

***Rapport demandé par Madame Roselyne Bachelot Narquin,
Ministre de la santé et des sports.***

***MISSION CONCERNANT LA PROMOTION ET LA MODERNISATION
DES RECRUTEMENTS MEDICAUX A L'HOPITAL PUBLIC.***

***Rédigé par Elie Aboud, François Aubart,
Alain Jacob, Bruno Mangola et Didier Thévenin.***

23 juillet 2009



Ministère de la Santé et des Sports

La Ministre

Paris, le 2 Mars 2009

CAB/JPS/DD/Me-D-09-472

Monsieur le député,
Messieurs les docteurs,

La modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital constitue un objectif du projet de loi portant la réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires qui a été discuté à l'Assemblée nationale.

Ce projet de loi prévoit la possibilité pour les établissements publics de santé de recruter, sous conditions, des médecins, des pharmaciens et des odontologistes sur un nouveau type de contrat. Ouverts notamment aux praticiens hospitaliers, ces contrats de « cliniciens hospitaliers » seront destinés à renforcer l'attractivité médicale pour l'hôpital public et à offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens. Cet objectif reposera sur une démarche de gestion prévisionnelle des emplois médicaux tenant compte des évolutions démographiques régionales ainsi que des difficultés particulières de recrutement dans certains territoires et dans certaines spécialités. Le cadre proposé devra tenir compte de plusieurs impératifs, au premier rang desquels la préservation de l'indépendance du praticien et de la qualité de sa pratique.

Ce nouveau cadre d'emploi se caractérise par son mode de rémunération qui, outre une part déterminée, comporte des éléments variables en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. Le projet de loi prévoit que le nombre des emplois pouvant, au sein d'un même établissement, donner lieu à ce type de recrutement ainsi que les spécialités concernées seront fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Un suivi des carrières et des contrats devra être effectué par le centre national de gestion, afin de sécuriser les parcours professionnels des praticiens concernés et garantir l'application homogène des dispositions.

Afin de préciser les conditions de mise en œuvre de ce dispositif innovant, je souhaite vous confier une mission opérationnelle concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public. Vous recueillerez, à cet effet, les avis et propositions des professionnels et institutions concernés et me ferez le bilan des expériences, travaux et rapports sur ce thème.

Vos propositions devront notamment permettre d'éclairer certains points clés du futur dispositif :

- améliorer l'attractivité des emplois médicaux, notamment dans les spécialités et établissements confrontés à des difficultés majeures de recrutement ;
- offrir de nouveaux modes et de nouvelles perspectives de rémunération aux praticiens en fonction de leur engagement au service de l'hôpital ;

14 avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP
www.sante.gouv.fr

- réfléchir à une modularité de leur carrière permettant d'adapter dans un cadre contractuel pluriannuel les objectifs personnels des praticiens à leur exercice hospitalier.

Il conviendra, enfin, de garantir des conditions justes d'accès et de rémunération aux praticiens intéressés par ces nouveaux contrats et, plus généralement, d'assurer toute la transparence nécessaire sur ce nouveau dispositif.

Vous bénéficierez pour cette mission de l'appui du centre national de gestion (CNG) et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des Soins (DHOS). Compte tenu de la nécessité de mettre rapidement en œuvre ce nouveau dispositif, je vous remercie de rendre vos premières conclusions d'ici la fin du mois d'avril 2009.

Je vous prie d'agréer, docteur, l'expression de mes salutations distinguées *et les meilleures*.


Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Monsieur Elie ABOUD
Député de l'Hérault
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75355 PARIS 07 SP

Docteur François AUBART
Président
Coordination Médicale Hospitalière
Centre hospitalier Simone Veil
28, rue du Docteur Roux
95600 FAURONNE

Docteur Alain JACOB
Centre hospitalier Sud francilien
59 boulevard Henri Dunant
91106 CORBEIL-ESSONNES Cedex

Docteur Bruno MANGOLA
Centre hospitalier de Macon
Boulevard Louis Escande
71018 MACON Cedex

Docteur Didier THEVENIN
Chef du service réanimation polyvalente
Centre hospitalier Dr Schaffner
99, route de la Bassée
BP 8
62307 LENS Cedex

