant l'objet d'une liste limitative, peuvent avoir, en tant que temps partiel, une obligation de travail limitée à 4 demi-journées. La rémunération se faisant au prorata.



Source : arrêté du 25 novembre 2002

### 2.2.1.3 – La place des chefs de service, de département ou de pôle d'activité est à préciser

Les chefs de service ou de département ont une responsabilité dans le fonctionnement du service qui s'exerce essentiellement sur l'organisation médicale et plus difficilement sur l'activité paramédicale, mais ils sont dépourvus d'outils pour l'exercer.

#### A) Une responsabilité clairement affirmée dans l'organisation médicale

Le code de la santé publique affirme la responsabilité technique du chef de service sur le fonctionnement du service. L'article L.6146-5 du code de la santé publique indique en effet : « *Le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle...* »

Le chef de service a ainsi un pouvoir d'organisation qui lui donne une autorité fonctionnelle sur les autres praticiens hospitaliers. Dès lors qu'il respecte les missions propres des PH dans chaque unité fonctionnelle et leurs responsabilités médicales, le chef de service peut intervenir dans l'organisation du travail de l'équipe médicale : organisation des staffs et des réunions de travail, ordre du jour des conseils de service, détermination de la permanence des soins médicaux avec ses propositions de tableaux de service et de gardes et astreintes à la CME et à la direction de l'établissement.

C'est à lui que revient aussi le soin de proposer les orientations du service et leur traduction en unités fonctionnelles dans le respect du projet de service. Le code de la santé publique, dans son article L.6146-7, rappelle : « *l'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité d'un praticien titulaire...dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de service ou de département dans le respect du projet de service. ...Le conseil d'administration désigne pour une période déterminée par voie réglementaire le praticien hospitalier chargé de l'unité fonctionnelle avec l'accord du chef de service ou du département après avis des*

*praticiens titulaires du service ou du département et de la commission médicale d'établissement »*

Cette responsabilité s'exerce également dans d'autres domaines qui ont leur importance pour le fonctionnement du service. Le chef de service est appelé à faire valoir chaque année dans le cadre de la préparation du budget ses demandes de créations de postes médicaux ou paramédicaux. Il intervient également au niveau de la logistique : investissements biomédicaux, informatiques, techniques et immobiliers pour lesquels il est l'interlocuteur naturel de la direction et de la CME.

S'il n'a pas à donner explicitement son avis pour le recrutement d'un collègue praticien hospitalier candidat dans son service, puisque cette appréciation est du ressort du conseil d'administration et de la CME, il est manifeste qu'il est entendu ne serait-ce que devant la représentation médicale, sa position pesant dans le choix définitif de la CME. Il en est de même au moment de la titularisation d'un PH ; il a donc de manière indirecte mais réelle une influence dans la gestion des PH de son service. Toutefois, en cas de désaccord, il est démuné de moyens d'action.

*B) Un rôle atténué dans l'organisation paramédicale*

Le chef de service ou de département intervient naturellement dans le fonctionnement des paramédicaux, mais il n'est pas directement chargé du recrutement de ces personnels, qui est du ressort du directeur de l'établissement. Le directeur des soins infirmier a le pouvoir d'affectation des infirmières, dont le travail – horaires, roulement – est organisé par le cadre infirmier de chaque service. Dans certains cas, il peut ne pas consulter un chef de service pour retirer ou affecter un personnel.

Néanmoins, le chef de service exprime un avis, dont on tient plus ou moins compte. Lorsque cet avis n'est pas suivi, cette situation peut se traduire, dans certains cas, par une attitude de repli des chefs de services vis-à-vis des difficultés que peut connaître l'organisation paramédicale. Cela peut conduire à un cloisonnement, lequel est peu propice à une véritable articulation des modes de fonctionnement médicaux et paramédicaux.

*C) Une valorisation de la fonction très insuffisante et un mode de renouvellement quasi automatique*

- Au sens strict, la fonction de chef de service peut être considérée comme bénévole

Malgré ses responsabilités, les règles d'avancement sont les mêmes pour le chef de service ou de département et le simple PH et il n'existe pas de rémunération particulière. Mais le système est muet sur les conditions d'accès à ce type de fonction. Au niveau national, il n'est pas exigé, pour y accéder, d'avoir suivi de formation spécifique en management par exemple. Toutefois de nombreux chefs de service en suivent une. L'AP-HP a organisé, en lien avec l'Ecole des mines de Paris, une école de management des médecins des hôpitaux, l'EMAMH, dans laquelle passent de nombreux médecins ayant acquis de l'expérience, PH ou PU-PH. La formation, qui coûte entre 3 000 et 4 500 euros pour les personnes extérieures, est gratuite pour les personnels de l'AP-HP. Les stages – organisés sous forme de modules optionnels de 3 à quatre jours et très appréciés – sont obligatoires pour les chefs de service. Cette obligation de formation devrait être étendue à l'ensemble du territoire.

- Un renouvellement des fonctions de chef de service ou de département quasi automatique

Tous les cinq ans, le PH qui assure des fonctions de chef de service doit être renouvelé dans ces fonctions. Il présente un bilan de son activité et propose son projet pour les cinq ans à venir. La CME et le conseil d'administration donnent leur avis avant de transmettre le dossier à l'ARH qui prend la décision.

La mission a constaté que dans plus de 95 % des cas le renouvellement était acquis. Les rejets sont très rares. Les ARH considèrent que le système actuel – renouvellement par vagues à une date donnée – ne leur permet pas d'assurer un véritable filtre pour écarter des chefs de service incompetents. La seule présentation d'un bilan et d'un futur projet sans caractère normatif est d'essence purement subjective.

Cette situation est paradoxale. Le code de la santé publique a prévu qu'une contractualisation pouvait être mise en place entre le chef de service et la direction de chaque établissement de santé. Ainsi, l'article L.6145-16 indique : « *Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne.*

*...les équipes médicales...[donc au moins le chef de service et les PH]...peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création des centres de responsabilité.*

*... le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés.*

*...les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. ... ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de gestion ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat »*

Cela signifie que légalement il est possible de définir des indicateurs de suivi et de résultats pour le fonctionnement des services. La fonction de chef de service pourrait donc être appréciée de manière objective.

Force est de constater la frilosité des équipes de direction et des CME sur ces formes de contractualisation interne. Les contrats d'objectifs et de moyens n'ont pas été mis en place dans les hôpitaux. Le système n'a pas utilisé le cadre légal qui aurait permis d'engager une véritable estimation de ce type de fonction.

Quelques chefs de service ont renoncé à se porter candidat au renouvellement de leurs fonctions. Il s'agit d'un courant minoritaire mais réel qui doit être pris en compte. L'absence de valorisation de la fonction et l'absence d'outils permettant au chef de service de faire évoluer son service sont deux des facteurs expliquant cette attitude. Mais d'autres éléments interviennent. La lassitude de certains vient du fait qu'insuffisamment préparés à cette tâche, face à des contraintes nouvelles qu'ils n'ont pas les moyens réels de résoudre, ils considèrent qu'il n'y a pas lieu de persévérer dans le cadre actuel. La place des chefs de service ou de département doit être restaurée.

*D) D'autres postes à responsabilité ne font pas non plus l'objet d'une reconnaissance formelle*

C'est le cas de la fonction de président de CME, ou des responsables d'activités transversales (vigilances, infections nosocomiales, assurance qualité, participation aux instances, etc.).

L'activité de président de CME est non seulement très prenante (de 20 % à presque 80 % du temps dans les grands CHU), elle est également essentielle pour le bon fonctionnement d'un établissement. Le président de CME peut aussi bien éviter ou apaiser les conflits au sein de la communauté médicale et faire émerger projets et solutions, qu'il peut rendre ceux-ci difficiles, s'il manque d'entregent ou de foi dans le service public.

De même, l'implication dans les activités transversales n'est pour l'instant pas prise en compte, et ces activités n'apparaissent pas au PMSI. Elles ont cependant un rôle clef dans l'atmosphère générale et le bon fonctionnement d'un service.

#### 2.2.1.4 – Certains praticiens se plaignent d'une absence de considération

##### A) Les préoccupations des anesthésistes

L'anesthésie réanimation constitue une discipline relativement récente, qui intervient dans toutes les activités horizontales de l'hôpital : du bloc opératoire aux réanimations, SAMU, SMUR, urgences, puis consultation anti-douleur, soins palliatifs, grands brûlés, CLIN, DIM, etc. C'est pourtant la discipline qui a le plus faible ratio de professeurs d'université (PU-PH) par rapport à ses effectifs.

Préoccupés avant les autres de questions de sécurité sanitaire, les anesthésistes réanimateurs ont fait prendre à l'administration des normes de plus en plus contraignantes, afin de protéger les malades et de se protéger.

Souvent appuyés par les directions hospitalières qui voyaient en eux un pilier permanent de l'hôpital public face à des chefs de services cliniques soucieux de leur autonomie, ou vis à vis de certains praticiens moins préoccupés par la seule marche de l'établissement, ils ont su devenir indispensables. Suffisamment nombreux et organisés, ils sont présents dans les instances et les organismes représentant l'ensemble des médecins salariés hospitaliers. Ils y défendent un mode d'activité qui correspond aux nécessités de leur discipline, mais ne représente pas pour autant un modèle généralisable (cf. supra).

Mais à l'inverse, leur nombre même, le fait qu'ils n'aient pas de malades attitrés et ne conservent pas de dossiers médicaux, leur moindre implication dans des travaux de recherche, de publication ou d'enseignement, les mettent en position de faiblesse vis-à-vis de leurs confrères. En outre, jusqu'à la réforme des études de médecine imposant pour l'accès aux spécialités médicales le passage obligé par l'internat, ils étaient moins souvent titrés que les autres spécialistes : moins souvent anciens internes, anciens chefs de clinique, etc.

Aussi les anesthésistes se plaignent-ils parfois d'être considérés comme des médecins de deuxième zone et voient la preuve de cet ostracisme dans le fait que, à la différence de leurs confrères hospitaliers, ils ne disposent souvent pas de bureaux, pas de micro-ordinateurs ni d'accès aux réseaux internes ou à Internet ; pas de secrétaires attitrées, pas de signes de reconnaissance de l'institution. Les anesthésistes-réanimateurs qui exercent en réanimation, où ils suivent leurs « propres malades », ne sont pas confrontés à ces situations (cf. supra).

La mission a été frappée par le caractère récurrent de ces plaintes. A Clermont-Ferrand, les anesthésistes ne disposent que d'une simple armoire métallique pour ranger leurs affaires, leurs dossiers, leurs livres. A Longjumeau, la revendication tourne autour d'un bureau-chambre de garde muni de la télévision. D'autres établissements répondent à ces demandes en consacrant des superficies croissantes à la création de bureaux...

*B) Les interrogations des urgentistes sur leur devenir professionnel*

Plus encore que leurs confrères anesthésistes, les urgentistes des services d'accueil des urgences ou des SAMU-SMUR s'interrogent sur leurs possibilités de carrière à l'hôpital.

Il s'agit généralement de médecins de formation généraliste, ayant ou non la CAMU<sup>98</sup>, accaparé par un travail quotidien stressant, qui ne leur permet guère de suivre une formation continue et de prendre du recul. Les directions hospitalières, qui les ont massivement accueillis, craignent d'avoir assez rapidement une main d'œuvre fatiguée, insatisfaite alors que, paradoxalement, la population recourt de plus en plus à eux, du fait des efforts d'organisation accomplis au niveau des urgences hospitalières et du retrait d'une grande partie des libéraux.

Certains jeunes urgentistes<sup>99</sup> considèrent que leur activité est très usante et ne peut se faire toute la vie, en tout cas pas au-delà de 45 - 50 ans. Ils veulent une évolution de leur activité et de leur carrière, mais ne savent pas très bien laquelle.

Aussi certains chefs de service hospitalo-universitaire se demandent-ils s'il faut encore recruter des PH titulaires temps plein comme urgentistes, ou s'il ne faut pas plutôt : soit n'avoir pour cette tâche que des postes à durée limitée (contractuels, engagement à temps, comme dans l'armée) ; soit ne leur donner que des postes à temps partiel, pour leur permettre d'avoir un ancrage dans une autre discipline ou un autre mode de fonctionnement.

A l'opposé, des praticiens hospitaliers expérimentés (soutenus par le SNPHAR) considèrent que cette approche trahit le malthusianisme et l'élitisme hospitalo-universitaires. Ils pensent qu'avec le repos compensateur, les revalorisations de salaire et les possibilités de formation continue, une carrière aux urgences est possible. Ils croient au contraire que l'âge et l'expérience sont des éléments de sécurité et d'apaisement.

Tout dépend sans doute des personnalités. Il convient donc de proscrire les solutions uniques et d'ouvrir un éventail assez large de possibilités, en évitant de transformer les postes et emplois à durée limitée (assistants, vacataires, internes), plus souples, en postes définitifs car cela contribuerait à diminuer les marges de manœuvre des établissements.

*C) Le mal-être des PH dans les CHU*

Les PH titulaires peuvent être placés, soit dans des centres hospitaliers généraux, soit dans des CHU. Ils sont, dans ce dernier cas, 7 816 PH temps plein (5 168 médecins, 842 chirurgiens, 722 biologistes, 392 pharmaciens, 337 psychiatres, 347 radiologues et 8 odontologistes) et 1 012 PH temps partiel.

A l'origine, employés dans des disciplines indispensables à l'hôpital, mais où l'activité universitaire n'était pas très développée, (comme l'anesthésie), les PH sont devenus progressivement presque aussi nombreux dans les CHU que les personnels hospitalo-universitaires. C'est ainsi qu'à l'AP-HP, qui compte pourtant une des proportions les plus élevées de PU-PH, les effectifs se répartissent de la façon suivante:

---

<sup>98</sup> Capacité en aide médicale urgente

<sup>99</sup> C'est particulièrement le cas de ceux de Toulouse, très éprouvés par les suites de la catastrophe AZF et les diverses grèves d'autres médecins (internes, généralistes) dont ils ont dû supporter les effets.

**Tableau 17. Effectifs médicaux de l'AP-HP**

	Catégories	Total
Personnel hospitalo-universitaire	PU-PH : 1 104	2 893
	MCU-PH : 597	
	PHU : 69	
	CCA +AHU : 1 123	
Praticiens hospitaliers	Temps plein : 1 737	2 025
	Temps partiel : 288	

Source : *démographie des médecins à l'AP-HP, données actuelles et prospectives. Janvier 2000*

A l'exception des 2 642 anesthésistes de CHU, dont on a évoqué plus haut les difficultés propres, ils sont plus souvent issus des concours de type I définis par le décret n° 99 517 du 25 juin 1999 (anciens internes, anciens CCA ou assistants bi-appartenant). Fortement titrés, ils participent à des travaux d'enseignement et de recherche.

A l'AP-HP, comme dans les grands CHU, le poste de PH de chirurgie est conçu comme un poste transitoire dans l'attente d'un poste d'agrégé et de PU-PH. La durée de passage sur le poste est de quelques années (quatre à cinq ans).

En revanche, dans les spécialités médicales, il s'agit de postes définitifs. Or, les PH de grands CHU s'estiment aussi titrés que beaucoup de PU-PH. Ils font de la recherche, publient, participent à l'enseignement, sans avoir ni la même carrière, ni la même reconnaissance sociale. Ils ont aussi moins souvent une activité libérale que les PU-PH<sup>100</sup>. Aussi éprouvent-ils parfois le sentiment que l'on se décharge sur eux du travail le moins gratifiant.

Mais c'est surtout la répartition des postes nouveaux au sein des grands CHU qui les a mécontents. Ils considèrent que les besoins de soins ne sont pas reconnus, et que l'on attribue trop de moyens aux « postes fléchés ». C'est ainsi que, l'an dernier par exemple, des discussions fort longues au sein de la CME de l'AP-HP ont abouti à une répartition de 11 postes de PH pour toutes les disciplines de médecine. Mais, à la suite de la circulaire budgétaire DHOS/DSS de 2001, le ministère a annoncé la création de 170 postes fléchés : postes UCSA (prisons), postes « douleur », DIM, « CLIN », IVG, vigilance, et même poste « éthique clinique ». Ces créations, jugées par eux – à quelques exceptions près – non indispensables, ont suscité des réactions de mauvaise humeur dans la communauté médicale. La mission a pu observer les mêmes réactions à Toulouse, pour des motifs identiques.

Les PH de CHU sont donc favorables à une évolution de leur statut, qui leur permettrait :

- de pouvoir se consacrer pendant quelque temps à la recherche (valence « recherche »),
- de reconnaître leur participation à l'enseignement (au lit du malade ou théorique : valence « enseignement »),
- ou d'avoir un travail hospitalier exclusif.

Il s'agit de leur donner une chance de poursuivre leur carrière comme hospitalo-universitaires, au moins pour certains d'entre eux.

<sup>100</sup> Ils reconnaissent toutefois que la prime d'exercice exclusif, comme les récentes revalorisations, ont estompé la différence financière entre PU-PH et PH, d'autant que le problème des retraites reste à résoudre, côté PU-PH

## 2.2.2 – Il n’y a pas de véritable gestion individuelle

### 2.2.2.1 – L’absence de gestion individualisée des carrières

Elle n’est pas réellement organisée. Certains établissements ou services accomplissent une forme de gestion individualisée. C’est le cas notamment dans les CHU. Mais il s’agit davantage d’un tutorat destiné à préparer un possible successeur qu’une pratique généralisée au profit de l’ensemble des praticiens.

Cette absence de gestion individualisée des carrières rend difficile la mobilité fonctionnelle. Il n’y a pas de passerelle organisée entre les spécialités, ou vers des fonctions administratives ou managériales. Or, de l’avis même des praticiens, certaines spécialités ne peuvent être exercées efficacement pendant toute une carrière (jusqu’à 65 ans).

Un dispositif de suivi individualisé devrait permettre de tenir compte des capacités et des aspirations de chacun pour orienter et faciliter les reconversions ou aménagements d’activité.

### 2.2.2.2 – Paradoxalement, les médecins ne bénéficient pas de garanties médicales suffisantes

Un contrôle est censé s’exercer dans deux circonstances différentes :

- d’une part, lors du recrutement puis de la titularisation d’un médecin, pour éviter de recruter quelqu’un qui ne pourrait pas remplir ses obligations ou ferait courir un risque à son entourage (maladie contagieuse, ou pathologie mentale grave) ou aux personnes qui lui sont confiées ;
- d’autre part, au cours de l’exercice de ses fonctions, pour s’assurer de son état de santé, l’aider en cas d’accident ou de maladie, et éviter qu’il ne nuise à des malades.

Dans d’autres professions qui ont entre les mains la vie de tiers (exemple : pilote d’avion), il existe un contrôle régulier de l’aptitude médicale, avec pour corollaire en cas d’inaptitude, une mise à l’écart des fonctions à risque ainsi qu’un réel suivi médical. Rien de tel n’existe au quotidien à l’hôpital.