*14 avenue Duquesne 75355 Paris 07 SP
01 47 36 20 00*

2

SOMMAIRE

Lettre de mission.....	2
Préambule.....	7
Exercice médical hospitalier ou libéral : les conditions d'un nouveau déterminisme.....	8
L'illisibilité du temps médical et du temps de travail.....	9
Les rémunérations médicales à l'hôpital.....	13
Pourquoi le changement est urgent et nécessaire ?	16
Dix propositions pour la promotion des recrutements médicaux à l'hôpital	18
1 – Pour la mission, la promotion des recrutements est à initier dès le deuxième cycle des études médicales et à concrétiser dès le troisième.....	19
2 - Une politique promotionnelle et contractuelle tournée vers les chefs de clinique assistants mérite d'être engagée.....	19
3 - L'équipe hospitalière base de l'identité hospitalière.....	20
4 - Modularité de la carrière et autonomie.....	21
5 - Constituer des équipes de grande taille.....	22
6 - Refonder les règles d'organisation du travail à l'hôpital.....	22
7 – Moderniser les modes de rémunérations médicales à l'hôpital	24
8 - Développer une gestion prévisionnelle des emplois et compétences.....	25
9 - La performance à l'hôpital, ni culte ni tabou.....	27
10 - Etablir des conditions de travail renouvelées dont un libre choix volontaire.....	29
de la base de la quotité de travail	
Quelle déclinaison pour le clinicien et le praticien hospitalier ?.....	30
Conclusions.....	35
Personnalités auditionnées.....	36
Documents consultés.....	39

« Approfondir ce qui se joue dans les failles, les défauts, les défaillances, les deuils de la perfection, les catastrophes évitées de justesse, les lapsus, les contresens. »

François Laplantine (Réflexion sur l'imperfection)

Hier, il y avait bien peu de contraintes financières ; il n'y avait pas d'organisation ni de schémas régionaux ; il n'y avait pas de projets d'établissement; il n'y avait pas de crise démographique; le nombre des spécialités médicales était relativement limité ; il n'y avait ni évaluation ni certification ; on ne comptait pas son temps.

Aujourd'hui l'action des médecins et des pharmaciens des hôpitaux s'inscrit dans un environnement territorial et régional formalisé.

Il existe de fortes contraintes sanitaires, démographiques et économiques durables. L'évaluation et la formation continue se développent de façon organisées. Les maladies chroniques et le vieillissement comme les biotechnologies supposent un rôle renouvelé de l'hôpital.

Ce constat, partagé par le plus grand nombre, impose le mouvement. Pérenniser le statut quo c'est priver l'hôpital du niveau d'excellence de ses recrutements médicaux que justifie ses missions.

Préambule

Les rédacteurs de ce rapport sont tous praticiens hospitaliers expérimentés. Ils disposent d'une expérience clinique professionnelle large. Ils sont fortement impliqués dans les responsabilités institutionnelles et le dialogue social. Ils ont, au cours des auditions de la mission, entendu tous ceux qui, quelle que soit leur expérience, contribuent au fonctionnement quotidien de l'hôpital public. Les rédacteurs ont rassemblé, comme la lettre de mission le leur demandait, des analyses, des préconisations et des réserves, ainsi que de nombreux rapports sur ce thème.

De cette écoute et de cette expérience, la mission a retenu que le sujet de la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public constitue à la fois l'enjeu essentiel et le lieu de plus grande fragilité du projet hospitalier au service des malades.

Si les solutions à la crise d'attractivité et la crise identitaire, mise en avant dans ce rapport sont en partie techniques, la mission considère que le basculement en cours du contrat social à l'hôpital impose une action politique formalisée forte, rapide et visible pour renouveler les conditions d'attractivité médicale à l'hôpital.

***Exercice médical hospitalier ou libéral :
Les conditions d'un nouveau déterminisme.***

Jusque dans les années 80, quatre sur cinq des chefs de clinique et assistants formés dans les universités médicales françaises choisissaient l'exercice hospitalier. Cette proportion s'est progressivement renversée. Actuellement, une large majorité des chefs de clinique choisissent un exercice libéral. «*Le clinicat prépare à l'exercice médical en ville* » telle est l'affirmation que la mission a entendue lors d'une de ses auditions.