Les exemples rencontrés par la mission montrent cependant que les problèmes sont loin d’être exceptionnels. Dès lors, il est inutile de consacrer des sommes croissantes à la sécurité sanitaire si, dans le même temps, l’acteur principal des soins, à savoir le professionnel de santé, peut continuer à exercer alors qu’il n’est plus en état de le faire.

#### *A) Le contrôle de l’aptitude médicale lors du recrutement ou de la titularisation est de pure forme*

En principe, l’article 2 du décret n° 99-517 du 25 juin 1999 précise que « *tout candidat au concours [de praticien des établissements de santé] doit remplir les conditions d’aptitude physique et mentale exigées pour l’exercice de la fonction* »

En réalité, il est demandé un certificat médical d’un médecin généraliste assermenté indiquant que la personne est exempte de maladies infectieuses ou de pathologie mentale. Le futur PH peut choisir librement ce médecin, qui n’a pas de connaissance particulière en médecine du travail. Le certificat constitue en général une formalité.



Par la suite, même si au cours de l'année probatoire qui précède la titularisation, pour les seuls PH temps plein issus du concours de type II (les PH temps partiel en étant dispensés) des troubles mineurs se sont manifestés, aucun autre contrôle médical d'aptitude n'est réalisé.

La mission a ainsi été informée du cas de plusieurs praticiens présentant des troubles de la personnalité ou du comportement, et qui ont pourtant été titularisés à l'issue de leur période probatoire, causant ensuite des perturbations continues et sans réel remède. Autre cas exemplaire, celui d'un radiologue atteint de troubles visuels sévères, dans l'incapacité, aux dires de ses confrères, de distinguer certains traits de fracture ou de faire des diagnostics échographiques jugés évidents, et pourtant titularisé.

*B) Le suivi médical en cours de carrière est inégal et non exhaustif*

Là encore, plusieurs objectifs doivent être poursuivis :

- d'une part, prévenir des pathologies professionnelles et accidents de travail pouvant handicaper le médecin ;
- d'autre part, surveiller l'état de santé du professionnel, pour vérifier que celui-ci est bien compatible avec ses fonctions ;
- enfin, prendre les mesures nécessaires – dans le cas où le PH n'est plus en état d'assurer ses fonctions – pour l'aider, le prendre en charge, et l'empêcher de faire courir des risques à lui-même et aux malades.

► A l'heure actuelle, les PH ont en principe la possibilité de recourir à la médecine du travail qui prend en charge les autres personnels hospitaliers, conformément au droit commun. Les praticiens hospitaliers répondent de façon variable aux convocations de médecine du travail, plus développée dans les grands établissements que dans les hôpitaux plus petits. Ils sont mieux suivis que les personnels hospitalo-universitaires délaissés par la médecine du travail universitaire.

Le dépistage des maladies transmissibles, que le praticien peut contacter en faisant des actes médicaux (injections, incisions...) ou qu'il peut à son tour transmettre aux patients n'est pas organisé de façon obligatoire. La recherche d'une éventuelle contamination par le VIH ou les hépatites ne fait l'objet d'aucun contrôle régulier. La couverture vaccinale des médecins apparaît en outre insuffisante. C'est ainsi qu'à l'AP-HP une enquête de la direction de la politique médicale a montré qu'en 2002, seulement 47 % des PH, 39 % des personnels hospitalo-universitaires et 34 % des internes étaient identifiés comme vaccinés contre l'hépatite B, vaccination pourtant obligatoire pour les personnels de santé, contre 100 % des infirmières et des élèves infirmières. La mission observe, qu'en cas de transmission accidentelle à un malade, il n'est pas exclu que la responsabilité de l'hôpital qui n'aurait pas vérifié cette obligation puisse être engagée, ainsi que celle du médecin.

► En cas de problème médical grave, un comité médical peut être constitué pour examiner le dossier du médecin, sur demande du préfet de département ou du directeur de l'établissement, après avis du président de CME (article 36 du décret n° 84-131 du 24 février 1984). Ce comité est identique pour les PH temps plein et temps partiel.

Il s'agit d'un comité ad hoc, réuni pour la circonstance. Ses trois membres sont nommés en fonction de la pathologie du praticien et jugent des suites à donner en fonction du seul intérêt de ce dernier. S'ils considèrent que la reprise d'activité est favorable à l'évolution thérapeutique de cette personne, ils peuvent l'autoriser à reprendre à mi-temps, sans que cette

décision n'engage leur responsabilité vis à vis des malades que ce praticien serait amené à suivre.

A titre d'exemple, 44 dossiers, correspondant à 14 praticiens<sup>101</sup> sur 449 « effectifs de PH rémunérés » ont fait l'objet en Auvergne, de 1997 à 2002 (soit en cinq ans) d'un cas soumis au comité médical, soit environ 3 % en cinq ans. Les motifs sont : le cancer, les troubles mentaux, l'alcoolisme, une affection cardiaque et une contamination accidentelle VIH.

En Ile-de-France, ce sont 135 dossiers qui ont été examinés en 17 mois, de juin 2001 à octobre 2002, sur un effectif de 4 562 PH temps plein et 1 604 PH temps partiel (soit 2,2 %). 40 % de ces dossiers correspondaient à des troubles mentaux.

S'agissant des maladies somatiques (cancer, maladies endocriniennes, cardio-vasculaires, etc.) il n'y a généralement pas de contradiction entre les exigences du traitement du professionnel malade et la protection des usagers de l'hôpital. Toutefois, dans le cas de maladies professionnelles, (cas de chirurgiens contaminés par le virus du SIDA lors d'intervention), il n'y a pour le moment aucune possibilité de reconversion, ce qui est choquant .

Mais c'est évidemment dans les maladies mentales ou les addictions que les difficultés sont les plus grandes, d'une part parce que le professionnel malade nie l'importance de ses troubles, d'autre part, parce que les critères de diagnostic sont plus incertains et que les psychiatres experts sont rarement unanimes.

S'agissant de cas d'intempérance, il n'y a pas de région visitée par la mission, dans laquelle des cas sérieux ne sont signalés. En Ile-de-France, un chef de service d'anesthésie réanimation est jugé trop atteint par les chirurgiens, pour qu'ils le laissent endormir leurs malades. Dans une autre région, la population d'une petite ville évite de recourir aux urgences quand un chirurgien est de garde ; pour cette raison, un autre chirurgien n'opère pratiquement plus (18 interventions en 2000, deux en 2002), sans que sa place dans l'établissement ne soit pour autant modifiée. Dans la même région, les collègues d'un obstétricien sont obligés d'assumer toutes ses gardes...

Le même problème se pose en matière de toxicomanies. Plusieurs cas sont cités, dans différentes régions (Ile-de-France, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, etc.) concernant des anesthésistes réanimateurs.

Le Collège des Anesthésistes réanimateurs, en coopération avec la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) et l'AP-HP, a souhaité, avec un certain courage, connaître l'ampleur du phénomène d'addiction<sup>102</sup>. Un questionnaire a été adressé en 2001 à tous les anesthésistes-réanimateurs – hospitaliers et libéraux – inscrits à l'Ordre (environ 9 000). Il s'agissait à la fois de mesurer l'importance des problèmes d'alcool, de tabac, de toxicomanie (benzodiazépines, excitants, agents spécifiques propres aux anesthésistes et notamment gaz spéciaux), l'influence des facteurs professionnels (stress, mode de travail) et personnels, de distinguer les abuseurs (niveau de consommation hebdomadaire supérieur à un seuil donné) des dépendants (niveau de consommation journalière supérieure à un seuil donné et comportement associé).

---

<sup>101</sup> Les cas reviennent plusieurs années de suite. Les arrêts pour maladie vont de quelques mois à un an, chaque année.

<sup>102</sup> Présentation des premiers résultats de cette enquête par le Professeur BONNET de l'hôpital Tenon au congrès SFAR de septembre 2002.

Cette enquête étant purement déclarative, il est probable que les chiffres recueillis ne seront que des données plancher... Les questionnaires venant d'être dépouillés, les données globales de l'enquête ne seront publiées intégralement que dans plusieurs mois. D'ores et déjà toutefois, les résultats préliminaires témoignent de l'ampleur du problème. Les cas déclarés sont d'environ 0,4 % pour la toxicomanie, 6 % pour l'abus d'alcool et 2 % pour la dépendance alcoolique.

Les éléments recueillis auprès des médecins inspecteurs assurant le secrétariat des comités médicaux montrent que ce problème ne touche pas que les anesthésistes. Il concerne tous les médecins. Simplement, les anesthésistes sont plus nombreux, leur lucidité immédiate est jugée indispensable, et ils travaillent en permanence sous le regard d'autres professionnels et dans un contexte stressant (comme les chirurgiens). Quoi qu'il en soit, ce problème intéresse plusieurs centaines de praticiens. Dans d'autres pays, et notamment aux Etats-Unis, il existe des programmes nationaux de surveillance des médecins sous l'angle de la santé mentale et des addictions. Rien de tel n'existe en France

► Il manque donc, pour les médecins hospitaliers, l'équivalent d'un contrôle médical d'aptitude existant pour les pilotes de ligne ou les pilotes de chasse, ainsi que l'accompagnement médical et social permettant, en cas d'incapacité partielle ou totale, de se faire suivre, contrôler, orienter vers des activités moins dangereuses...

D'autant que, cause ou conséquence de ces attitudes de dénégation, les garanties des médecins salariés de l'hôpital en cas de maladie sont restreintes (cf. supra).

A cet égard, la commission nationale d'entraide du Conseil national de l'Ordre des médecins a constaté que « *de nombreux PH et leur famille se trouvaient confrontés à des situations financières dramatiques lors de maladies ou décès* » du fait de l'insuffisance des garanties statutaires. Elle recommandait donc que chaque médecin s'assure personnellement<sup>103</sup>. C'est ce que font de nombreux praticiens hospitaliers, mais pas tous.

Une amélioration des garanties serait toutefois souhaitable.

### 2.2.3 – Les abus éventuels ne sont pas vraiment traités

Compte tenu d'une conception que l'on pourrait qualifier de « défensive » du statut, les problèmes individuels des PH temps plein et temps partiel ne trouvent pas de solution ; l'absence de mobilité aggravant encore le phénomène. Le « pourrissement » des situations retentit ainsi gravement sur le fonctionnement des hôpitaux concernés.

#### *2.2.3.1 – Le contrôle de l'activité libérale est très insuffisant*

La possibilité d'exercer au sein de l'hôpital public une activité libérale avait pour objectif de retenir à l'hôpital des éléments brillants, que l'on craignait de voir partir dans le secteur privé. Comme on l'a vu plus haut, elle constitue pour des agents publics une exception dans le droit français. Toutefois, une telle situation n'est pas unique chez les médecins salariés des hôpitaux publics, puisqu'elle s'observe également en Allemagne<sup>104</sup>.

<sup>103</sup> Le bulletin de l'Ordre des médecins, avril 2002.

<sup>104</sup> BOURGUEIL Y. , DURR U. , de POUVOURVILLE G. , ROCAMORA-HOUZARD S. , *La régulation des professions de santé*, Etudes monographiques dans 5 pays, document de travail DREES N° 22, mars 2002, p. 47.

*A) Le cadre juridique*

► L'activité libérale est régie par la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987, modifiée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et codifiée dans les articles L.6154-1 à L.6154-7 du CSP.

Un praticien est en droit de l'exercer *« dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle... L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation »*.

Les seules conditions restrictives énoncées par la loi sont les suivantes:

- 1) *« les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public » ;*
- 2) *« la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire... » ;*
- 3) *« le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale [est] inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique »*.

Un contrat d'une durée de 5 ans, conclu entre l'hôpital et le praticien, fixe les modalités d'exercice (type d'activité, jours et heures autorisés, assurance professionnelle, redevance à l'hôpital). Depuis la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, l'article L.6154-3 impose aux praticiens de percevoir leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière, et non directement, ce qui a provoqué des réactions hostiles des intéressés.

► Le décret n° 87-944 du 25 novembre 1987 relatif à l'exercice de l'activité libérale... avait précisé, en théorie, les limites de cette activité. Les praticiens pouvaient *« soit consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des consultations, soit utiliser des lits du service pour l'hospitalisation de malades personnels, soit consacrer une demi-journée par semaine, éventuellement fractionnée, à des consultations et utiliser des lits du service pour l'hospitalisation de malades. »* Un avis du Conseil d'Etat, en date du 6 février 1996, apportait des précisions sur ce point, en indiquant notamment *« qu'il paraît difficile d'admettre qu'une durée de consultation dépassant cinq heures, ne corresponde pas à plus d'une demi-journée »*.

Le décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 a enlevé cette référence aux demi-journées et prévu que les praticiens adressent chaque mois au directeur un état récapitulatif de leur exercice, ce qui procède d'une vision angélique des choses, et complique le contrôle par les Caisses d'assurance maladie.

Certes, le décret a également modifié la composition de la commission chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale, en introduisant parmi ses membres, à côté de praticiens exerçant une activité libérale, du représentant du conseil départemental de l'Ordre des médecins et des représentants du CA, un représentant de la DDASS, un de la CPAM, ainsi qu'un praticien de l'hôpital n'exerçant pas d'activité libérale.

Il a également modifié la composition de la commission nationale, chargée d'examiner les recours hiérarchiques contre toute suspension prononcée par le préfet de département, en introduisant parmi ses membres un représentant de la CNAMTS et deux praticiens n'exerçant pas d'activité libérale.

Mais ces modifications n'atténuent qu'imparfaitement la difficulté du contrôle. Il conviendrait de rendre obligatoire l'établissement de statistiques individuelles d'activité médicales, qui seraient largement diffusées à l'ensemble de la communauté des praticiens et de prévoir un plafond d'actes, pour chaque type de spécialité.

*B) Les conséquences de cette réglementation*

► En fait, la durée de travail n'est pas habituellement contrôlée au sein des établissements, et le contenu des plages de travail n'est pas défini. Les représentants des médecins exerçant une activité libérale ont fait valoir depuis longtemps qu'il n'était pas possible de considérer a priori que seulement un cinquième des consultations ou des interventions d'un praticien pouvait être de nature libérale, et la jurisprudence a confirmé cette interprétation.

La seule règle qui s'impose est que le médecin ne doit pas exercer plus de la moitié de son activité totale en secteur libéral. Dans la mesure où l'activité individuelle de chaque praticien n'est pas obligatoirement enregistrée, mais que seule l'activité globale du service l'est systématiquement, il arrive que le dépassement du plafond d'activité libérale ne puisse être démontré que si cette personne effectue plus d'actes en libéral que l'ensemble du reste du service en secteur public...(ce qui arrive néanmoins et montre l'importance de certaines dérives).

► Comme par ailleurs, la composition de la commission d'activité libérale au sein des établissements, dominée par les praticiens exerçant une activité libérale et généralement présidée par l'un d'entre eux jusqu'à la modification récente du décret, n'incitait pas à traquer d'éventuels abus, et comme les comptes rendus de cette commission restaient à un niveau de diffusion restreint, les problèmes portés à l'attention du préfet de département étaient rares, et les décisions de suspension plus rares encore.

Seuls l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse d'assurance maladie, la CPAM, ou la chambre régionale des comptes attirent de temps en temps l'attention de l'administration départementale sur ce problème ; la caisse primaire cherchant à récupérer les sommes indues. Mais la difficulté de fournir une preuve de l'abus et le caractère très aléatoire des sanctions ne les poussent guère à aller plus loin.

► Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible de connaître de façon exhaustive, consolidé au niveau national, le total des éventuelles suspensions d'activité libérale prononcées par le préfet de département, aucune statistique n'étant tenue à cet effet.

Tout au plus peut-on savoir que, de 1993 à 2002, la Commission nationale d'activité libérale (CNAL) a été saisie 11 fois d'un recours contre une décision de suspension prise par un préfet de département. Dans trois cas, la décision portait sur un praticien de CHU (hospitalo-universitaire ou PH), dans huit cas sur un PH temps plein de CHG.

Tableau 18. Recours devant la commission nationale d'activité libérale

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre recours	1	1	2	1	2	1	1	0	0	2
Décision préfet	Suspension 3 mois	Suspension 2 mois	1) retrait 2) suspension 4 mois	Suspension 2 mois	1) suspension 6 mois 2) retrait	Retrait	Suspension 1 mois			1) suspens. 3 mois 2) Retrait
Avis CNAL	Maintien suspension	Annulation suspension	1) annulation retrait 2) annulation suspension	Annulation suspension	1) maintien suspension 2) annulation suspension	Maintien retrait	Annulation suspension			Maintien suspension Maintien retrait
Décision ministre	Idem	Idem	1) suspension 6 mois 2) maintien suspension	Maintien suspension	1) maintien suspension 2) annulation suspension (irrégularité procédure)	Maintien retrait	Annulation suspension (irrégular. Procédure)			En cours
Suite contentieuse					1) recours TA					

Source : DHOS

La commission nationale a demandé six fois l'annulation de la décision du préfet et demandé cinq fois son maintien. Le ministre n'a pas toujours suivi cet avis. Il a confirmé six fois la suspension et annulé trois fois la décision du préfet, dont deux fois pour irrégularité de la procédure. Dans deux cas, la décision du ministre n'a pas encore été prise .

Les raisons de la suspension, quand elle a eu lieu, ont été les suivantes :

- le patient n'a pas pu exercer son libre choix, faute d'information ou parce que le délai, pour obtenir une consultation ou une intervention en secteur public, lui paraissait trop long ;
- l'activité privée excédait largement l'activité publique.

Pourtant, comme les statistiques ci-dessous en témoignent, les dérives sont beaucoup plus nombreuses, et sans commune mesure avec le nombre des sanctions prises.

#### C) La situation observée

► Selon une enquête exhaustive menée par les services statistiques de la CNAMTS en 1998<sup>105</sup>, 4 585 médecins hospitaliers temps plein cette année là (il y en a 4 326 en 2001) exercent une activité libérale à l'hôpital public. 61,6 % des médecins exercent en secteur 1 ; 38,4 % exercent en secteur 2 avec éventuellement droit à dépassement. Les spécialités les plus représentées sont les spécialités chirurgicales dans leur ensemble et notamment la chirurgie orthopédique et la neurochirurgie, la gynécologie obstétrique, la radiologie et la cardiologie... La rémunération moyenne s'élevait, en 1998, à 306 800 F (46 771 euros). En 2001, celle-ci est de 47 569 euros. Les facturations moyennes les plus élevées s'observent en ophtalmologie et psychiatrie. Le coût des prescriptions est nettement moins élevé que dans le secteur purement libéral : les hospitaliers conservent leurs habitudes et prescrivent peu.

Toutefois, dans l'enquête 1998, 289 médecins hospitaliers temps plein, soit 6 % de ceux autorisés à exercer une activité libérale à l'hôpital, tiraient de cette seule activité des revenus supérieurs ou égaux à 700 000 F par an (106 714 euros) et 73 médecins disposaient d'honoraires annuels supérieurs à 1,2 MF (182 938 euros). En 2001, cette situation ne s'est guère améliorée, 230 praticiens retirant plus de 100 000 euros de leur activité libérale (annexe 16).

<sup>105</sup> LE GUEN Carole, *L'activité libérale des médecins hospitaliers à temps plein en 1998*, CNAMTS, point statistique n° 27, septembre 2000.