Comment en est-on arrivé là ?

Quels manquements dans les liens de découverte, de compagnonnage et de motivation se sont modifiés dans la vie hospitalière des étudiants de 2^{ième} et 3^{ième} cycle ? Quelles ruptures dans les perspectives de carrière, dans la constitution d'un projet individuel et collectif, se sont-elles produites ?

Quelle est la part de la déstructuration du rapport au travail des hospitaliers, introduite par la réduction du temps de travail ?

Quels déterminants réels ou supposés dans les profils de carrière en ville comme à l'hôpital ont provoqué cette bascule délétère pour la qualité et l'équilibre du système de santé aujourd'hui et demain ?

La mission s'est attachée à répondre à ces questions et à formuler sur la base de cette analyse un ensemble de propositions cohérentes.

L'augmentation inéluctable et significative des prises en charge des patients atteints de maladies chroniques et liées aux pathologies de vieillissement justifient en soi une nouvelle organisation territoriale rapprochant la médecine hospitalière et la médecine de ville. Pour autant, parce que l'essentiel des missions de service public repose et reposera sur l'hôpital, la pérennité du système nécessite que les mieux formés d'une nouvelle génération choisissent, l'exercice hospitalier.

Parce qu'il s'agit d'un enjeu essentiel pour l'équilibre de notre système de santé, la mission souhaite que l'un des indicateurs de réussite ou d'échec des mesures mises en œuvre, porte sur le suivi de la proportion des chefs de clinique assistants optant pour un exercice hospitalier.

L'illisibilité du temps médical et du temps de travail disponible à l'hôpital public :

« A-t-on le nombre de professionnels médicaux suffisant ? Pour quelle organisation ? ».

En 1984, le corps des praticiens hospitaliers était constitué de 16.000 praticiens temps plein (PH). Le nombre de praticiens hospitaliers a atteint 22.738 en 2002 et 34.068 en 2009, soit une augmentation de 49,8% sur les sept dernières années. Dans le même temps, le nombre des praticiens des hôpitaux, temps partiel, est passé de 5.840 en 2002 à 5.676 en 2009 soit une diminution de 2,81% (source CNG).

Trois causes essentielles ont conduit au développement considérable du nombre de poste de praticien hospitalier :

✚ La réduction du temps de travail et la mise en œuvre de la directive 93/104 sur l'intégration des gardes dans le temps de travail : mise en place dans la précipitation au moment même où les capacités de formation étaient réduites par l'impact du *numerus clausus*, la RTT s'est accompagnée, au départ, de la création de 3000 postes médicaux. Mais ces créations n'ont pas été suffisantes. Au 15 septembre 2008, après paiement de 562 194 jours de RTT (accord du 15 janvier 2008) il restait 1.118.093 jours épargnés sur les comptes épargne des praticiens (source CNG).

✚ L'émergence de certaines spécialités:
Depuis la création du statut de praticien hospitalier, deux spécialités médicales majeures ont émergé : la médecine d'urgence et la médecine gériatrique. Pour ces deux seules spécialités qui n'existaient pas en 1984, le corps des praticiens hospitaliers comptait en 2008, 2713 médecins urgentistes et 1408 médecins gériatres (source CNG).

✚ Les variations considérables des flux des internes :
Avec un *numerus clausus* à 3500 au début des années 2000, le nombre des internes avait été diminué par 2 par rapport à ce qu'il était dix ans auparavant. Pour palier cette insuffisance de « juniors » dans les années 90, les hôpitaux ont recruté des médecins à diplôme étranger. Ceux-ci, faisant d'abord fonction d'internes, sont ensuite, pour beaucoup, devenus praticiens adjoints contractuels (PAC). L'essentiel des 7500 praticiens adjoints contractuels ont été ensuite intégrés par transformation de leur poste dans le corps des praticiens hospitaliers.

En 2009, suivant l'élévation régulière du *numerus clausus*, le nombre des internes atteint 5700. En 2006, il y avait 15 767 internes en exercice. Cette croissance doit se poursuivre dans les huit années à venir avec un coût salarial correspondant évalué à 166 millions d'euros en 2010/2011 pour atteindre 368 millions d'euros en 2015/2016.