► Il paraît difficile de croire que ces revenus correspondent à une activité qui ne s'exercerait qu'au cours de deux demi-journées par semaine. Des enquêtes de l'échelon régional du contrôle médical de l'assurance maladie de la région Nord-Pas-de-Calais ont en effet trouvé la même année d'importantes anomalies chez une forte proportion de médecins dépassant 600 000 F (91 600 euros). Celles-ci constituent un éventail assez complet des anomalies possibles : « *plages horaires non respectées, nombre d'examens par vacations non compatible avec le temps imparti, examens privés réalisés au cours d'hospitalisations publiques, sélection des actes réalisés en privé en fonction du tiers payant ou [de l'existence de] mutuelles<sup>106</sup>, anomalies de cotation NGAP<sup>107</sup>, absence de demande écrite du malade, absence d'affichage dans la salle d'attente des tarifs appliqués, absence d'indication dans le livret d'accueil des conditions de prise en charge en activité libérale* ».

Or la même année, un seul médecin était sanctionné par le ministre. Il conviendrait donc de modifier les critères d'activité, en fixant un plafond d'actes et de coefficients NGAP réalisables au cours de l'activité libérale, selon les disciplines et de préciser les modalités du contrôle, afin de le rendre effectif.

### 2.2.3.2 – Les conditions d'exercice de l'activité d'intérêt général apparaissent laxistes

L'article 11 du décret n° 82-149 du 29 décembre 1982 (modifié par le décret n° 99 –565 du 6 juillet 1999) dispose que : « *les praticiens à temps plein hospitaliers ou hospitalo-universitaires peuvent, après accord du directeur ... consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures et extérieures à leur établissement d'affectation. ... Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions de cette activité et prévoit le cas échéant le remboursement total ou partiel des émoluments versés par l'hôpital* »

La circulaire DH/PM n° 99 509 du 29 octobre 1999 a transformé ce qui n'était qu'une possibilité pour les praticiens en un droit exigible, en indiquant que : « *le remboursement des émoluments hospitaliers peut être prévu par une convention, mais ne peut constituer une entrave au droit statutaire ainsi reconnu au praticien* », amenant ainsi les hôpitaux à subventionner de fait les personnalités morales les plus variées.

Les « organismes concernés » peuvent être en effet, des établissements de santé publics et privés (PSPH), des COTOREP<sup>108</sup>, des CDES<sup>109</sup>, des établissements médico-sociaux, des associations d'insuffisants rénaux, d'insuffisants respiratoires, ou de malades divers, des organismes de formation, d'enseignement ou de recherche, des fondations, des crèches, des Agences nationales, etc. Ces organismes rémunèrent généralement le praticien en sus de son salaire temps plein<sup>110</sup>, et parfois bien. Cette rémunération reste néanmoins compatible avec l'indemnité d'engagement de service public exclusif d'un montant de 457,35 euros mensuels à compter du 1<sup>er</sup> mai 2002.

Dans la mesure où le praticien temps plein qui exerce une activité d'intérêt général n'a, contrairement à ses confrères qui ont une activité libérale, ni à verser de redevance à l'hôpital,

<sup>106</sup> Les malades consentent plus facilement à l'activité libérale, si on leur garantit qu'ils seront intégralement remboursés.

<sup>107</sup> NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

<sup>108</sup> COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

<sup>109</sup> CDES : commission départementale d'éducation spéciale.

<sup>110</sup> De 2500 F à 5000 F par mois pour une journée par semaine, dans une série de contrats signés par le CHU de Toulouse ; le remboursement des frais au CHU s'élevant en sus à 1000F par mois.

ni à acquitter de cotisation de retraite, ni à payer la taxe professionnelle, les PH recourent de plus en plus à ce mode d'activité. Cela prive l'hôpital public d'un temps de travail précieux – notamment dans les activités « postées » qu'il faut bien remplacer- et renchérit d'autant le travail médical.

### 2.2.3.3 – Les procédures disciplinaires sont pratiquement absentes

► Pour les PH temps partiel, c'est le titre VIII du décret du 29 mars 1985 portant statut des PH temps partiel qui traite de la « discipline ». Pour les PH temps plein, le titre XI du décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des PH définit les « garanties disciplinaires », ce qui témoigne déjà de l'esprit du texte.

Dans les deux cas, le texte définit les sanctions, la composition du conseil de discipline, la procédure à suivre et les droits de la défense. Mais, contrairement à ce qui se passe en droit pénal, les fautes disciplinaires susceptibles de justifier une sanction ne sont pas prédéterminées. C'est donc la jurisprudence qui a progressivement défini le champ disciplinaire s'appliquant aux fonctionnaires et aux agents publics.

Si, dans d'autres professions de la fonction publique, les obligations ont été tracées de façon assez claire, la hantise des médecins envers tout ce qui est judiciaire, d'une part, et la timidité de l'administration, d'autre part, n'ont pas permis d'avancer dans la définition des obligations absolues ou des dérives infranchissables.

► C'est ainsi que, dans de nombreux établissements, les problèmes de nature disciplinaire n'obtiennent aucune réponse (qu'il s'agisse d'une faute caractérisée, d'un comportement inacceptable ou d'un absentéisme régulier) et cette situation retentit sur le fonctionnement de l'hôpital.

La demande des hospitaliers est pratiquement toujours de se débarrasser de la personne en la mutant, sans se préoccuper de ce qu'il adviendra dans le nouvel établissement. Cette manière de faire ne contribue pas à donner bonne réputation à la mobilité des PH, pourtant souhaitable !

La mission a pu constater qu'à peu près tous les établissements visités connaissaient ou avaient connu, à un moment ou un autre, des cas de nature disciplinaire. Le chiffre de **100 à 150** situations de ce type, cité à la DHOS pour quantifier à un moment donné l'importance de ces phénomènes, ne semble pas excessif à la mission, compte tenu des résultats de l'échantillon qu'elle a elle-même examiné (au moins un cas par établissement visité).

► Pourtant, malgré l'ampleur des problèmes, les statistiques de l'administration centrale montrent à quel point les procédures disciplinaires sont rarement entreprises. En outre, quand elles sont engagées, elles aboutissent peu, compte tenu du caractère très protecteur du statut, et ce, malgré l'indéniable détermination dont fait preuve depuis quelques années la sous-direction en charge.

En 19 ans, de 1984 à 2002, 32 dossiers (concernant neuf médecins, cinq chirurgiens, sept anesthésistes-réanimateurs, cinq psychiatres, cinq gynécologues obstétriciens et un pharmacien) ont fait l'objet d'une procédure disciplinaire, dont 19 avec saisie du conseil de discipline. Les résultats de la consultation ont été :



Tableau 19. Procédures disciplinaires entreprises à l'encontre de PH

Année	Nombre	Spécialité PH	Conseil de discipline	Sanction prononcée
1984	0	-	-	-
1985	0	-	-	-
1986	0	-	-	-
1987	1	Médecin	Oui	Avertissement
1988	0	-	-	-
1989	0	-	-	-
1990	0	-	-	-
1991	2	Médecin Chirurgien	Non Non	Avertissement Avertissement
1992	1	Gynécologue obst.	Oui	Mutation d'office
1993	3	2 psychiatres	Oui	Révocation
		1 médecin	Oui Non	Réduction d'ancienneté Blâme
1994	0	-	-	-
1995	2	2 médecins	Non	Blâme
			Oui	Mutation d'office
1996	0	-	-	-
1997	5	1 pharmacien	Oui	Mutation d'office
		2 psychiatres	Oui	Blâme
		2 anesthésistes	Non	Comité médical
			Oui	Pas de sanction
1998	3	3 chirurgiens	Oui	Réduction d'ancienneté
			Non	Avertissement
			Oui	Blâme Mutation d'office
1999	8	1 cardiologue	Oui	Pas de sanction
		2 pneumologues	Non	Avertissement
		2 gynéco. obst	Non	Avertissement
			Oui	Blâme
		3 anesthésistes	Oui	Mutation d'office
			Non	Révocation
2000	3	1 anesthésiste	Non	Blâme
		1 chirurgien	Oui	Avertissement
		1 gynéco-obst	Oui	Mutation d'office
2001	3	1 psychiatre	Oui	Réduction d'ancienneté
		1 médecin	Oui	Blâme
		1 anesthésiste	Non	Avertissement
2002	1	1 gynéco-obst.	Oui	Blâme

Source DHOS

Il y a eu seulement 10 sanctions autres que morales (c'est-à-dire autres que l'avertissement ou le blâme) en 19 ans, ce qui, compte tenu de la gravité de certaines affaires qui ont fait l'objet de sanctions pénales (tentative d'assassinats, homicide volontaire, agression sexuelle, abus de confiance, harcèlement sexuel...), paraît un chiffre dérisoire.

Dans plusieurs affaires, le ministère ne s'est décidé à agir qu'à l'issue d'une procédure judiciaire, alors qu'en principe, la procédure ordinale, la procédure judiciaire et la procédure disciplinaire sont des procédures indépendantes les unes des autres<sup>111</sup>.

<sup>111</sup> La suspension d'un PH par le ministre **peut** être poursuivie jusqu'à la fin de la procédure judiciaire. Pour autant, cela n'interdit pas au ministre d'engager une procédure disciplinaire, sans attendre l'issue de celle-ci.

### 2.2.3.4 – Le détachement d'office dans l'intérêt du service est de maniement délicat

Par ailleurs, la mission a constaté qu'un certain nombre de difficultés de fonctionnement étaient dues, pour partie au moins, à des désaccords internes à la communauté médicale, sans qu'il y ait pour autant de faute disciplinaire caractérisée. A l'heure actuelle, ni la communauté médicale, ni l'administration locale n'arrivent à gérer convenablement ce genre de situation.

L'administration centrale (DHOS) tente d'y répondre par une procédure de détachement d'office (article 47 du décret n° 84-131 modifié portant statut des PH), qui n'est pas une procédure de nature disciplinaire et ne doit pas se confondre avec la « mutation d'office » qui, elle, l'est (article 66).

**Tableau 20. Nombre de détachements d'office et discipline de l'intéressé**

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nb PH	3	1	0	0	0	0	0	0	2	2	4	4	6	0
Discipline	Psy Obs 2	AR							Obs Méd	AR chi	Chi 2 Psy obs	Pha Méd3	AR 3 Méd3	

Source DHOS

Psy : psychiatrie ; Obs : gynécologie-obstétrique ; AR : anesthésie-réanimation ; Chi : chirurgie ; Pha : pharmacie ; méd : médecine

En 14 ans (de 1986 à 1999), 22 détachements d'office ont été prononcés. Depuis l'année 2000, on assiste à une augmentation de ces mesures, puisque trois détachements d'office ont été effectués en 2000, quatre en 2001, et dix mesures sont encourus en 2002.

Selon l'article 50 du décret statutaire, « le détachement d'office ne peut être prononcé que lorsque l'intérêt du service l'exige, dans un emploi de même discipline et comportant une rémunération équivalente ». L'administration considérait que l'existence d'un conflit perturbant durablement le fonctionnement d'un établissement, était suffisant pour définir « l'intérêt du service » – celui-ci, en l'occurrence, étant que la personne le quitte. L'intéressé (ou son défenseur) faisait au contraire généralement valoir qu'il s'agissait d'une procédure disciplinaire détournée.

La jurisprudence du Conseil d'Etat ne conteste pas à l'autorité investie du pouvoir de nomination le droit de détacher d'office un PH auprès d'un autre établissement (arrêt CEYRAT du 2 décembre 1987 et arrêt CHICHE du 29 octobre 1993) dès lors que cette mesure est justifiée d'une part, par l'inconvénient pour le bon fonctionnement du service du maintien de l'exercice dans le même établissement de deux personnes en conflit<sup>112</sup>, d'autre part, par l'insuffisance des effectifs de l'établissement de détachement.

Toutefois, un jugement du TA de Limoges (arrêt ALLAL) confirmé par la Cour d'appel de Bordeaux (7 décembre 2000) a annulé un détachement d'office, considérant que le décret statutaire prévoit limitativement les cas de détachement et que la possibilité de détacher un PH dans un hôpital public ne faisait pas partie de ces circonstances.

Cet arrêt demeure isolé, la jurisprudence intervenue depuis acceptant le détachement dans d'autres établissements. Toutefois, un arrêt du tribunal administratif d'Amiens, puis de la Cour administrative d'appel de Douai en date du 1er octobre 2001 (« arrêt VAN DER STEGEN »), puis les arrêts JARIGE du TA de Paris en date du 7 mai 1998 et arrêt CASTRO du TA d'Amiens ont annulés les décisions de détachement d'office du ministre, en rappelant

<sup>112</sup> Dans le premier cas, deux praticiens, dans le second cas, un PH et le directeur

que la commission statutaire nationale devait se prononcer sur le poste où il était envisagé de détacher le praticien. Depuis, la procédure se fait en deux temps, un premier avis étant demandé à la CSN sur le principe du détachement, puis un second avis intervenant quelques mois plus tard, après avis des établissements concernés.

Il conviendrait toutefois de mettre en place des procédures distinctes permettant :

- d'une part, de mettre fin à des conflits, en séparant les protagonistes, et en les mettant par exemple hors cadre le temps de trouver une solution d'attente, en modifiant les articles 47 et 50 du décret statutaire ;
- d'autre part, de répondre – dans les cas extrêmes – aux besoins indispensables d'un établissement qui ne trouverait pas de candidat (lors de la réintégration par exemple, lorsqu'une personne a refusé tous les choix proposés).

#### 2.2.3.5 – L'insuffisance professionnelle est impossible à établir

L'insuffisance professionnelle, telle qu'elle est définie par le titre XII du décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des PH consiste « *en une incapacité dûment constatée à accomplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions de PH. Elle résulte de l'inaptitude à l'exercice des fonctions du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du praticien* ». Elle est distincte des fautes disciplinaires.

En principe, lorsqu'elle est prononcée par la commission statutaire nationale conformément à l'article 72 de ce même décret, elle donne lieu à licenciement, avec indemnités (article 74).

En fait, la définition donnée - qui rend la charge de la preuve quasi impossible, dès lors que la personne n'est ni amputée, ni paralysée, ni démente - interdit pratiquement d'utiliser cette procédure pour les cas d'incompétence professionnelle manifeste et permanente et ne veut envisager que les situations d'incapacité. Malheureusement, ces situations se traduisent, pour les patients, par des risques accrus ou des complications inacceptables (séquelles graves, handicaps, décès). Il n'y a à l'heure actuelle pratiquement aucune issue à des situations dans lesquelles la répétition même des anomalies constitue le meilleur indice du problème. Il faudrait une définition de l'insuffisance professionnelle qui fasse référence non à des inaptitudes physiques ou mentales, toujours difficiles à prouver sans l'appui du principal intéressé, mais au caractère répété des dysfonctionnements et à l'absence de volonté de se corriger ou de suivre une formation continue.

Quand les procédures d'insuffisance professionnelle sont engagées, elles aboutissent peu, compte tenu du caractère protecteur du statut. En 19 ans, **de 1984 à 2002, 15 dossiers d'insuffisance professionnelle** ont été ouverts (concernant neuf chirurgiens, quatre obstétriciens, un radiothérapeute et un anesthésiste). Seuls trois licenciements ont été prononcés. Quelques personnels ont fait l'objet d'une affectation pour formation dans une équipe plus étoffée, mais il est difficile de dire quelle est à l'heure actuelle le niveau obtenu.

## Chapitre 3

### LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

#### **3.1 – Les principes sur lesquels se fondent les propositions de la mission**

Il s'agit de passer d'un modèle ancien d'administration du personnel médical à un modèle plus performant, adapté aux grandes tendances du 21<sup>ème</sup> siècle.

Au fil de ce rapport, on a pu constater que pour l'hôpital public, la gestion actuelle des ressources humaines médicales s'apparente davantage à une administration centralisée qu'à une véritable GRH au sens où on l'entend aujourd'hui. Elle comporte essentiellement une gestion quantitative et formelle du personnel. Elle se caractérise par une adaptation passive et défensive face aux évolutions économiques et sociales. La gestion prévisionnelle mise en place est restée déconnectée des réalités de terrain.

Compte tenu des difficultés à venir, il importe de faire évoluer ce mode d'administration vers une gestion plus dynamique des ressources médicales hospitalières, dans le cadre de bassins de santé (les secteurs sanitaires). Cette gestion devra prendre en compte l'aspect individuel des carrières notamment en cultivant l'adaptation à l'emploi (employabilité) de chacun (évaluation des compétences, formation continue, parcours qualifiant, reconversion...).

#### 3.1.1 – Les objectifs d'une véritable gestion

A l'échelle de la politique nationale de santé et d'offre de soins, une véritable gestion des ressources humaines médicales de l'hôpital public devrait assurer plusieurs fonctions :

- anticiper les évolutions en se plaçant dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (évaluer les emplois, les qualifications et les ressources humaines nécessaires, prévoir les évolutions, définir la répartition des tâches) ;
- répartir les ressources médicales disponibles selon les spécialités et les secteurs sanitaires, et utiliser les complémentarités avec le secteur hospitalier privé et le secteur libéral ;
- adapter les ressources et, pour cela, recruter et orienter, évaluer les performances, assurer la formation continue et le développement des compétences, adapter la politique de rémunération, organiser et améliorer les conditions de travail, améliorer le dialogue sociale, optimiser la protection sociale, assurer la communication interne.

Au niveau de chaque établissement, la gestion des ressources humaines médicales devrait favoriser la réactivité et la rapidité d'adaptation.

Les indicateurs de performance de cette nouvelle gestion devraient également être définis : délais de réaction, taux et durée de vacance des postes à pourvoir, taux de suivi individuel, taux de mobilité... Par exemple, à l'heure actuelle, un délai minimum de 18 mois est nécessaire pour pourvoir un poste de PH dont la création a été approuvée. Ce délai devrait être réduit progressivement à six mois.

### 3.1.2 – Les niveaux de gestion pertinents

Trois niveaux de gestion apparaissent pertinents pour assurer l'ensemble des fonctions :

1. Le niveau national, celui de la stratégie générale, du ressort du ministre chargé de la santé ; la politique de santé et l'offre de soins induisant les besoins nationaux en praticiens hospitaliers (ce qui détermine la formation initiale et les flux...) ;
2. Le niveau régional ou interrégional, selon que les régions atteignent ou non la masse critique<sup>113</sup>, celui de la mise en œuvre et de l'organisation de l'offre de soins ;
3. Le niveau opérationnel, celui des employeurs ou communautés d'employeurs (établissements publics : CHG et CHU) qui pourraient prendre diverses formes (centres régionaux et interrégionaux de gestion par exemple) assurant la gestion directe des ressources humaines médicales (recrutement, évaluation, orientation, gestion individuelle des carrières, reconversion, suivi médical,...)