Ce regard croisé sur la démographie des médecins hospitaliers depuis 20 ans ne permet pas de répondre aux deux questions centrales entendues pendant les auditions :

« A-t-on le nombre de professionnels médicaux suffisant ? Pour quelle organisation ? ».

Le constat est qu'aujourd'hui il existe, outre une crise identitaire, une crise qualitative et parfois quantitative des recrutements médicaux.

Quantitativement l'état de vacance des postes de praticiens hospitaliers a fait l'objet d'une étude exhaustive du CNG, rendue publique dans son rapport d'activité de 2008 :

(Tableau des emplois médicaux France entière par spécialité pour les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel - SIGMED au 01/01/09)

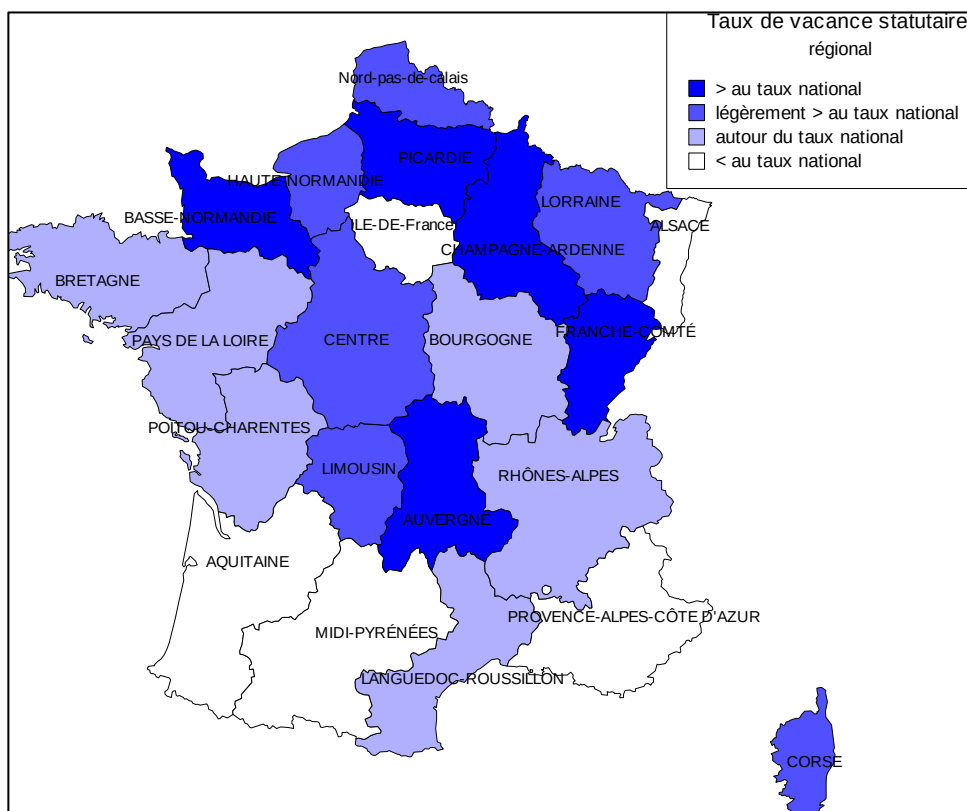
		PH Temps plein			PH Temps partiels		
		Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire (1)	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire (1)
Biologie	BIOLOGIE	1 963	1 765	10,1%	279	197	29,4%
Chirurgie	chirurgie générale	398	324	18,6%	30	14	53,3%
	chirurgie infantile	170	146	14,1%	23	22	4,3%
	chirurgie maxillo-faciale	48	39	18,8%	20	17	15,0%
	chirurgie orthopédique et traumatologique	1 024	818	20,1%	76	50	34,2%
	chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	41	30	26,8%	22	17	22,7%
	chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	148	123	16,9%	14	10	28,6%
	chirurgie urologique	293	214	27,0%	62	38	38,7%
	chirurgie vasculaire	144	110	23,6%	18	12	33,3%
	chirurgie viscérale et digestive	807	676	16,2%	63	42	33,3%
	gynécologie et obstétrique	1 722	1 360	21,0%	394	268	32,0%
	neurochirurgie	158	131	17,1%	3	1	66,7%
	ophtalmologie	299	228	23,7%	268	195	27,2%
	oto-rhino-laryngologie	345	292	15,4%	336	269	19,9%
	stomatologie	37	34	8,1%	111	90	18,9%
	CHIRURGIE	5 634	4 525	19,7%	1 440	1 045	27,4%
Médecine	anatomie et cytologie pathologiques	317	263	17,0%	82	64	22,0%
	anesthésie-réanimation	5 718	4 535	20,7%	245	117	52,2%
	cardiologie et maladies vasculaires	1 395	1 081	22,5%	417	308	26,1%
	dermatologie et vénéréologie	145	127	12,4%	81	61	24,7%
	endocrinologie et métabolisme	353	293	17,0%	85	71	16,5%
	explorations fonctionnelles	60	53	11,7%	24	17	29,2%
	gastro-entérologie et hépatologie	886	739	16,6%	177	135	23,7%
	génétique médicale	76	57	25,0%	7	4	42,9%