## **3.2 – Les recommandations par fonctions**

### 3.2.1 – En matière de démographie des PH

#### *3.2.1.1 – Améliorer la prévision*

L'offre de soins détermine les besoins en emplois médicaux dans les établissements publics de santé. Ces besoins en emplois se déclinent en quantité et qualité (nombre de praticiens de telle ou telle spécialité, compétences, lieu d'exercice). Les besoins commandent donc, en partie, les flux d'étudiants ainsi que les programmes de formation. Il apparaît dès lors logique que soit attribué à la DHOS l'ensemble des compétences nationales relatives à la démographie des professions de santé et à leur formation.

- ◆ Organiser un recueil de données quantitatives et qualitatives fiables

Les orientations nationales en matière d'offre de soins, de normes et de démographie médicales ne peuvent être prises qu'au vu de données précises, en relation avec les besoins régionaux.

Il s'agit d'organiser un recueil des données quantitatives et qualitatives fiables pour évaluer les ressources convenablement et les rapprocher des besoins. Il ne suffit pas de dénombrer les médecins ayant telle ou telle spécialité ou qualification. Encore faut-il savoir si celles-ci correspondent à leur pratique actuelle. Les données relatives à la chirurgie infantile sont à cet égard exemplaires (Cf. supra).

- ◆ Instaurer une fonction d'observation de la démographie médicale à l'échelon régional

Dans ce cadre, la mise en place d'un observatoire national de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers apparaît nécessaire mais pas suffisante pour établir

---

<sup>113</sup> Le choix d'une organisation régionale ou interrégionale devra assurer la cohérence avec l'organisation des agences d'hospitalisation ou de santé.

une situation précise des différentes spécialités dans l'ensemble des régions<sup>114</sup>. Une déclinaison régionale de cet observatoire paraît souhaitable. Cette extension serait sans doute facilitée par les travaux déjà entrepris par certains acteurs régionaux (Union professionnelle des médecins exerçant à titre libéral (UPML) de Rhône-Alpes, union régionale des caisses d'assurances maladie (URCAM) de Pays de la Loire, DRASS de Pays de la Loire par exemple). Ces initiatives devraient être fédérées au sein d'entités régionales ou interrégionales pour éviter la dispersion des efforts<sup>115</sup>. Ces observatoires fourniraient des données fiabilisées à la structure nationale. C'est par ce processus que pourraient être identifiées les spécialités à protéger et les régions et secteurs sanitaires à favoriser.

- ◆ Elargir les capacités du système d'information et de gestion des médecins hospitaliers (SIGMED) pour prendre en compte l'ensemble des médecins intervenant dans les établissements publics de santé

La prise en compte, dans SIGMED, de l'ensemble des ressources humaines médicales des établissements publics de santé permettrait d'avoir pratiquement en temps réel, une situation fiable aux niveaux régional et national. La DHOS pourrait alors disposer d'indicateurs et de tableaux de bord utiles au pilotage de l'organisation des soins.

### 3.2.1.2 – Assurer une meilleure régulation et développer les passerelles entre spécialités

La régulation des ressources devrait être organisée par spécialité et non plus seulement par discipline. Cette régulation existe déjà pour certaines spécialités dites "fléchées" (pédiatrie, anesthésie-réanimation, gynécologie). Il conviendrait d'étendre cette disposition à l'ensemble des spécialités tout en assouplissant le "droit au remords" et en élargissant les passerelles qui permettent à un interne de changer de spécialité en cours de cursus ou à un praticien déjà formé d'en choisir une autre.

Compte tenu de la propension des jeunes diplômés à débiter leur carrière à l'hôpital, il serait judicieux de renforcer l'attractivité des postes hospitaliers après l'internat pour les inciter à poursuivre une carrière hospitalière. Ces propositions ont déjà été formulées dans le rapport NICOLAS & DURET de 2001 :

« – Assurer la maîtrise de l'évolution des effectifs dans les différentes spécialités en déterminant le nombre de places ouvertes au concours d'internat par spécialité. »

« – Mettre en place des passerelles entre les spécialités. »

« – Créer un post internat accessible à tous en instaurant un corps unique d'assistant hospitalier. »

Ces trois mesures pourraient compenser, en partie, la désaffection actuelle pour certaines spécialités. La création d'un post internat accessible à tous permettrait aux futurs praticiens d'achever une formation pratique dans de bonnes conditions sans être pénalisés par l'insuffisance des postes de chef de clinique. Ces mesures devraient conduire à une meilleure répartition des ressources entre les différentes spécialités et seraient donc favorables aux

<sup>114</sup> L'Observatoire de la démographie des professions de santé et de l'évolution de leurs métiers a été officiellement créé par un Décret du 4 mars 2002 (J.O. N° 54 du 5 mars 2002).

<sup>115</sup> Par exemple pour éviter la réalisation de travaux concomitants sur la démographie comme en région Pays de la Loire par l'URCAM et la DRASS.

établissements publics de santé dont la majorité du personnel médical est constituée de spécialistes.

- ◆ Prévoir des mesures incitatives pour rendre certaines spécialités plus attractives notamment dans les établissements publics de santé

Des mesures d'incitation doivent également être prises. Pour certaines spécialités, il serait opportun de rééquilibrer les attractivités respectives des secteurs public et privé en rendant plus neutre les mécanismes de rémunération en exercice libéral et en améliorant l'intérêt du travail en équipe à l'hôpital.

Cependant, il n'est pas certain qu'elles soient suffisantes pour optimiser la répartition des ressources entre les différents modes d'exercices, entre les types d'établissements et entre les régions ou bassins de santé. En effet, indépendamment du dispositif incitatif mis en place, le médecin aura toujours la liberté de choisir de s'installer en libéral dans la région de son choix. Cela pose donc à terme la question de la régulation de l'installation des médecins libéraux. (voir infra).

### 3.2.1.3 – Atténuer les différences interrégionales

- ◆ Evaluer, puis renforcer le dispositif de recrutement prioritaire

Le résultat de la première campagne de recrutement dans des postes prioritaires n'est pas probant. Il convient de suivre ce dispositif pour le faire évoluer et lui donner davantage d'efficacité. Diverses mesures d'incitation peuvent être envisagées : augmentation de la prime unique, bonification d'annuité pour la retraite et aide à la mobilité après les cinq années d'engagement de servir accomplies par le praticien...

Les dispositions incitatives peuvent être différenciées selon les régions et les zones géographiques.

- ◆ Envisager une régulation des modes d'installation

Mais l'incitation ne peut suffire à elle seule pour rétablir le déséquilibre entre les différentes régions et surtout entre les modes d'exercice, compte tenu de la possibilité qu'a tout médecin de s'installer là où il le souhaite pour exercer en libéral. En effet, à l'heure actuelle, rien n'interdit à un médecin spécialiste de s'installer en libéral dans une région où l'offre en médecine libérale est déjà pléthorique alors qu'il y a une pénurie de praticiens hospitaliers dans cette même spécialité. Des mesures de régulation sont donc sans doute nécessaires pour éviter un déséquilibre trop marqué dans un sens ou dans l'autre. Une expérimentation pourrait être conduite dans une région où la densité médicale globale est supérieure à la moyenne nationale mais où la densité médicale à l'hôpital est inférieure à la moyenne nationale dans toutes les disciplines ou presque. Trois régions sont aujourd'hui dans cette situation : Aquitaine, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon<sup>116</sup>.

Les mécanismes de régulation de l'installation en libéral pourraient prendre plusieurs formes : soit une licence d'installation, comparable à celle qui existe pour les pharmaciens d'officine (article L. 5125-4 du CSP), soit un conventionnement par les organismes d'assurance maladie,

---

<sup>116</sup>Cf. DARRINE S. , *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*, DREES, Etudes et résultats N° 156, février 2002.

subordonné à l'existence de besoins reconnus dans le site envisagé, inspirée du modèle allemand, soit une modulation de la lettre clef de la NGAP, dans la spécialité concernée, la rémunération étant élevée quand la spécialité est déficitaire, et basse quand elle est excédentaire, soit toute autre méthode...

#### 3.2.1.4 – Optimiser l'emploi des ressources humaines médicales

Le taux de vacance statutaire global des postes de PH a peu évolué entre 1994 et 2001. Il était de 19,8 % en 1994, de 16,4 % en 1996 et s'établit à 18,2 % en 2001.

Dans un contexte de raréfaction des ressources humaines médicales, les créations d'emplois de praticiens ne constituent pas la seule solution pour résoudre les difficultés de recrutement des hôpitaux publics. Les flux de nouveaux spécialistes pour les quatre prochaines années et celui des nouveaux médecins pour les 10 prochaines années sont déjà connus (déterminés respectivement par les concours de l'internat et le numerus clausus). La ressource en médecins ne pourra pas augmenter significativement avant plusieurs années (10 ans au moins).

- ◆ Conserver de la souplesse à la gestion

Il convient d'optimiser l'emploi de la ressource disponible en laissant un peu de souplesse et de marge d'adaptation à l'institution. Il est dès lors souhaitable de conserver un volant de gestion dans les ressources humaines médicales hospitalières en maintenant la proportion actuelle de PH dans les effectifs médicaux et en améliorant les dispositions permettant l'emploi de ressources médicales complémentaires (revalorisation significative des vacations, amélioration de la situation des contractuels...).

- ◆ Recourir davantage au partage des compétences

L'optimisation de la ressource disponible en PH passe par un meilleur emploi des compétences en les utilisant là où elles sont nécessaires en recourant notamment au partage entre établissements ou au sein d'un réseau. Malgré les critiques formulées à ce sujet par certains interlocuteurs (cf. supra), les postes partagés constituent, selon la mission, un outil de gestion appréciable.

- ◆ Fidéliser les médecins qui commencent leur carrière à l'hôpital

La fidélisation de la ressource implique également l'organisation d'une véritable gestion individuelle des carrières (projet professionnel, mobilité fonctionnelle et géographique, développement des compétences, suivi médical, reconversion...). Dans le même sens, il serait souhaitable de favoriser le retour à l'hôpital des anciens internes et chefs de cliniques en prenant mieux en compte leur ancienneté d'exercice.

- ◆ Attirer les médecins étrangers, notamment ceux de l'espace Schengen, qui peuvent d'ores et déjà exercer en France

Des pays de l'espace européen délimité par les accords de Schengen disposent d'un grand nombre de médecins qui sont susceptibles de venir exercer en France. Des campagnes de promotion et de publicité peuvent être envisagées pour susciter des candidatures.



- ◆ Augmenter le *numerus clausus* en lissant l'augmentation dans le temps

L'augmentation du *numerus clausus* est nécessaire pour assurer au moins le renouvellement des générations de médecins qui cesseront leur activité dans les prochaines années. Pour éviter un effet de marche d'escalier, cette augmentation devra être lissée dans le temps. Une limitation de l'accroissement annuel à 10 %, au maximum, paraît convenable.

### 3.2.2 – En matière de recrutement et d'orientation

#### 3.2.2.1 – Aménager le rôle de la DHOS

La DHOS devrait abandonner les différentes tâches de gestion individuelle (recrutement et suivi des carrières) des PH. Elle garderait toutefois l'organisation du concours<sup>117</sup> de PH et l'inscription des lauréats sur une liste d'aptitude, sans déterminer à ce stade leur statut définitif, temps plein ou temps partiel.

La DHOS devrait assurer la coordination et l'animation des ARH et déterminer avec chacune d'entre elles, sous la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens, les conditions de gestion des postes de PH, afin d'organiser l'offre de soins de manière cohérente entre la ville et les établissements.

La DHOS devrait aussi organiser l'évolution des statuts.

#### 3.2.2.2 – Aux niveaux régional et local : plusieurs scénarios sont possibles

C'est à ce niveau que devrait être effectué le recrutement des candidats, inscrits sur une liste d'aptitude nationale à l'issue de leur admission au concours, ou demandant leur mutation. Les intéressés se porteraient candidats aux postes vacants offerts dans chaque région, une fiche de poste, définissant la fonction et le site, étant établie pour décrire chaque poste.

- ◆ Confier à l'ARH la gestion de l'ensemble des emplois médicaux

Les ARH détermineraient, en application du SROS, les postes médicaux nécessaires par secteur sanitaire. Elles auraient compétence non seulement sur les flux de création de nouveaux postes, mais également sur l'ensemble du stock de postes existant.

A ce stade, plusieurs scénarios sont possibles .

► Dans le premier scénario, c'est l'ARH qui nommerait le PH (ou le ferait nommer par le ministre, si les syndicats se montrent attachés à cette forme protocolaire, mais en laissant l'ensemble de la procédure traitée au niveau régional) dans un secteur sanitaire donné, après avis de la CME et du CA de l'établissement dans lequel serait ouvert le poste.

Les tâches logistiques et techniques, ainsi que l'instruction des dossiers, seraient confiées à un **centre de gestion régional ou interrégional**, créé soit selon un modèle inspiré des centres de gestion de la fonction publique territoriale, tels qu'ils sont créés par le code des fonctions publiques, soit sous forme d'un service de l'ARH.

---

<sup>117</sup> En l'état actuel des réflexions sur les modes de recrutement dans la fonction publique, le concours reste la voie normale, qu'il soit sur titres et travaux et/ ou sur épreuves.

*Avantages* : impact rapide sur les restructurations hospitalières, bonne conformité au SROS.

*Inconvénients* : moindre réactivité aux besoins hospitaliers.

► Dans le deuxième scénario, ce sont le **président de la CME et le directeur** de l'établissement **qui nommeraient le PH** dans un établissement donné, après avis de la CME.

Les tâches logistiques et techniques, l'instruction des dossiers, seraient confiées à un centre de gestion régional, qui prendrait l'une des formes indiquées dans les deux autres scénarii ;

L'ARH pourrait s'opposer à la nomination si le profil ne correspond pas au poste autorisé. L'établissement assurerait ensuite la rémunération et l'avancement du médecin, ainsi que les tâches quotidiennes de gestion (positions statutaires, congés, primes, etc.).

*Avantages* : forte réactivité et responsabilisation des établissements.

*Inconvénients* : conformité au SROS à contrôler, risque de concurrence entre les établissements d'un même bassin de santé peu favorable à une bonne coopération, risque d'une mauvaise acceptation des médecins.

► Dans le troisième scénario, c'est le **conseil d'administration** de l'établissement hospitalier qui assurerait les recrutements.

Il recevrait les candidatures, les ferait analyser, recueillerait l'avis du chef de service ou de département éventuel et celui de la CME. Il procéderait ensuite au recrutement du PH. Ce recrutement vaudrait non pour un service déterminé, mais pour l'établissement dans son ensemble, ou pour un groupe d'établissements du secteur sanitaire. L'ARH pourrait s'y opposer dans le cas où le profil ne correspondrait pas au poste autorisé. L'établissement assurerait ensuite la rémunération et l'avancement du médecin, ainsi que les tâches quotidiennes de gestion (positions statutaires, congés, primes, etc.).

*Avantages* : rapidité d'adaptation, bonne intégration du PH, responsabilisation de l'équipe hospitalière.

*Inconvénients* : risque de clientélisme de la part de certains élus membres du CA, risque de dérive par rapport aux options du SROS, concurrence entre les établissements d'un même bassin de santé peu favorable à une bonne coopération.

► D'autres scénarios sont envisageables :

1) l'ensemble des tâches de gestion pourrait être confié à la DRASS, mais les inconvénients d'une gestion trop administrative risquent de l'emporter sur l'avantage qu'il y a de rester à structure constante.

2) « l'AP régionale » est une structure qui semble faire l'unanimité contre elle, la mission ne l'a donc pas retenue.

### 3.2.3 – En matière d'évaluation et de suivi individuel des carrières

L'évaluation des emplois est indispensable pour définir les profils de compétences nécessaires et recruter la personne adéquate.

L'évaluation des compétences est au cœur de la gestion des médecins de l'hôpital public. Il s'agit en effet d'assurer l'adéquation à court ou moyen terme du praticien au poste qui lui est confié, éventuellement de le préparer au nouvel emploi auquel il est destiné ou auquel il aspire.

A ce titre, l'évaluation des compétences doit être cohérente avec le système de formation mais aussi avec les possibilités de mutations et de reconversion.

- ◆ Mettre en place un dispositif d'évaluation des pratiques et des compétences

Cette évaluation pourrait être confiée au centre de gestion régional (ou interrégional) dont la création a été évoquée supra. Elle pourrait avoir lieu avant un recrutement pour étayer le dossier du candidat et prévoir si nécessaire un complément de formation. Mais elle pourrait être réalisée à chaque étape importante de la carrière des PH (mutation, candidature à une chefferie de service ou renouvellement, reconversion...) et en tout état de cause, au moins tous les cinq ans. Elle permettrait alors de proposer une formation adaptée au projet individuel (par exemple, formation au management dans le cadre d'une candidature à des fonctions de chef de service ou de président de CME).

- ◆ Rendre cohérent les dispositifs d'évaluation des pratiques et des compétences avec la FMC

Une articulation est à imaginer entre les dispositifs d'évaluation des compétences concernant les médecins hospitaliers et les nouvelles responsabilités confiées au conseil national de l'ordre des médecins. Il conviendrait par ailleurs de s'assurer de la bonne marche du système de FMC des praticiens hospitaliers récemment rénové puis de le relier au dispositif d'évaluation des compétences qui devrait, en bonne logique, déterminer les besoins de formation.

- ◆ Afin de permettre une valorisation individuelle, mettre en place une évaluation des performances

L'évaluation des performances demeure indispensable pour la mise en place des dispositifs de valorisation individuelle (rémunération, avancement accéléré, bonifications...). Elle ne porte pas seulement sur des données d'activité chiffrables mais aussi sur des éléments qualitatifs, tels que l'implication dans les fonctions et dans la vie du service, du département, du pôle d'activités ou de l'hôpital. Elle est difficile à mettre en œuvre à l'hôpital en raison de l'indépendance hiérarchique médicale alors qu'elle est préférentiellement faite par le supérieur hiérarchique direct pour être crédible et concrète. Dans les conditions actuelles, même si elle ne paraît pas réalisable simplement, la mission estime nécessaire de mettre en place une telle évaluation.

Les valorisations peuvent être envisagées collectivement : performances d'équipe, mais aussi plus globalement, intéressement et participation au résultat de l'établissement.

- ◆ Pour prendre en compte les aspirations des praticiens, assurer un suivi et un accompagnement individuel

Le suivi individuel des carrières devrait se mettre en place au niveau régional dans le cadre du centre de gestion. Il s'agit de proposer un accompagnement individuel qui permette à chaque praticien hospitalier de bâtir un projet professionnel dans le cadre du secteur hospitalier public. Cet accompagnement individuel comprendrait également un suivi médical, la réalisation des bilans de compétence et l'aide à l'orientation et à la reconversion.

- ◆ Etudier un système de « valences statutaires » pour valoriser les parcours différenciés dans une carrière de PH (notamment enseignement, recherche)

Pour prendre en compte des activités différentes et difficilement compatibles dans le temps, il serait envisageable de différencier, par l'aménagement du temps de travail, la rémunération, l'avancement, ... les praticiens exerçant des fonctions variées à certains moments de leur carrière. Ce pourrait être le cas par exemple des activités d'enseignement, de recherche mais aussi de fonctions transversales ou de responsabilités de management (chef de service ou de département, président de CME).

### 3.2.4 – En matière d'organisation du travail, de conditions de travail

Compte tenu de l'évolution de la démographie médicale durant les quatre prochaines années, au cours desquelles aucune action n'est possible sur le flux de nouveaux diplômés, il convient de procéder à des réorganisations et à une meilleure gestion du temps médical, qui permettent d'utiliser les ressources les plus rares là où elles sont le plus utiles ; c'est-à-dire de :

- n'utiliser des médecins que lorsque ceux-ci ne peuvent être remplacés par d'autres personnels, plus nombreux et plus accessibles et de ne pas dilapider le temps médical hospitalier ;
- ne les employer que dans des structures réellement actives, et donc de réduire autant que faire se peut les tableaux de garde et d'astreinte, et de regrouper les services les plus spécialisés.

Par ailleurs, il s'agit de rendre attractives les missions de responsabilité.

#### *3.2.4.1 – Veiller à la bonne utilisation du temps médical*

► Il conviendrait que la DHOS et la DGS poursuivent leurs réflexions sur les métiers des professionnels de santé non-médecins en comparant les contenus donnés à ces métiers en France et dans les autres pays européens ou nord-américains. Pour cette partie qu'elle n'a pas étudiée, la mission renvoie aux propositions du rapport de la mission présidée par le doyen BERLAND (cf. supra).

Dans le même esprit, pourrait être étudiée la possibilité de laisser à des moniteurs de recherche clinique le suivi de certains traitements "sous protocole" à l'hôpital. En outre, certains secrétariats médicaux, regroupés et dûment formés, pourraient apporter une aide précieuse en matière d'information des familles et des malades, de courriers, de classification des dossiers, sans se substituer aux médecins.

- ◆ Revoir les conditions d'exercice des activités d'intérêt général pour qu'elles ne pénalisent pas l'établissement hospitalier d'origine

► Il conviendrait de revoir, dans le décret statutaire, les conditions d'exercice des activités d'intérêt général : l'exercice de ces activités ne pourrait être autorisé que s'il ne met pas en cause l'organisation du service hospitalier et que s'il n'entraîne pas un report de charge de travail sur autrui. L'employeur de l'activité d'intérêt général devrait rembourser intégralement à l'établissement de santé le montant des rémunérations et charges

correspondant au temps de travail de PH utilisé. Libre à lui ensuite, de payer en sus le PH, s'il le souhaite. Mais au moins le principal employeur ne serait pas lésé.

- ◆ Redéfinir plus strictement l'activité libérale et mettre en place un véritable contrôle

De la même manière, l'activité libérale devrait être définie de façon à ce que l'on puisse contrôler aisément qu'elle n'empiète pas sur le service normal. La mission rappelle les propositions déjà énoncées plus haut : diffusion au sein de l'ensemble de la communauté médicale, avec examen annuel par la CME, des statistiques individuelles d'activité en secteur public et en secteur libéral de chaque praticien et définition d'un plafond d'actes pour chaque type de spécialités.

#### 3.2.4.2 – Regrouper les activités et les services assurant une permanence médicale 24h/24

Ce point ayant déjà été détaillé au chapitre 2, on rappelle qu'il conviendrait :

- 1) Que la DHOS établisse un schéma national d'organisation des soins pour la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, les soins aux grands brûlés, la chirurgie pédiatrique. Après avoir recensé les moyens en hommes, en plateau technique, en transports aériens et terrestres disponibles, il s'agirait d'analyser, avec l'aide de la DGS et des instances consultatives adéquates, les besoins prévisibles dans ces différentes disciplines, dans les dix prochaines années, en tenant compte de ce que l'on sait des évolutions technologiques, épidémiologiques et démographiques prévisibles.
- 2) Que des critères quantitatifs et des ratios réalistes soient arrêtés, pour définir ce qui doit relever d'une garde sur place, d'une astreinte opérationnelle et d'une astreinte de sécurité et qu'une harmonisation en ce domaine soit menée entre les établissements de santé.
- 3) De façon plus générale, qui dépasse le cadre de cette mission, il paraîtrait souhaitable que soient mieux précisées la place des CHU, et la hiérarchie entre petits et grands CHU, comme la hiérarchie entre grands et petits CHG, et entre CHG et CHU, pour que ne leur soient pas confiées, des missions dépassant de loin leurs ressources médicales.

#### 3.2.4.3 – Renforcer les moyens d'action des responsables médicaux

Il faut redonner aux chefs de services, de départements ou de pôles d'activités les moyens juridiques d'exercer leurs responsabilités en matière d'organisation, aussi bien médicale que paramédicale.

En contrepartie, avant d'être nommé, les futurs chefs de service s'engageraient à suivre une formation au management organisée au niveau de la région par le centre de gestion. Chaque chef de service, de département ou de pôle d'activité signerait alors avec la direction un contrat d'objectifs et de moyens incluant des indicateurs de suivi. Le renouvellement de la fonction de chef de service de département ou de pôle se ferait sur la base des résultats obtenus.

La nomination, comme le renouvellement dans leurs fonctions, des chefs de service, de département ou de pôle seraient du ressort des ARH après avis des instances locales. Le chef

de service, de département ou de pôle recevrait une rémunération complémentaire pour l'exercice de ce type de responsabilité.

De même, les présidents de CME bénéficieraient de moyens logistiques appropriés pour leur engagement, notamment en temps médical et en secrétariat. Leur responsabilité de président serait rémunérée.

### 3.2.5 – En matière de régulation de tensions sociales d'origine individuelle

Il faut sortir de la situation actuelle, où les professionnels qui perturbent le bon fonctionnement de l'hôpital et présentent un risque pour les malades, sont protégés par leur statut et ne peuvent être écartés de leur poste.

#### 3.2.5.1 – Améliorer la réactivité face aux problèmes disciplinaires

Une des raisons expliquant pourquoi les procédures disciplinaires sont rarement engagées est qu'il n'existe pas de document clair, qui rappelle les obligations de chacun en matière de travail, de comportement et d'attitude à adopter et qui donne une grille indicative des sanctions encourues. Il conviendrait que la DHOS établisse un tel **guide**, et le diffuse largement.

- ◆ Améliorer la progressivité des sanctions et définir différents niveaux de traitement

Une autre raison est que les sanctions actuellement possibles sont non progressives, dépourvues de rappels aux règlements antérieurs, traitées trop solennellement au seul niveau national, et donc inaccessibles. Il serait donc préférable d'avoir plusieurs niveaux de mise en œuvre :

- Le niveau local, pour les fautes vénielles : le CA devrait pouvoir prononcer les deux sanctions les moins graves (avertissement, blâme) après avis de la CME ;
- Le niveau régional, sur saisine du directeur de l'établissement, du président de la CME, du DDASS ou du DRASS. L'instruction se ferait au niveau régional (centre de gestion, cf. infra.) et la décision serait prise par le directeur de l'ARH, après examen par un conseil de discipline régional et – bien entendu – expression des droits de la défense ;
- Enfin le niveau national pour les recours, l'établissement de la doctrine et les aides juridiques au contentieux.

- ◆ Elargir la composition du conseil de discipline

La composition du conseil de discipline pourrait être revue de façon à y inclure des représentants des usagers, des assurés sociaux et des malades (associations de consommateurs, caisses d'assurance maladie, mutuelles, etc.). L'échelle des sanctions pourrait être élargie, ce qui faciliterait les possibilités d'action, en permettant le recours à des sanctions qui ne seraient ni trop lourdes, ni purement morales. Par exemple, des suspensions limitées (quelques jours, ou semaines) avec des retenues sur salaire...

### 3.2.5.2 – Créer une position statutaire "hors cadre"

La création de cette position permettrait de ne plus affecter à un poste et à une fonction précise des praticiens et de les rattacher transitoirement en gestion au centre de gestion régional (Cf. infra).

Les personnels concernés pourraient être :

- soit des praticiens à une étape de leur carrière, ayant besoin de se former ou de se reconvertir ;
- soit des personnes en situation conflictuelle durable avec une partie de la communauté médicale, de l'administration de leur hôpital ou de l'ensemble du personnel d'un service, que l'on pourrait accueillir dans ce cadre, en attente d'un autre site d'accueil ;
- soit des personnes reconnues « insuffisantes professionnelles », pour lesquelles on pourrait faire un bilan d'aptitude et envisager des modifications de fonction, conformément à leur statut ;
- soit enfin des personnes rencontrant un problème médical ne leur permettant pas d'assurer momentanément tout ou partie de leurs fonctions.

Afin de dissuader les établissements d'engager des procédures de placement hors cadre injustifiées ou prématurées, la rémunération de ces personnels continuerait à peser sur l'établissement pendant un temps à déterminer.

La décision de placer un PH hors cadre ne pourrait être prise que par l'ARH, suivant une procédure claire et précise, à définir.

### 3.2.5.3 – Elargir la définition de l'insuffisance professionnelle

La définition de l'insuffisance professionnelle ne devrait pas se limiter à la seule incapacité physique ou mentale d'exercer sa profession. Elle devrait aussi s'étendre aux cas d'incompétence, qui se traduisent par des dysfonctionnements graves et répétés, une impossibilité fonctionnelle à accomplir les tâches requises par l'exercice d'une spécialité, une méconnaissance des techniques et des méthodes indispensables, combinés à une absence de volonté de se corriger ou de suivre des formations de mise à niveau.

Cette situation devrait pouvoir être appréciée au niveau régional (avec une possibilité de recours national). Une modification de la nature des fonctions (inscrite dans le statut actuel, mais jamais appliquée) devrait pouvoir être proposée par le centre de gestion régional. Celui-ci devrait pouvoir obliger la personne à accomplir un stage, à suivre une formation ou à n'exercer qu'à temps partiel, en suivant parallèlement un enseignement. Il pourrait également gérer la personne placée hors cadre, ou proposer son licenciement (au niveau national).

La procédure d'insuffisance professionnelle devrait pouvoir être enclenchée sur demande du directeur d'établissement, du chef de service ou de département, du président de CME, ou à l'initiative de l'ARH.

### 3.2.6 – En matière d'amélioration des garanties sociales

#### 3.2.6.1 – *L'aménagement des conditions de départ en retraite : favoriser les activités à forte pénibilité physique*

Les praticiens hospitaliers entrent tard dans la carrière compte tenu de la durée de leurs études. Certains peuvent avoir des difficultés, malgré une limite d'âge élevée (65 ans), à remplir leur quota d'années de cotisations ouvrant droit à retraite prévu par le régime général. Une mesure incitative pour certaines spécialités à forte pénibilité physique pourrait consister à accorder une bonification d'annuité à l'issue d'un quota d'années d'exercice effectif de leur activité.

#### 3.2.6.2 – *Réaliser des contrôles médicaux d'aptitude et améliorer les garanties médicales*

Lors de l'admission et de la titularisation, les candidats PH devraient passer un examen médical d'aptitude à leurs fonctions devant un groupe de médecins du travail mandatés par l'administration. Les tests tiendraient compte de la spécialité du praticien (par exemple, l'examen visuel corrigé serait particulièrement important pour un radiologue ou un chirurgien mais serait d'importance moindre pour un spécialiste de rééducation fonctionnelle).

Par la suite, des examens de surveillance, dont le contenu pourrait être élaboré en commun par la DHOS et la DGS, permettraient de :

- veiller à la bonne santé du praticien et lui proposer toutes les mesures nécessaires à l'amélioration de celle-ci ;
- veiller à ce que l'état de santé du praticien ne fasse courir aucun danger à ses patients.

Au cas où l'état de santé du praticien nécessiterait une suspension partielle ou totale de sa précédente activité (contamination VIH, VHC, maladie mentale, addiction sévère), le praticien pourrait soit être placé dans une position hors cadre, soit être placé en longue maladie. Dans cette perspective, l'amélioration des garanties actuellement prévues mériterait d'être envisagée.

### 3.2.7 – Assurer une véritable communication

Le pilotage des politiques définies par l'administration centrale nécessite un outil de communication interne permettant à la fois l'information des différents acteurs et le recueillir des informations de terrain.

A cet égard, les candidats potentiels aux emplois de praticiens hospitaliers et notamment les internes, doivent être mieux informés des possibilités de carrière dans les établissements publics de santé.

## **3.3 – Les schémas proposés**

### 3.3.1 – Le rôle de la DGS

La DGS ne devrait plus avoir en charge ni la formation médicale ni la surveillance de la démographie médicale. En revanche, elle devrait s'investir dans un nouveau chantier essentiel



pour la sécurité sanitaire et le contrôle de la qualité du système de soins : la mise en œuvre d'un système d'évaluation des compétences et des pratiques professionnelles des médecins tout au long de la vie active, en liaison avec l'ANAES.

### 3.3.2 – Le rôle de la DHOS

Chargée de définir l'offre de soins à l'échelle nationale, la DHOS organiserait les SNOS pour les spécialités à compétences rares, planifierait les flux de formation de médecins et de spécialistes, organiserait le concours national de PH, tiendrait à jour les statuts, conduirait la communication interne, élaborerait les tableaux de bord et indicateurs de pilotage de la GRH.

### 3.3.3 – Le rôle de l'ARH

Indépendamment des évolutions envisagées sur le périmètre de leurs compétences, le cœur de métier des ARH reste la régulation des activités hospitalières. Les ARH regroupent à cet effet l'essentiel des responsabilités de l'Etat en matière de planification de l'offre de soins et de financement des établissements.

La mission essentielle de l'ARH en matière de ressources humaines médicales hospitalières serait donc de définir les emplois correspondants aux SROS (nombre et qualité), en liaison avec une structure régionale d'observation de la démographie des professions de santé dont elle aurait la tutelle.

L'ARH assumerait la gestion du stock et du flux des emplois. Elle définirait, en cohérence avec le SROS, et en liaison avec les établissements, les emplois nécessaires par secteur sanitaire et par établissement. Elle validerait les fiches de poste établies par les établissements avec le soutien du centre régional de gestion qui publierait les vacances d'emplois, permettant aux praticiens inscrits sur la liste d'aptitude ou aux PH souhaitant une mutation de se porter candidats.

Elle préciserait les besoins régionaux de formation. Elle formulerait les besoins régionaux en postes d'internes, déclinés spécialité par spécialité, et préciserait les besoins en postes de post-internat ou de clinicat.

Dans le scénario 1, c'est elle qui nommerait les PH (ou proposerait au ministre leur nomination).

Dans les autres scénarios, elle aurait le pouvoir de s'opposer aux nominations, si celles-ci n'étaient pas conformes à la fiche de poste définie et au SROS.

Dans tous les cas, l'ARH assurerait la tutelle du centre de gestion régional, à moins que ce dernier ne soit purement et simplement un de ses services (scénario 1).

Elle veillerait à ce que les tableaux de garde établis par les établissements correspondent à de réels besoins et à une activité suffisante et aurait en mains plus d'outils pour procéder aux restructurations indispensables.

C'est au niveau de l'ARH que seraient prises les décisions de premier niveau en matière d'insuffisance professionnelle, et de deuxième niveau, en matière disciplinaire. Elle déciderait, après une procédure adéquate à définir, des mises en position hors cadre. Pour

accomplir ces différentes tâches, elle prendrait au préalable l'avis de commissions statutaires régionales refaçonnées.

### 3.3.4 – La création d'un centre de gestion régional des médecins hospitaliers

Les missions dévolues au centre de gestion régionale pourraient être les suivantes : il serait chargé de préparer les décisions prises au niveau de la région. Il traiterait d'aspects plus opérationnels, notamment la mobilité des médecins, la gestion individuelle des carrières, la mise en œuvre de la formation continue déterminée par les instances régionales.

C'est à lui que reviendrait, en cas de conflit entre l'établissement et un médecin, le soin de gérer les praticiens placés en position hors cadre, en aidant les intéressés dans la recherche d'un nouvel emploi. A ce titre, il préparerait l'instruction des dossiers individuels concernant les médecins (insuffisance professionnelle, problèmes disciplinaires, suivi médical...). En cas de contestation de la décision, un recours au plan national serait prévu.

Le positionnement de ce centre serait différent selon les scénarios retenus.

Dans le scénario 1, il serait soit un service de l'ARH, soit un établissement public administratif placé sous sa tutelle, ce qui pourrait faciliter la réorganisation de l'offre de soins, l'institution disposant alors des outils utiles à cette recomposition en articulant les schémas d'organisation sanitaire, l'emploi médical et la ressource en praticiens. Cette solution aurait l'avantage de donner à l'ARH une stature forte ; elle présenterait toutefois l'inconvénient d'alourdir la tutelle sur les établissements hospitaliers et de confondre gestion des emplois et gestion des personnes.

Dans les scénarios 2 et 3, le centre serait placé sous la responsabilité des employeurs, soit sous la forme d'un syndicat inter-hospitalier, soit sous la forme d'un établissement public administratif régional. L'adhésion des établissements à l'un ou l'autre système serait rendue obligatoire par la loi. Ce positionnement extérieur à l'ARH aurait pour avantage de bien séparer gestion des emplois et gestion des personnes tout en responsabilisant les employeurs : les établissements hospitaliers.

Le conseil d'administration de ce centre de gestion serait composé des représentants administratifs et médicaux des établissements publics de santé, l'ARH y ayant sa place comme « commissaire du gouvernement ».

Pour les régions les plus petites, il pourrait être envisagé de créer une structure interrégionale au service de deux, voire trois, régions. Les missions du centre seraient accompagnées des moyens correspondants pris en charge par les établissements de santé.

### 3.3.5 – Le rôle de l'établissement de santé

Quels que soient les scénarios choisis, l'établissement doit assurer l'administration au quotidien de son personnel médical : traitements de la paye, avancements d'échelons, arrêts de mise en disponibilité, décharges de services au titre du droit syndical, tenue à jour du dossier individuel, mises à disposition, suivi des activités d'intérêt général, suivi des congés, du compte épargne temps, des congés maladie...

Il met en place une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences ainsi que les outils nécessaires au recrutement des praticiens hospitaliers avec l'appui du centre de gestion.

La description de l'emploi – fonction principale, activités, contexte, contraintes, obligations et perspectives – est réalisée par l'établissement avec l'aide du centre de gestion si nécessaire. Ce dernier, en relation avec la description du poste à pourvoir, assure l'évaluation des compétences des candidats au regard des savoir-faire et des savoirs être<sup>118</sup>. L'établissement, par la voie de la CME et du conseil d'administration, étudie les candidatures retenues sur la base de cette évaluation quelles que soient les disciplines concernées<sup>119</sup>. Il classe les candidatures et émet un avis motivé sur les propositions de nomination qu'il est amené à faire.

Dans le scénario 1, l'ARH nomme le PH à partir des propositions de la CME et du conseil d'administration.

Dans le scénario 2, c'est le directeur, et dans le scénario 3, le conseil d'administration qui a ce rôle sur proposition de la CME.

L'ARH peut s'opposer à cette nomination si le profil du candidat retenu ne correspond pas à l'emploi.

---

<sup>118</sup> Les savoirs ont été déterminés au niveau du concours. Le centre de gestion doit mettre en évidence les savoir-faire – expériences acquises – et les savoirs être – aptitude à travailler en équipe, notamment pour les praticiens inscrits sur la liste d'aptitude. Pour les praticiens effectuant une mutation, l'évaluation pourrait porter également sur leur degré d'implication dans la marche de leur service et de leur établissement.