Médecine	gériatrie	1 834	1 396	23,9%	517	255	50,7%
	hématologie clinique	245	210	14,3%	12	9	25,0%
	hémobiologie transfusion	246	212	13,8%	10	9	10,0%
	hygiène hospitalière	188	155	17,6%	42	23	45,2%
	immunologie clinique	12	10	16,7%	5	5	0,0%
	maladies infectieuses, maladies tropicales	139	118	15,1%	15	8	46,7%
	médecine de la reproduction et gynécologie médicale	20	16	20,0%	17	15	11,8%
	médecine d'urgence	3 645	2 902	20,4%	516	337	34,7%
	médecine du travail	54	37	31,5%	4	4	0,0%
	médecine générale	2 564	2 014	21,5%	991	572	42,3%
	médecine interne	702	604	14,0%	54	41	24,1%
	médecine légale	51	39	23,5%	11	8	27,3%
	médecine physique et de réadaptation	443	346	21,9%	96	59	38,5%
	néphrologie	566	454	19,8%	46	35	23,9%
	neurologie	733	580	20,9%	128	91	28,9%
	oncologie médicale	278	185	33,5%	36	13	63,9%
	pédiatrie	2 111	1 692	19,8%	519	370	28,7%
	pharmacologie clinique et toxicologie	28	24	14,3%	0	0	---
	pneumologie	858	708	17,5%	177	142	19,8%
	oncologie - radiothérapie	172	124	27,9%	14	12	14,3%
	réanimation médicale	593	446	24,8%	5	5	0,0%
	rhumatologie	249	212	14,9%	85	71	16,5%
	santé publique	568	437	23,1%	106	36	66,0%
	Spécialité non signalée	2	0	100,0%	4	0	100,0%
	MEDECINE	25 251	20 069	20,5%	4 528	2 897	36,0%
Odontologie	ODONTOLOGIE	72	56	22,2%	128	96	25,0%
Pharmacie	PHARMACIE HOSPITALIERE	1 817	1 672	8,0%	471	247	47,6%
Psychiatrie	PSYCHIATRIE POLYVALENTE	5 912	4 410	25,4%	1 360	798	41,3%
Radiologie et imagerie médicale	médecine nucléaire	166	130	21,7%	19	7	63,2%
	radiologie	1 849	1 208	34,7%	458	267	41,7%
	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE	2 015	1 338	33,6%	477	274	42,6%
France Entière		42 664	33 835	20,7%	8 683	5 554	36,0%

Au-delà des chiffres globaux, il existe des disparités importantes selon les établissements, les spécialités, les régions :

Les travaux du CNG soulignent que ce taux est variable selon les régions et selon les spécialités. Ainsi, des taux de vacance statutaire très supérieurs au taux national sont enregistrés pour la Basse Normandie (31,8%), la Picardie (29,8%), la Champagne Ardenne (29%) et la Franche Comté (27,4 %). La Guyane connaît, elle, un taux de vacance statutaire de 44%.