<sup>119</sup> Les candidats à un même emploi dont le profil de compétences correspond au poste à pourvoir peuvent être départagés par une audition par la CME et/ ou le CA.

## CONCLUSION

Les praticiens hospitaliers traversent actuellement un malaise profond, qui tient à de nombreux facteurs que le rapport tente d'analyser.

Les revalorisations financières, pour notables qu'elles aient été, mais attribuées sans contrepartie et de façon uniforme, ne se sont pas avérées une solution adaptée à l'ensemble des problèmes rencontrés. Aujourd'hui, l'enjeu de la gestion des praticiens hospitaliers est triple : mieux anticiper les difficultés, donner aux établissements hospitaliers plus d'autonomie et les rendre plus attractifs, garantir aux personnels de meilleures perspectives de carrière, tout en définissant des règles d'organisation et de contrôle claires et simples.

La mission appelle à une réforme profonde du mode de gestion des praticiens hospitaliers. Elle propose à cet effet plusieurs scénarios, en vue d'assurer une gestion des personnels médicaux qui préserve à la fois l'intérêt des personnes et celui de l'institution, et permette d'améliorer la qualité du système de soins. Il serait en effet dangereux de n'aménager le système qu'à la marge, en continuant à amender ponctuellement le statut et en gardant la répartition actuelle des rôles, alors même que de nombreuses fonctions, indispensables à une gestion moderne des ressources humaines, ne sont pas remplies.

\* \*  
\*

Charles de BATZ

Françoise LALANDE

Gérard LAURAND

**AVERTISSEMENT : S'AGISSANT DES ANNEXES N° 1, N° 14 ET N° 15 ELLES SONT DISPONIBLES  
SUR DEMANDES AUPRES DE LA SECTION DES RAPPORTS DE L'IGAS**

**ANNEXE 1**

NOTE DE CADRAGE

**ANNEXE 2**

Liste des acronymes utilisés dans le rapport

**ANNEXE 3**

Méthodologie : choix des régions visitées par la mission

**ANNEXE 4**

Liste des personnes consultées

**ANNEXE 5**

Données statistiques sur les tours de recrutements 2000, 2001 et 2002

**ANNEXE 6**

Taux d'attractivité comparée des postes à recrutement prioritaire et des postes non prioritaires - Résultat par région, toutes spécialités confondues - Année 2002

**ANNEXE 7**

Emoluments des praticiens hospitaliers au 1<sup>er</sup> décembre 2002\*

**ANNEXE 8**

Répartition par échelon des entrées dans le corps des praticiens hospitaliers pour les nominations en 2002

**ANNEXE 9**

Données sur les revenus des médecins dits « actifs à part entière »

**ANNEXE 10**

Concours de l'internat, données statistiques

**ANNEXE 11**

Occupation des postes de PH temps pleins selon les spécialités ou groupes de spécialités

**ANNEXE 12**

Densités médicales globale et hospitalière constatées et projetées par région au 1<sup>er</sup> janvier

**ANNEXE 13**

Les normes imposent des contraintes techniques nouvelles pour les activités à risques

**ANNEXE 14**

Exemples de contrat d'intérim médical en CHG

**ANNEXE 15**

Calculs de l'évolution du coût des gardes par le CHG de Longjumeau

**ANNEXE 16**

Données relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers

**ANNEXE 1**

**Note de cadrage**

**ANNEXE 2****Liste des acronymes utilisés dans le rapport**

ADELI	Automatisation des listes
ANAES	Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé
AP-HP	Assistance publique- Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
CAMU	Capacité en aide médicale urgente
CCA	Chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CHG	Confédération des hôpitaux généraux
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CME	Commission médicale d'établissement
CMH	Coordination médicale hospitalière
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNCI	Centre national des concours de l'internat
CNEM	Commission nationale de l'enseignement médical
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPS	Carte des professions de santé
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CREM	Commission régionale de l'enseignement médical
CROSS	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CSDM	Centre de sociologie et de démographie médicale
CSN	Commission statutaire nationale
CSP	Code de la santé publique
DARH	Directeur de l'agence régionale d'hospitalisation
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé
EPS	Etablissement public de santé
ETP	Equivalent temps plein
FFI	Faisant fonction d'interne
FMC	Formation médicale continue
IADE	Infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
IBODE	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INED	Institut national des études démographiques
INPH	Inter syndicat national des praticiens hospitaliers
MID	Médecin inspecteur départemental
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PAC	Praticien adjoint contractuel
PADHUE	Praticien à diplôme hors Union européenne
PCEM	Premier cycle des études médicales
PH	Praticien hospitalier

PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRAPS	Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
PSPH	Participant au service public hospitalier
PU-PH	Professeur des universités – praticien hospitalier
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SFAR	Société française d'anesthésie réanimation
SIGMED	Système d'information et de gestion des médecins hospitaliers
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNAM	Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics
SNIR	Système national inter régimes
SNOSS	Schéma national d'organisation sanitaire et sociale
SNPHAR	Syndicat national des praticiens hospitaliers en anesthésie réanimation
SPS	Service prévention santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
UFR	Unité de formation et de recherche
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil de traitement et d'orientation des urgences



**ANNEXE 3****Méthodologie : choix des régions visitées par la mission**

La mission a tiré au sort six régions, une dans chacun des groupes établis par la DREES en fonction des densités médicales globale et hospitalière.

**Evolution projetée des densités médicales globale et hospitalière  
pour chaque groupe de régions**

		densité médicale globale...	
		... supérieure à la densité nationale	... inférieure à la densité nationale
densité médicale à l'hôpital...	... supérieure à la densité nationale	Ile-de-France	Franche-Comté Lorraine
	... inférieure à la densité nationale dans certaines disciplines	Alsace Limousin PACA & Corse	Rhône-Alpes Auvergne Champagne-Ardenne Nord-Pas-de-Calais
	... inférieure à la densité nationale dans toutes les disciplines ou presque	Aquitaine Midi-Pyrénées Languedoc-Roussillon	Bretagne Poitou-Charentes Basse-Normandie Bourgogne Haute-Normandie Picardie Centre Pays de Loire DOM

En grisé, régions visitées par la mission de l'IGAS

Source : DREES

Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice, DREES, Etudes et résultats n°156, février 2002, Serge DARRINE.

## **ANNEXE 4**

### **Liste des personnes consultées**

#### ***Cabinet de monsieur le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées***

- M. Didier GUIDONI, conseiller technique.

#### ***Administration centrale***

##### **DREES**

- M. Xavier NIEL et Mme Pascale BREUIL, bureau professions de santé ;
- Mme Pierrette SCHUHL, bureau établissements de santé.

##### **DHOS**

- M. le professeur Guy NICOLAS, conseiller médical du directeur ;
- M<sup>me</sup> Danielle TOUPILLIER, conseillère technique du directeur ;
- M. Patrice BLEMONT, sous-directeur des professions médicales ;
- M<sup>me</sup> Catherine TOUSSAINT, adjointe au sous directeur des professions médicales ;
- M. Bernard CHENEVIÈRE, chef du bureau Praticiens hospitaliers (M3) ;
- M<sup>me</sup> Laurence SAINT-MICHEL, bureau M3 ;
- M<sup>me</sup> Maud LAMBERT-FENERY, chef du bureau Politique médicale hospitalière et hospitalo-universitaire (M2)

##### **DGS**

- M. Jean-Marc BRAICHET chef du bureau Formations des professions de santé (2C) ;
- M<sup>me</sup> Régine MAGNON, responsable du 3<sup>ème</sup> cycle de formation.

#### ***CNAMTS***

##### **Direction des Statistiques et des Etudes**

- M<sup>me</sup> Sylvie LE LAIDIER, responsable du département des études sur les professionnels et les assurés sociaux,
- M<sup>me</sup> Carole LE GUEN, chargé d'études.

#### ***CEMKA Eval***

- M<sup>me</sup> Anne DUBURCQ, chargé d'études.

#### ***Conférences des directeurs***

##### **Directeurs de CHU**

- M. MOINARD, président.

##### **Directeurs de CHG**

- M. DUSSOL, président ;

- M. BARRAL, membre de la conférence ;
- M. SIAHMED, membre de la conférence.

### **Conférences des présidents de CME**

#### Présidents de CME de CHU

- M. le Pr GRIMAUD, président.

#### Présidents de CME de CHG

- M. le Dr PERRIN, président.

### **Organisations syndicales**

#### Intersyndicat National des praticiens hospitaliers (INPH)

- M. le Dr GARRIC, délégué général ;
- M. le Dr MALAPERT, président du syndicat des psychiatres d'exercice public.

#### Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-PH)

- M. le Pr Claude DEGOS, président.

#### Confédération des hôpitaux généraux (CHG)

- M. le Dr Pierre FARAGGI, président ;
- M. le Dr VIGNIER, président du syndicat national des médecins anesthésistes réanimateurs à temps plein des hôpitaux non universitaires(SNMARHNU), vice-président de la CHG
- M<sup>me</sup> le Dr GARRET-LEGALLEC, secrétaire générale de la CHG ;
- M<sup>me</sup> le Dr LINGET, présidente du syndicat national des biologistes hospitaliers.

#### Coordination médicale hospitalière (CMH)

- M. le Dr Norbert SKURNIK, président du syndicat des psychiatres de secteur ;
- M. le Dr BIZIEN, syndicat des gériatres ;
- M. le Dr MOREAU, syndicat des chirurgiens hospitaliers.

### **Région Ile-de-France**

#### ARH

- M. COUDREAU, directeur ;
- M. le Dr MARCHAL, conseiller médical.

#### DRASS

- M<sup>me</sup> le Dr L'HELGOUALC'H, directrice adjointe chargée du pôle santé ;
- M. le Dr DUFRICHE, médecin inspecteur régional ;
- M. le Dr BARBIER ;
- M<sup>me</sup> le Dr SOBECKI ;
- M<sup>me</sup> CHAREYRE, inspecteur des affaires sanitaires et sociales.

#### Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)

- M. TREGOUAT, directeur de cabinet du directeur général ;
- M. DIEBOLD, directeur des programmes médicaux ;

- Mme BOTTO, gestion des personnels médicaux.

#### Hôpital Beaujon

- M<sup>me</sup> le Dr DEGOS, praticien hospitalier, représentant des PH à la CME de l'AP-HP.

#### Médecins de l'AP-HP

- M. le Dr LAPANDRY, chef du SAMU 93, représentant des PH à la CME de l'AP-HP ;
- M. le Dr DASSIER, anesthésiste-réanimateur, président du syndicat national des PH d'anesthésie réanimation (SNPHAR).

#### CHG de Longjumeau

- M<sup>me</sup> PRIME, directrice ;
- M. le Dr MARX, chef du service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, président de la CME ;
- M. le Dr COUDRAY, chef du service de réanimation et du SMUR, président de la commission des gardes et astreintes.

#### CHG de Meaux

- M. GENTY, directeur ;
- M. le Dr GUIZARD, président de la CME ;
- M<sup>me</sup> BERTHELOT, directeur des affaires médicales ;
- M<sup>me</sup> BOTREAU.

#### CH Interrégional Eaubonne-Montmorency

- M. LONGCHAMBON, vice-président du conseil d'administration ;
- M. FORCIOLI, directeur général ;
- M. TOCHON, directeur des affaires médicales ;
- M<sup>me</sup> le Dr BLANGY, Présidente de la CME ;
- M. le Dr CLEOPHAX, gynécologie ;
- M. le Dr MONNIER, pédiatrie ;
- M. le Dr COTTE, néonatalogie ;
- M. le Dr LANIER, réanimation chirurgicale ;
- M. le Dr MAUPETIT, anesthésie réanimation ;
- M. le Dr SOUPISON, réanimation médicale ;
- M. le Dr BELOTTE, SMUR ;
- M. le Dr VACHIERY-LAHAYE ET GRUEL, urgences ;
- M. le Dr HOUDONUGBO, SAU ;
- MM. TAURAND, CRONFALT, DELAFOSSE, LEWY membres du bureau de la CME.

### **Région Haute-Normandie**

#### ARH

- M. DUBOSCQ, directeur ;
- M<sup>me</sup> le Dr BINOIS, conseiller médical.

#### DRASS et DDASS de Seine-Maritime

- M. Hubert VALADE, DRASS ;
- M<sup>me</sup> le Dr LE CHANTEUR, médecin inspecteur régional ;

- M<sup>me</sup> le Dr Claire SESBOUE, médecin inspecteur départemental ;
- M<sup>me</sup> KERDELO, inspectrice de la DRASS chargée de la préparation des concours médicaux ;
- M<sup>me</sup> Marie-Hélène MAITRE (IPASS) de la DASS, chargée de la gestion des personnels ;
- M<sup>me</sup> Geneviève CARRERE, chef de service.

#### CHU de ROUEN

- M. BUDET, directeur général adjoint ;
- M. FRIEDMANN, directeur des affaires médicales et de la recherche ;
- M<sup>me</sup> le Dr ALIBERT, PH d'anesthésie réanimation, présidente de la commission des gardes et astreintes ;
- M. le Dr CLAVIER, vice-président de la CME, PH de radiologie interventionnelle ;
- M. le Pr DUREUIL, chef du département d'anesthésie réanimation ;
- M<sup>me</sup> le Pr DEHESDIN, chef du service d'ORL et chirurgie maxillo-faciale ;
- M. le Pr BACHY, chef de service de chirurgie infantile ;
- M. le Pr MARPEAU, chef de service de gynécologie-obstétrique ;
- M. le Pr PETIT, chef de service de psychiatrie au CH du ROUVRAY ;
- M. le Pr BONMARCHAND, chef de service de la réanimation médicale ;
- M. le Pr FREGER, chef de service de neurochirurgie.

#### CHG d'Evreux

- M<sup>me</sup> ANATOLE, directrice de l'établissement ;
- M<sup>me</sup> POUmeroULIE, adjointe, chargée des affaires médicales ;
- M. le Dr LEBRUN, chef du SAMU 27 ;
- M<sup>me</sup> le Dr MALCHIODI, PH d'anesthésie réanimation ;
- M. le Dr LUZERNE, prochain chef de service de chirurgie orthopédique ;
- M. le Dr ELHAIK chef de service de gynécologie-obstétrique ;
- M. le Dr SELME, chef du service de réanimation polyvalente ;
- M. le Dr CHENEBAUX, DIM.

#### **Région Auvergne**

##### ARH

- M. Jean-Pierre CONTIS, directeur de l'ARH ;
- M. le Dr Nicolas MERESSE, conseiller médical.

##### DRASS

- M. Alain LOPEZ, DRASS ;
- M<sup>me</sup> le Dr Roselyne GATEAU, médecin inspecteur régional ;
- M<sup>me</sup> BRANCAZ, adjointe administrative chargée du suivi des nominations des PH.

#### CHU de Clermont Ferrand

- M. BELAIGUES, DAMCR ;
- M. le Pr BOMMELAER, chef du service de gastro-entérologie, président de la CME ;
- M<sup>me</sup> le Pr GLANDDIER, DIM ;
- M. le Pr SOUWEINE, chef du service de réanimation médicale ;

- M. le Pr SCHOEFFLER, chef du département d'anesthésie réanimation, M. le Pr BAZIN et M. le Dr DISSAIT, département d'anesthésie réanimation ;
- M. le Pr CHAZAL, chef d'un service de neurochirurgie et son adjoint le Pr LEMAIRE ;
- M. le Pr JACQUETIN et M. le Pr MAGE, chefs des services de gynécologie obstétrique.

#### CH d'Ambert

- M. Jean-Paul BEAUREGARD, directeur ;
- M. le Dr PRAS, chirurgien et président de la CME.

### **Région Franche-Comté**

#### ARH

- M. MOUTERDE secrétaire général,
- M le Dr Michel GOGUEY, conseiller médical ;
- M<sup>me</sup> Alexandrine LALUC, chargé de mission.

#### DRASS

- M<sup>me</sup> le Dr Marie-Jeanne CHOULOT, médecin inspecteur régional ;
- M<sup>me</sup> le Dr Sylvie CLEMENT-VANEL, médecin inspecteur régional ;
- M DI PIETRO.

#### CHU de Besançon

##### site de l'hôpital saint Jacques

- M. DECOUR, directeur général ;
- M<sup>me</sup> le Dr GUILLEMET, PH, réanimation infantile ;
- M. le Pr AUBERT, chef de service de chirurgie infantile ;
- M. le Pr SCHAAL, chef de service de gynécologie-obstétrique.

##### site de l'hôpital Jean Minjoz

- M. le Dr BONTEMPS, vice-président de la CME ;
- M. le Pr FLICOTEAUX, vice-président de la CME, chef de service d'explorations fonctionnelles néphrologiques ;
- M. le Pr DUMOULIN, anesthésiste réanimateur, président de la commission des gardes et astreintes ;
- M<sup>me</sup> le Pr BOILLOT, chef de service d'anesthésie réanimation ;
- M. le Pr CAPPELIER, chef de service des urgences et de la réanimation ;
- M. le Pr MANTION, chef de service de chirurgie viscérale ;
- M. le Pr TROPET, chef de service de chirurgie plastique.

#### CHG de VESOUL

- M. ROCHE, directeur ;
- M. MABILO, DRH et DAM ;
- M<sup>me</sup> le Dr CLEMENT, présidente de la CME, chef du service de gastro-entérologie ;
- M. le Dr FLORIOT, chef du service de réanimation polyvalente ;
- M<sup>me</sup> le Dr VUILLEMART, chef du service d'anesthésie réanimation ;

- M. le Dr MARMOSSIAN, chef du service de gynécologie-obstétrique ;
- M. le Dr TRAVERS, chef du service de chirurgie viscérale ;
- M. le Dr WAGSCHAL, chef du SAMU-SMUR et des urgences.

### **Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur**

#### ARH

- M. DUTREIL, directeur ;
- Mme le Dr DUMONT, conseiller médical ;
- M. le Dr RIFF, médecin inspecteur régional ;

#### CHU de Nice

- M. ROMATET, directeur général ;
- M. MAVIC, DAM ;
- M. le Pr GRIMAUD, président de la CME, chef du département d'anesthésie réanimation et M. le Pr RAUCOULES, Mme le Pr ICHAI, Mme le Dr HAMARD et M. le Dr GOUBAUX du même service ;
- M. le Pr BRUNETON et M. le Dr SEDAT du service de radiologie, M. le Dr ABOULKER, chef du service d'imagerie médicale ;
- M. le Pr GILLET, chef du service de gynécologie-obstétrique et M. le Pr BONGAIN, M. le Pr BOUTTE, chef du service de pédiatrie et M. le Dr DAGEVILLE de ce même service ;
- M. le Dr FAVIER, chef du SAMU-SMUR et du service des urgences, M. le Dr BAQUE chirurgie digestive ;
- Mme le Dr CAPRIZ, Chef du service de gériatrie, M. le Dr BERTRAND.
- M. le Pr PAQUIS, chef du service de neurochirurgie, M. le Pr AMIEL, chef du service d'urologie ;
- M. le Dr BLANC, cardiologue, M. le Dr CHEMLA président de la commission des gardes et astreintes.

#### CHG de Cannes

- M. ARNAUD, directeur, M. MONDOLONI, directeur délégué, Mme ARONICA, directrice adjointe et M<sup>me</sup> CURTY, adjoint des cadres ;
- M. le Dr MONNIER, président de la CME, chef du service de néphrologie, hémodialyse et M. le Dr BOLLA, vice-président de la CME, chef du service de médecine interne, rhumatologie, diabétologie ;
- Mme le Dr FRECHE, chef du service de réanimation, M. le Dr BEVANÇON, chef du service d'anesthésie et Mme le Dr SARRAN, chef du service des urgences ;
- Mme le Dr MONTAGNE, chef du service par intérim de médecine interne et oncologie ;
- M. le Dr OPPENHEIM, chef du service de psychiatrie ;
- M. le Dr GUEYFFIER, chef du service de gastro-entérologie et M. le Dr SEBAG, chef du service de pédiatrie.

### **Région Midi-Pyrénées**

#### ARH

- M. Pierre GAUTHIER directeur.

#### DRASS

- M. Jean-Pierre RIGAUX, directeur régional des affaires sanitaires et sociales ;

- M<sup>me</sup> le Dr Marie-Catherine CAPDEVIELLE, médecin inspecteur régional ;
- M. le Dr CLEMENT, médecin inspecteur régional adjoint ;
- M<sup>mes</sup> GRAS et NOGUERO, chargées de la gestion des PH.

CHU de Toulouse

- M. MOINARD, directeur général ;
- M. DUCLOS, directeur des affaires médicales ;
- M. le Pr BOCCALON, président de la CME ;
- M. le Pr VIRENQUE, chef du SAMU, M. le Pr CATHALA, chef du service de réanimation polyvalente, M. le Dr GUITTARD, M. le Dr GASTON et M. le Dr GRIS praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs ;
- M. le Pr GUITARD, chef du département médico-chirurgical de pédiatrie, M. le Dr FRIES, M. le Pr LAUQUE, Mme le Dr LELONG-TISSIER, Mme le Dr TUBERY, M. le Dr OLIVIER et M. le Dr JUCHET service des urgences ;
- M. le Pr REME, chef de service de gynécologie-obstétrique et le Dr PARANT, PH ;
- M. le Pr CAHUZAC, chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- M. le Pr LAZORTHES, chef de service de chirurgie générale et digestive ;
- M. le Pr LAGARRIGUE, chef de service de neurochirurgie et le Dr BOUSQUET ;
- M. le Pr JOFFRE, chef de service de radiologie et Mme le Dr PUGET ;
- M. le Pr RAYNAUD, chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et M. le Dr VIGNES, PH.

CHG de Cahors

- M. CARBONEL, directeur ;
- M. le Dr CRETELY, chef du département d'anesthésie et de médecine d'urgence, président de la CME ;
- M. le Dr BOURQUARD, chef de service de gynécologie obstétrique et Mme le Dr LENEVEU, PH temps partiel pédiatre ;
- M. le Dr LASSOUED, président de la commission d'évaluation ;
- M. le Dr CAZABAN, chef du service de chirurgie viscérale.



**ANNEXE 5****Données statistiques sur les tours de recrutements 2000, 2001 et 2002**

Année 2000	Nombre de postes	Nombre de candidats	Rapport cddats/postes	Nombre de nommés	Taux de sélection	Taux de couverture
section						
Anesthésie-réanimation	571	243	42,6%	215	88%	37,7%
Biologie	92	112	121,7%	80	71%	87,0%
Chirurgie	491	367	74,7%	290	79%	59,1%
Médecine	1 310	893	68,2%	769	86%	58,7%
Pharmacie	70	98	140,0%	58	59%	82,9%
Psychiatrie	759	498	65,6%	378	76%	49,8%
Radiologie	198	100	50,5%	90	90%	45,5%
<b>Total</b>	<b>3 491</b>	<b>2 311</b>	<b>66,2%</b>	<b>1 880</b>	<b>81%</b>	<b>53,9%</b>

Année 2001	Nombre de postes	Nombre de candidats	Rapport cddats/postes	Nombre de nommés	Taux de sélection	Taux de couverture
section						
Anesthésie-réanimation	639	282	44,1%	257	91%	40,2%
Biologie	88	105	119,3%	72	69%	81,8%
Chirurgie	605	456	75,4%	380	83%	62,8%
Médecine	1 808	1 300	71,9%	1 154	89%	63,8%
Pharmacie	83	98	118,1%	51	52%	61,4%
Psychiatrie	808	518	64,1%	393	76%	48,6%
Radiologie	251	144	57,4%	125	87%	49,8%
<b>Total</b>	<b>4 282</b>	<b>2 903</b>	<b>67,8%</b>	<b>2 432</b>	<b>84%</b>	<b>56,8%</b>

Année 2002	Nombre de postes	Nombre de candidats	Rapport cddats/postes	Nombre de nommés	Taux de sélection	Taux de couverture
section						
Anesthésie-réanimation	648	300	46,3%	271	90%	41,8%
Biologie	109	113	103,7%	91	81%	83,5%
Chirurgie	599	456	76,1%	380	83%	63,4%
Médecine	2 039	1 448	71,0%	1 333	92%	65,4%
Pharmacie	124	158	127,4%	96	61%	77,4%
Psychiatrie	811	506	62,4%	391	77%	48,2%
Radiologie	301	155	51,5%	137	88%	45,5%
<b>Total</b>	<b>4 631</b>	<b>3 136</b>	<b>67,7%</b>	<b>2 699</b>	<b>86%</b>	<b>58,3%</b>

Source DHOS

Taux de sélection : nombre de candidats / nombre de nommés

Taux de couverture : nombre de nommés / nombre de postes à pourvoir

**ANNEXE 6****Taux d'attractivité comparée des postes à recrutement prioritaire et des postes non prioritaires - Résultat par région, toutes spécialités confondues - année 2002**

Régions (par PRP publiés)	Attractivité des postes NON prioritaires			Attractivité des postes prioritaires			<i>Total</i>	
	Postes publiés	PH nommés	Taux	Postes publiés	PH nommés	Taux	Postes	Nominations
Picardie	185	105	56,8%	70	33	47,1%	255	138
Lorraine	192	86	44,8%	65	10	15,4%	257	96
Champagne-Ardenne	120	66	55,0%	64	15	23,4%	184	81
Bourgogne	98	59	60,2%	57	22	38,6%	155	81
Nord-Pas-de-Calais	449	201	44,8%	51	15	29,4%	500	216
Rhône-Alpes	270	197	49,0%	51	14	27,5%	321	211
Bretagne	173	104	60,1%	46	13	28,3%	219	117
Pays de la Loire	144	103	71,5%	44	11	25,0%	188	114
Franche-Comté	124	41	33,1%	43	22	<b>51,2%</b>	167	63
Guadeloupe	34	14	41,2%	42	18	<b>42,9%</b>	76	32
Centre	236	149	63,1%	41	10	24,4%	277	159
Basse-Normandie	120	63	52,5%	36	11	30,6%	156	74
Haute-Normandie	130	76	58,5%	33	16	48,5%	163	92
Aquitaine	120	91	75,8%	18	6	33,3%	138	97
Martinique	42	26	61,9%	16	9	56,3%	58	35
Limousin	48	25	52,1%	15	3	20,0%	63	28
Poitou-Charentes	147	81	55,1%	11	1	9,1%	158	82
Auvergne	102	56	54,9%	9	0	0,0%	111	56
Alsace	130	74	56,9%	8	4	50,0%	138	78
Réunion	44	36	81,8%	7	5	71,4%	51	41
Languedoc-Roussillon	115	96	83,5%	7	3	42,9%	122	99
Guyane	41	10	24,4%	3	2	66,7%	44	12
Midi-Pyrénées	127	89	70,1%	3	0	0,0%	130	89
Corse	31	21	67,7%				31	21
Ile-de-France	491	441	89,8%				491	441
PACA	173	143	82,7%				173	143
<b>Totaux</b>	<b>3 886</b>	<b>2 453</b>	<b>63,1%</b>	<b>740</b>	<b>243</b>	<b>32,8%</b>	<b>4 626</b>	<b>2 696</b>
	<b>84,0%</b>	<b>91,0%</b>		<b>16,0%</b>	<b>9,0%</b>			

Source : DHOS

**ANNEXE 7****Emoluments des praticiens hospitaliers au 1<sup>er</sup> décembre 2002\***

Echelon	Durées pour l'avancement	Ancienneté cumulée en fin échelon	Praticien hospitalier		Praticien hospitalier	
			Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel
			Emoluments brut annuel		Traitement net annuel (brut - 17% de cotisations)	
13 <sup>ème</sup> échelon			84 027 €	46 842 €	69 743 €	38 879 €
12 <sup>ème</sup> échelon	quatre ans	24 ans	80 465 €	44 856 €	66 786 €	37 231 €
11 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	20 ans	70 778 €	39 377 €	58 745 €	32 683 €
10 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	18 ans	67 950 €	37 492 €	56 399 €	31 118 €
9 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	16 ans	63 238 €	34 743 €	52 487 €	28 837 €
8 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	14 ans	61 039 €	33 486 €	50 662 €	27 794 €
7 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	12 ans	59 154 €	32 387 €	49 098 €	26 881 €
6 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	10 ans	55 227 €	30 188 €	45 838 €	25 056 €
5 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	8 ans	51 614 €	28 460 €	42 840 €	23 622 €
4 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	6 ans	49 415 €	27 203 €	41 014 €	22 579 €
3 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	4 ans	48 158 €	26 418 €	39 972 €	21 927 €
2 <sup>ème</sup> échelon	un an	2 ans	47 059 €	25 790 €	39 059 €	21 405 €
1 <sup>er</sup> échelon	un an	1 an	46 273 €	25 240 €	38 407 €	20 949 €

\*Arrêté du 25 novembre 2002 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé

**Pour mémoire, émoluments des praticiens hospitaliers au 1<sup>er</sup> mars 2002**

Echelon	Durées pour l'avancement	Ancienneté cumulée en fin échelon	Praticien hospitalier		Praticien hospitalier	
			Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps partiel
			Emoluments brut annuel		Traitement net annuel (brut - 17% de cotisations)	
13 <sup>ème</sup> échelon			83 443 €	46 517 €	69 258 €	38 609 €
12 <sup>ème</sup> échelon	quatre ans	24 ans	79 906 €	44 545 €	66 322 €	36 972 €
11 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	20 ans	70 286 €	39 103 €	58 337 €	32 455 €
10 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	18 ans	67 478 €	37 231 €	56 007 €	30 902 €
9 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	16 ans	62 798 €	34 501 €	52 122 €	28 636 €
8 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	14 ans	60 614 €	33 254 €	50 310 €	27 600 €
7 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	12 ans	58 743 €	32 162 €	48 756 €	26 694 €
6 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	10 ans	54 843 €	29 978 €	45 520 €	24 882 €
5 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	8 ans	51 255 €	28 262 €	42 542 €	23 457 €
4 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	6 ans	49 071 €	27 014 €	40 729 €	22 422 €
3 <sup>ème</sup> échelon	deux ans	4 ans	47 824 €	26 234 €	39 694 €	21 774 €
2 <sup>ème</sup> échelon	un an	2 ans	46 732 €	25 610 €	38 787 €	21 257 €
1 <sup>er</sup> échelon	un an	1 an	45 952 €	25 064 €	38 140 €	20 803 €

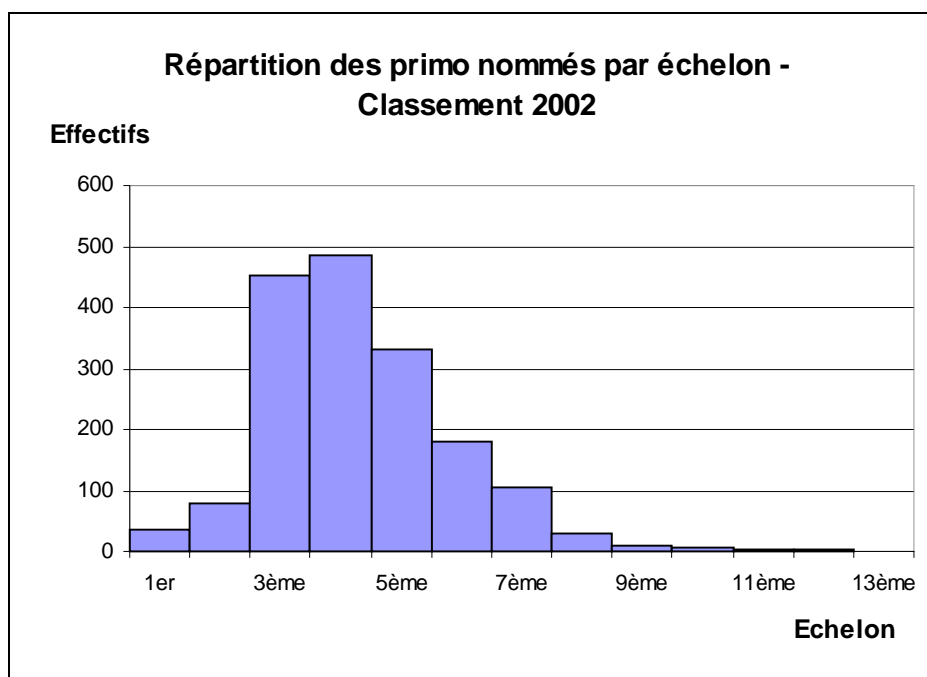
Source DHOS

A la rémunération de base s'ajoutent diverses indemnités (gardes et astreintes, service public exclusif, enseignement, jury de concours, ...)

**ANNEXE 8****Répartition par échelon des entrées dans le corps des praticiens hospitaliers  
pour les nominations en 2002**

	Lauréats type I		Lauréats type II		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1er échelon	3	0,6%	34	2,9%	37	2,1%
2ème échelon	3	0,6%	75	6,3%	78	4,5%
3ème échelon	201	37,4%	253	21,3%	454	26,3%
4ème échelon	220	41,0%	265	22,3%	485	28,1%
5ème échelon	72	13,4%	258	21,7%	330	19,1%
6ème échelon	20	3,7%	161	13,6%	181	10,5%
7ème échelon	10	1,9%	96	8,1%	106	6,1%
8ème échelon	3	0,6%	28	2,4%	31	1,8%
9ème échelon	2	0,4%	8	0,7%	10	0,6%
10ème échelon	3	0,6%	2	0,2%	5	0,3%
11ème échelon	0	0,0%	2	0,2%	2	0,1%
12ème échelon	0	0,0%	4	0,3%	4	0,2%
13ème échelon	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
TOTAL	537	100,0%	1187	100,0%	1724	100,0%

Source : DHOS



**ANNEXE 9****Données sur les revenus des médecins dits « actifs à part entière »**

Ces données concernent les médecins qui ont une activité libérale normale sur une année complète. Sont donc exclus du groupe statistique, les médecins qui :

- se sont installés ou qui cessent leur activité au cours de l'année considérée ;
- ne sont pas conventionnés ;
- exercent à l'hôpital à temps plein et dont l'activité libérale représente un revenu « d'appoint » ;
- ceux qui sont âgé de plus de 64 ans.

Le revenu considéré est le revenu annuel net de charges professionnelles provenant de l'activité libérale. Il ne prend pas en compte les autres sources de revenus possibles des médecins que peuvent représenter l'activité salariée, les publications et l'enseignement.<sup>1</sup>

	Revenu annuel par médecin actif à part entière en 1999	Résultat d'exercice sur recettes en 1999, en %
Radiologues	165 000 €	39,6
Anesthésistes	120 300 €	63,2
Chirurgiens	115 100 €	55,2
Cardiologues	88 100 €	51,0
Ophthalmologues	85 600 €	51,2
Stomatologues	79 500 €	43,6
Gastro-entérologues	74 600 €	48,3
ORL	68 500 €	48,2
Gynécologues	66 100 €	48,8
Pneumologues	59 100 €	46,4
Rhumatologues	55 500 €	47,1
Dermatologues	52 600 €	48,3
Omnipraticiens	50 700 €	52,8
Psychiatres	48 000 €	53,3
Pédiatres	46 700 €	49,4
<b>moyenne des spécialistes</b>	<b>82 400 €</b>	<b>48,1</b>
<b>moyenne médecins</b>	<b>64 500 €</b>	<b>50,4</b>

Source DREES d'après fichiers SNIR (CNAMTS) et BNC 2035 (DGI/INSEE)

Lecture : le revenu annuel moyen d'un radiologue s'élève à 165 000 € en 1999, il représente 39,6% du montant des honoraires. Le complément, 60,4% correspond aux charges d'exploitation.

La moyenne des émoluments bruts annuels d'un praticien hospitalier à temps plein en 2002 s'élève à 65 406 euros (source DHOS). Ces émoluments ne comprennent pas les primes et indemnités diverses et les revenus de l'activité libérale des praticiens ayant une telle activité à l'hôpital.

<sup>1</sup> Pour une analyse détaillée, Cf. AUDRIC S., *l'évolution du revenu libéral des médecins entre 1993 et 1999*, Etudes et Résultats N° 157, DREES, février 2002.