(Taux de vacance statutaire des Ph temps plein)



Souvent ces vacances font peser une charge réelle ou ressentie sur les praticiens restants. Parfois même le mercenariat vient un peu plus gangréner les organisations avec le recours à des praticiens sans attaches et sans évaluation des pratiques. Le problème de la sécurisation des soins et des prises en charge est parfois posé.

Le CNG rappelle que « ces données sont à utiliser avec précaution. C'est une photographie à un moment donné : *« le nombre de postes vacants varie de façon importante selon le moment où la statistique est produite »*. Pour autant, depuis bientôt vingt ans, le pourcentage de vacance de poste a subi un inexorable accroissement.

L'analyse des disparités ajoute à la complexité :

- Par discipline, c'est l'imagerie médicale (33,6%) et la psychiatrie (25,4%) qui disposent du taux de vacance statutaire instantané le plus élevé. Mais à l'intérieur même des disciplines, les taux de vacance varient du simple au double entre spécialités, surtout celles en concurrence avec une activité très attractive dans le secteur privé.
- S'agissant des errances sur la distribution des spécialités médicales, il suffit de rappeler que 2/3 des chirurgiens français travaillent en libéral alors que 2/3 des anesthésistes réanimateurs travaillent à l'hôpital (source DREES)
- Aujourd'hui 38,5% des praticiens hospitaliers sont des femmes, elles seront 50% en 2020 (source ONPDS).

Quant aux projections démographiques, la DREES a fait en février 2009 de nouvelles projections à l'horizon de 2030. « Dans le scénario tendanciel malgré un fort relèvement du *numerus clausus* jusqu'à 8000 en 2011 le nombre des médecins ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030 ! La baisse des effectifs serait moins

marquée pour les généralistes que pour les spécialistes mais les évolutions seraient très contrastées d'une spécialité à l'autre. »

Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel							
	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Evolution (en %) de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 habitants
Alsace	6 101	5 802	333	280	-4,9	13,2	-16,0
Antilles-Guyane	2 337	2 782	219	196	19,0	32,8	-10,3
Aquitaine	10 694	12 139	343	339	13,5	14,8	-1,2
Auvergne	3 921	4 320	294	325	10,2	-0,5	10,8
Basse Normandie	4 000	4 569	275	309	14,2	1,8	12,2
Bourgogne	4 565	4 070	280	252	-10,9	-0,9	-10,0
Bretagne	9 258	11 586	300	333	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	6 160	264	232	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 737	281	297	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	668	326	212	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 971	292	334	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 916	268	266	1,2	2,0	-0,7
Ile-de-France	46 144	37 132	402	299	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	8 274	354	248	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 415	332	327	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	7 303	292	322	6,9	-3,0	10,2
Midi-pyrénées	9 668	9 132	348	272	-5,5	20,6	-21,7
Nord-Pas-de-Calais	11 770	11 651	291	287	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	11 408	273	287	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	6 296	291	336	26,0	8,9	15,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 286	16 821	400	298	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 573	262	249	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	21 448	326	307	8,9	15,6	-5,8
Ensemble	206 514	203 953	327	292	-1,2	10,5	-10,6

Les rémunérations médicales à l'hôpital

Par lettre du 28 février 2008, la Ministre de la Santé a lancé une mission de l'IGAS sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. L'IGAS a constaté que « dans l'exercice privé libéral, il existe de fortes disparités de rémunérations (honoraires et revenus) inter et intra disciplinaire qui reflètent d'abord une tarification des actes plus favorable aux spécialités médico-techniques qu'aux spécialités

cliniques mais sont aussi le résultat de l'impact des dépassements d'honoraires sur les rémunérations ».

A titre d'exemple, en 2007, les honoraires moyens annuels s'établissaient de 79 168 euros pour la neuropsychiatrie à 686 913 euros pour la radiothérapie. Par ailleurs, l'IGAS note des différences de 1 à 4 entre les spécialités à dominante technique qui perçoivent des honoraires largement supérieurs aux spécialités à dominante clinique.