**ANNEXE 10**  
**Concours de l'internat, données statistiques**

Année N	Spécialités médicales	Anesthésiologie-réanimation	Pédiatrie	Spécialités Médicales y compris anesthésie-réa. et pédiatrie	Médecine du travail	Santé publique	Spécialités chirurgicales	Gynécologie obstétrique et gynécologie médicale	Chirurgie y compris gynécologie	Biologie médicale	Psychiatrie	Total des places offertes année N	Numerus clausus de l'année N-5	Nombre de places offertes au concours de l'internat année N / num. clausus de l'année N-5 en %
1985	1 305			1 305		231			555	221	235	2 547	6 409	40%
1986	1 260			1 260		170			529	220	300	2 479	6 409	39%
1987	1 222			1 222		60			518	220	380	2 400	5 900	41%
1988	1 275			1 275					525	220	330	2 350	5 000	47%
1989	1 275			1 275					525	190	310	2 300	4 754	48%
1990	1 281			1 281	60	40			529	150	280	2 340	4 754	49%
1991	1 275			1 275	75	55			505	150	270	2 330	4 460	52%
1992	1 265			1 265	85	70			450	130	235	2 235	4 100	55%
1993	1 190			1 190	95	80			425	115	225	2 130	4 100	52%
1994	980	160		1 140	65	85			435	115	210	2 050	4 000	51%
1995	1 140			1 140	65	85			435	115	210	2 050	4 000	51%
1996	1 110			1 110	65	85			430	110	200	2 000	3 750	53%
1997	1 003			1 003	72	75			393	96	176	1 815	3 500	52%
1998	1 000			1 000	100	70			392	105	176	1 843	3 570	52%
1999	685	182	148	1 015	100	65	286	111	397	90	176	1 843	3 576	52%
2000	670	200	148	1 018	86	65	286	140	426	72	176	1 843	3 576	52%
2001	660	205	165	1 030	66	65	286	170	456	50	176	1 843	3 576	52%
2002	660	220	177	1 057	66	65	286	200	486	50	176	1 900	3 583	53%

Source DGS

**ANNEXE 11****Occupation des postes de PH temps pleins selon les spécialités  
ou groupes de spécialités**

● <b>Au 31/12/2001</b>	Postes budgétés	Postes pourvus par un PH temps pleins*	Postes non occupés par un PH temps plein*	Occupation statutaire	Vacance statutaire 2001
Anesthésie-réanimation	5 050	4 237	813	83,9%	16,1%
Biologie	1 688	1 559	129	92,4%	7,6%
Chirurgie	4 128	3 450	678	83,6%	16,4%
Médecine	10 656	8 521	2 135	80,0%	20,0%
Odontologie	24	21	3	87,5%	12,5%
Pharmacie	1 176	1 035	141	88,0%	12,0%
Psychiatrie	4 661	3 591	1 070	77,0%	23,0%
Radiologie et imagerie médicale	1 526	1 240	286	81,3%	18,7%
<b>Total</b>	<b>28 909</b>	<b>23 654</b>	<b>5 255</b>	<b>81,8%</b>	<b>18,2%</b>

● <b>Année 1996</b>	Postes budgétés	Postes pourvus par un PH temps pleins*	Postes non occupés par un PH temps plein*	Occupation statutaire	Vacance statutaire 1996
Anesthésie-réanimation	4 715	4 023	692	85,3%	14,7%
Biologie	1 492	1 309	183	87,7%	12,3%
Chirurgie	3 162	2 577	585	81,5%	18,5%
Médecine	6 412	5 368	1 044	83,7%	16,3%
Odontologie	10	9	1	90,0%	10,0%
Pharmacie	910	808	102	88,8%	11,2%
Psychiatrie	3 618	3 010	608	83,2%	16,8%
Radiologie et imagerie médicale	1 258	939	319	74,6%	25,4%
<b>Total</b>	<b>21 577</b>	<b>18 043</b>	<b>3 534</b>	<b>83,6%</b>	<b>16,4%</b>

● <b>Année 1994</b>	Postes budgétés	Postes pourvus par un PH temps pleins*	Postes non occupés par un PH temps plein*	Occupation statutaire	Vacance statutaire 1994
Anesthésie-réanimation	4 488	3 718	770	82,8%	17,2%
Biologie	1 361	1 186	175	87,1%	12,9%
Chirurgie	3 202	2 414	788	75,4%	24,6%
Médecine	6 128	4 869	1 259	79,5%	20,5%
Odontologie					
Pharmacie	858	761	97	88,7%	11,3%
Psychiatrie	3 457	2 819	638	81,5%	18,5%
Radiologie et imagerie médicale	1 145	778	367	67,9%	32,1%
<b>Total</b>	<b>20 639</b>	<b>16 545</b>	<b>4 094</b>	<b>80,2%</b>	<b>19,8%</b>

\* PH titulaire, en période probatoire ou associé

Source DHOS

**ANNEXE 12****Densités médicales globale et hospitalière constatées et projetées par région au 1<sup>er</sup> janvier**

	densité	constatée				projetée				évolution en %	
		1985	1990	1995	2001	2005	2010	2015	2020	2001/1985	2020/2001
Alsace	globale	256	315	342	340	337	320	299	271	33	-20
	hôpital	112	115	116	113	110	105	99	90	1	-21
Aquitaine	globale	281	319	337	343	344	329	299	268	22	-22
	hôpital	72	86	83	85	85	81	74	67	19	-22
Auvergne	globale	229	259	276	289	290	287	278	264	26	-9
	hôpital	76	78	77	83	83	85	85	82	10	-2
Basse-Normandie	globale	198	232	255	267	268	263	248	228	35	-15
	hôpital	68	71	78	82	82	82	80	74	20	-10
Bourgogne	globale	206	239	264	276	280	275	259	239	34	-14
	hôpital	52	58	64	75	77	78	75	71	43	-5
Bretagne	globale	219	256	284	298	297	282	258	229	36	-23
	hôpital	77	76	83	87	87	86	82	74	14	-15
Centre	globale	205	234	254	265	262	246	221	190	29	-28
	hôpital	67	63	65	76	75	73	69	63	13	-17
Champagne-Ardenne	globale	197	228	252	267	277	276	268	258	35	-3
	hôpital	57	69	72	79	83	84	83	81	39	2
Franche-Comté	globale	214	254	268	286	296	293	282	267	34	-7
	hôpital	80	77	84	92	95	96	93	89	16	-4
Haute-Normandie	globale	208	229	250	265	266	260	248	231	28	-13
	hôpital	66	63	64	71	72	73	72	69	8	-3
Ile-de-France	globale	373	414	416	423	399	371	330	282	13	-33
	hôpital	112	119	120	132	126	121	113	102	17	-23
Languedoc-Roussillon	globale	322	353	361	365	348	315	271	227	13	-38
	hôpital	82	93	84	91	88	82	74	65	11	-29
Limousin	globale	241	274	309	324	336	339	330	312	35	-4
	hôpital	83	79	88	97	100	103	103	99	17	1
Lorraine	globale	218	259	288	294	299	294	278	256	35	-13
	hôpital	82	79	94	92	95	95	91	85	12	-8
Midi-Pyrénées	globale	291	334	358	359	353	331	294	255	23	-29
	hôpital	92	84	100	93	92	89	81	72	1	-22
Nord-Pas-de-Calais	globale	203	246	273	283	289	286	277	265	39	-6
	hôpital	59	64	72	77	80	83	83	82	30	7
PACA& Corse	globale	344	397	407	407	392	360	312	258	18	-37
	hôpital	93	104	97	98	97	92	85	76	5	-22
Pays de la Loire	globale	203	236	256	268	269	259	241	220	32	-18
	hôpital	62	63	67	73	74	73	71	67	18	-9
Picardie	globale	188	215	231	249	254	251	241	227	33	-9
	hôpital	68	65	67	76	77	78	76	72	12	-5
Poitou-Charentes	globale	214	253	272	287	290	280	261	236	34	-18
	hôpital	65	68	74	80	83	82	79	73	23	-9
Rhône-Alpes	globale	251	292	311	322	320	306	282	253	28	-22
	hôpital	84	81	93	94	93	91	87	81	12	-14
<b>France métropolitaine</b>	<b>globale</b>	<b>266</b>	<b>306</b>	<b>323</b>	<b>332</b>	<b>327</b>	<b>311</b>	<b>284</b>	<b>253</b>	<b>25</b>	<b>-24</b>
	<b>hôpital</b>	<b>83</b>	<b>86</b>	<b>89</b>	<b>95</b>	<b>94</b>	<b>92</b>	<b>87</b>	<b>80</b>	<b>15</b>	<b>-15</b>
DOM	globale	139	169	191	203	198	189	177	163	46	-20
	hôpital	29	35	40	52	51	51	49	46	78	-11
<b>France métró+ DOM</b>	<b>globale</b>	<b>263</b>	<b>303</b>	<b>320</b>	<b>329</b>	<b>323</b>	<b>307</b>	<b>281</b>	<b>250</b>	<b>25</b>	<b>-24</b>
	<b>hôpital</b>	<b>81</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>94</b>	<b>93</b>	<b>91</b>	<b>86</b>	<b>79</b>	<b>15</b>	<b>-15</b>

Source : DREES



## **ANNEXE 13**

### **Les normes imposent des contraintes techniques nouvelles pour les activités à risques**

Ces contraintes sont de deux niveaux. Elles intéressent l'espace architectural dans lequel ces activités doivent être pratiquées, l'équipement biomédical minimum. La capacité de répondre à ces contraintes, dans un délai limité, subordonne les autorisations, délivrées au sein des régions, par l'ARH.

- **L'accueil et le traitement des urgences**

Cet accueil et le traitement des urgences peuvent être assurés de deux manières, soit par un service spécialisé (SAU), soit par une antenne (UPATOU).

Dans les deux cas, les locaux doivent être distribués en trois zones : l'accueil proprement dit, la zone d'examen avec une salle et des moyens de déchoquage ainsi qu'un espace réservé à la surveillance de très courte durée comportant au moins trois à cinq boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an qu'ils s'effectuent par le service spécialisé ou l'antenne.

Pour avoir le droit d'ouvrir ou de maintenir un service d'accueil et de traitement des urgences, un établissement public de santé doit par ailleurs être capable de disposer vingt quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année, au moins de deux salles opératoires dont l'une aseptique.

Sur le plan des équipements biomédicaux, l'hôpital doit en outre bénéficier de la possibilité de pratiquer vingt quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année, les techniques d'imagerie en radiologie classique, celles qui concernent l'échographie, la scanographie et les explorations vasculaires, notamment l'angiographie. S'ajoute à cette obligation, la nécessité de posséder un laboratoire lui permettant de pratiquer vingt quatre heures sur vingt quatre les examens en biochimie, hématologie, hémobiologie, microbiologie, toxicologie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang. Les biologistes doivent être en mesure de fournir sans délai les résultats.

Les conditions techniques imposées aux établissements autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » sous forme d'une antenne, pour moins importantes, restent encore contraignantes.

Ces établissements doivent être en mesure d'assurer les examens courant d'imagerie en radiologie classique et en échographie. De même, il leur est demandé de traiter les analyses biologiques habituelles. A défaut, ils doivent être en mesure de pratiquer immédiatement et à tout moment les prélèvements nécessaires et avoir passé une convention avec un autre établissement de santé ou un laboratoire d'analyses médicales qui lui garantisse la réalisation de tous les examens vingt quatre heures sur vingt quatre et l'envoi des résultats sans délais.

- **La gynécologie obstétrique, la néonatalogie et la réanimation**

Seuls les établissements de santé pour lesquels la maternité est classée en niveau III peuvent en totalité exercer les activités de soins relatives à l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.

Pour l'unité d'obstétrique, les contraintes portent sur le nombre de lits, le secteur de naissance et varient également selon l'importance des accouchements pratiqués, le curseur se situant à 1200 naissances.

Toute unité d'obstétrique nouvellement créée comprend un minimum de quinze lits. Son organisation architecturale impose outre les locaux réservés à l'accueil des patientes vingt quatre heures sur vingt quatre, des consultations, un secteur de naissance, un secteur d'hospitalisation pour l'hébergement et les soins avant et après l'accouchement ainsi qu'un secteur affecté à l'alimentation des nouveau-nés.

Le secteur de naissances est composé de locaux obligatoires pour le pré-travail, le travail, les soins immédiats pour les nouveau-nés ainsi qu'une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale. Dans l'hypothèse où l'un de ces secteurs devait être réaménagé, tous les locaux de l'unité d'obstétrique doivent alors être implantés de manière contiguë et au même niveau dans le souci de permettre la circulation rapide des patientes, des nouveau-nés, des personnels et des matériels nécessaires.

Chaque salle de travail est organisée pour que la parturiente puisse bénéficier d'une surveillance clinique et para clinique depuis le déroulement du travail jusqu'à la délivrance.

Les soins du nouveau-né sont organisés dans une salle spécialement prévue à cet effet. Elle doit être dotée de dispositifs médicaux permettant la réanimation d'au moins deux enfants à la fois.

Si l'activité de l'unité d'obstétrique est inférieure à 1200 accouchements, la salle d'intervention peut ne pas être située dans le secteur de naissance. Mais il faut qu'elle soit incluse dans un bloc opératoire avec un accès rapide au secteur de naissance.

Au-delà de 1200 accouchements, la salle d'intervention et celle de surveillance post-interventionnelles doivent se trouver au sein du secteur de naissances ou être contiguë à celui-ci.

L'unité de néonatalogie comporte au moins six lits<sup>2</sup>. Elle en contient au moins 12 dans l'hypothèse où l'unité intègre des lits de soins intensifs.

L'unité de réanimation néonatale comprend un minimum de six lits de réanimation. Cette unité est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique. Dans l'hypothèse d'une reconstruction, les locaux qui composent cette unité sont alors obligatoirement implantés dans le même bâtiment à proximité immédiate du secteur de naissance de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie. Toute unité de réanimation néonatale doit comporter trois zones : une pièce pour l'accueil des parents, un secteur de surveillance et de soins de réanimation avec un emplacement réservé à la préparation médicale des nouveau-nés avant leur transfert et une salle pour l'alimentation des nouveau-nés.

- **La réanimation**

L'unité de réanimation contient au minimum 8 lits<sup>3</sup>. L'autorisation d'ouvrir ces lits ne peut être accordée que si, entre autre, l'établissement dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie.

---

<sup>2</sup> La capacité minimale de six lits peut être réduite à 4 exceptionnellement (Article D.712-91).

L'unité de réanimation doit comporter trois zones : un accueil pour filtrer les flux entrants de malades, de visiteurs, de personnels et de matériels, un espace pour l'hospitalisation, un secteur réservé au nettoyage, au rangement et à la décontamination du matériel.

L'unité de réanimation médicale ne peut être autorisée que si elle répond à certaines conditions vingt quatre heures sur vingt quatre : posséder des équipements mobiles afin de réaliser dans les chambres des examens de radiologie conventionnelle, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive pour les patients qui en ont besoin, disposer d'un secteur opératoire organisé de telle manière que l'unité puisse disposer au moins d'une salle aseptique ainsi que des moyens techniques permettant de pratiquer les examens en scanographie, angiographie et imagerie par résonance magnétique.

Il existe certaines spécificités particulières pour les soins intensifs de cardiologie.

L'unité de soins intensifs de cardiologie ne peut fonctionner que si l'établissement exerce des activités de cardiologie.

Le plateau technique de cardiologie doit répondre à certaines nécessités.

Sur place, l'établissement doit disposer des moyens techniques lui permettant de pratiquer les examens de radiologie conventionnelle, un écho doppler avec mode M et sonde transoesophagienne. Dans les mêmes conditions ou par convention avec un autre établissement, il doit pouvoir faire bénéficier aux patients reçus des moyens techniques leur assurant les scintigraphies nécessaires à leur état, les examens en scanographie et en imagerie par résonance magnétique et des angiographies pulmonaires et vasculaires.

Enfin, les patients de l'unité de soins intensifs cardiologiques doivent avoir accès vingt quatre heures sur vingt quatre au sein de l'établissement ou en dehors de celui-ci par voie de convention, à une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle.

---

<sup>3</sup> Cette capacité peut être fixée à six lits sous conditions appréciées par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

**ANNEXE 14**

**Exemples de contrat d'intérim médical en CHG**

## **ANNEXE 15**

### **Calculs de l'évolution du coût des gardes par le CHG de Longjumeau**

**ANNEXE 16****Données relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers****ÉVOLUTION DES EFFECTIFS ET HONORAIRES DES MÉDECINS Hospitaliers Temps Plein**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000*	2001	TCAM 90-01	Evol. 00-01
<b>Effectifs</b>										
Secteur 1	1 946	2 549	2 673	2 719	2 821	2 890	2 820	2 717	+3,1%	-3,7%
Autres**	1 803	1 807	1 778	1 792	1 764	1 734	1 653	1 609	-1,0%	-2,7%
Total	3 749	4 356	4 451	4 511	4 585	4 624	4 473	4 326	+1,3%	-3,3%
<b>Honoraires totaux (en milliers d'€)</b>										
Secteur 1	72 083	105 001	114 290	116 650	122 192	123 833	128 981	129 246	+5,5%	+0,2%
Autres**	77 716	87 634	89 911	92 232	92 274	89 856	89 164	92 958	+1,6%	+4,3%
Total	149 799	192 635	204 200	208 882	214 466	213 689	218 145	222 204	+3,6%	+1,9%
<b>Honoraires moyens (en €)</b>										
Secteur 1	37 042	41 193	42 757	42 902	43 315	42 849	45 738	47 569	+2,3%	+4,0%
Autres**	43 104	48 497	50 568	51 469	52 310	51 820	53 941	57 774	+2,7%	+7,1%
Total	39 957	44 223	45 877	46 305	46 776	46 213	48 769	51 365	+2,3%	+5,3%

\* En 2000, les régimes des Militaires et du Port Autonome de Bordeaux ont été intégrés au SNIR

\*\* Secteur 2, droit au dépassement permanent, non conventionnés.

Source : CNAMTS / SNIR-PS

**RÉPARTITION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS HOSPITALIERS À  
TEMPS PLEIN  
PAR SECTEUR CONVENTIONNEL EN 2001**

	Secteur 1		Secteur 2 + DP		Non	Total	Proportion HTP / Total méd. libéraux
	Effectif	%	Effectif	%	Conv.	HTP	
Généralistes	19	0,7%	2	0,1%	0	21	0,0%
MEP	8	0,3%	6	0,4%	0	14	0,2%
<b>Total omnipraticiens</b>	<b>27</b>	<b>1,0%</b>	<b>8</b>	<b>0,5%</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>0,1%</b>
Anesthésie	138	5,1%	16	1,0%	0	154	4,7%
Cardiologie	316	11,6%	67	4,2%	0	383	9,6%
Chirurgie	418	15,4%	339	21,1%	1	758	22,2%
Dermato-vénérologie	8	0,3%	38	2,4%	0	46	1,4%
Radiologie	438	16,1%	26	1,6%	0	464	8,9%
Gynéco-obstétrique	334	12,3%	277	17,2%	0	611	10,8%
Appareil digestif	138	5,1%	43	2,7%	0	181	8,6%
Médecine interne	81	3,0%	101	6,3%	0	182	29,1%
Neuro-chirurgie	11	0,4%	44	2,7%	0	55	41,0%
O.R.L.	55	2,0%	94	5,9%	0	149	6,4%
Pédiatrie	80	2,9%	35	2,2%	0	115	4,0%
Pneumologie	88	3,2%	23	1,4%	0	111	9,9%
Rhumatologie	20	0,7%	39	2,4%	1	60	3,2%
Ophtalmologie	32	1,2%	96	6,0%	0	128	2,8%
Urologie	27	1,0%	48	3,0%	0	75	16,1%
Neuro-psychiatrie	17	0,6%	23	1,4%	0	40	7,7%
Stomatologie	12	0,4%	23	1,4%	0	35	2,9%
R.R.F	20	0,7%	7	0,4%	0	27	4,4%
Neurologie	71	2,6%	24	1,5%	0	95	12,6%
Psychiatrie	138	5,1%	43	2,7%	0	181	3,0%
Néphrologie	51	1,9%	8	0,5%	0	59	21,3%
Anapath.	21	0,8%	2	0,1%	0	23	3,2%
Chirur. Orthopédique	155	5,7%	157	9,8%	0	312	19,8%
Endocrinologie	21	0,8%	25	1,6%	1	47	6,6%
<b>Total spécialistes</b>	<b>2 690</b>	<b>99,0%</b>	<b>1 598</b>	<b>99,5%</b>	<b>3</b>	<b>4 291</b>	<b>8,1%</b>
<b>Total Médecins</b>	<b>2 717</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 606</b>	<b>100,0%</b>	<b>3</b>	<b>4 326</b>	<b>3,8%</b>