Le deuxième constat porte sur la nature même de la rémunération à l'acte. L'IGAS souligne *« que les dispositifs de rémunération à l'acte ne prennent que très peu en compte les exigences de qualité. Il existe cependant quelques exceptions à cette situation en particulier par la création de cahiers des charges quant à la qualité par exemple des examens de mammographie de dépistage ».*

A l'hôpital, le rapport de la cours des comptes de mai 2006 indiquait que *« du fait de la faiblesse des systèmes d'information, il n'est pas possible de déterminer avec précision les parts des hausses et des dépenses attribuables à la croissance des effectifs et celles imputables aux augmentations salariales et aux valorisations indemnitaires ».* Dans ce contexte, l'IGAS écrit que *« dans les établissements publics de santé, les disparités de rémunération sont également très importantes, combinant plusieurs éléments, les différences de statuts, les activités de permanence de soins, l'exercice libéral, les rémunérations complémentaires liées à la recherche ou les expertises ».* Les écarts de rémunération vont couramment de 1 à 5 dans les centres hospitaliers et de 1 à 10 dans les CHU, conclue l'IGAS qui ajoute *« les systèmes de rémunération publics et privés ne prennent que faiblement en compte les enjeux de long terme que constituent l'évolution de la démographie médicale, le décroisement du système de santé entre l'hôpital et la médecine de ville et l'équilibre entre concurrence et complémentarité dans les relations liant l'établissement public et privé ».*

L'IGAS ajoute que *« l'augmentation des indemnités liées à la permanence de soins dans les établissements de santé a cru de 43% entre 2002 et 2005 ».* Le CNG dans un rapport de 2008 souligne l'importance de la part indemnitaire qui dépasse 30% dans de nombreuses situations. Pour autant aucun lien explicite avec l'activité n'est clairement corrélé.

Enfin l'IGAS évoque l'expérience britannique du nouveau contrat de consultant hospitalier. Le contrat vise à une meilleure cohérence des plans de travail avec des objectifs d'organisation des services médicaux. L'implication personnelle des médecins en dehors des horaires normaux de travail est reconnue et l'intégralité de l'activité professionnelle du consultant est prise en compte.

De son côté la MEAH a mis en exergue la faiblesse des systèmes de gestion et de pilotage du temps de travail médical ; multiplicité des activités et absence de décompte du temps de travail des médecins ; pénurie de compétence et risque de perte de droits ouverts par la nouvelle réglementation ou d'une partie de la rémunération.

Depuis 2006 le statut de praticien hospitalier s'est lui ouvert à la possibilité contractuelle d'une rémunération complémentaire sur des critères quantitatifs

d'activité et des critères qualitatifs. Ouverte, dans un premier temps, aux chirurgiens cette part complémentaire variable (PCV) peine à se développer du fait d'un encadrement réglementaire complexe. La PCV constitue cependant une première approche pour encourager le lien entre une prise en compte de la qualité et de l'activité et la rémunération.

Des expériences innovantes en vue d'améliorer l'attractivité des carrières médicales ont été proposées (Rapport Guy Vallancien, Philippe Cuq, François Aubart sur la rémunération des chirurgiens proposant un contrat d'exercice global) ou dans les centres de lutte contre le cancer. Dans ces centres sont associés une rémunération de base forfaitaire et un régime individuel et collectif par le biais d'une enveloppe d'équipe. Dans l'établissement Arnault Tzanck (PSPH) le secteur de cardiologie médico-chirurgicale a opté pour une rémunération associant une grille hospitalière majorée de 30% et une prime plafonnée fonction sur les actes effectivement encaissés.

Dans le prolongement de ces travaux et des propositions recueillies lors des auditions, la mission considère que le nécessaire ajustement des ressources aux activités médicales suppose un lien formel nouveau entre le temps de travail, le planning des activités et les rémunérations.

La mission attire l'attention sur la nécessaire et urgente reconnaissance de l'activité clinique. En effet, l'utilisation exclusive de la CCAM technique pour identifier l'activité hospitalière provoque à juste titre réserves voire dénigrement de la part des cliniciens n'effectuant que peu ou pas d'activités techniques comme la gériatrie par exemple. La CCAM clinique a pourtant fait l'objet d'études techniques avancées mais s'est heurté à un refus de mise en œuvre conventionnelle.

La mission recommande une étude de faisabilité et d'impact à la mise en œuvre sur le secteur hospitalier de la CCAM clinique.

Pourquoi le changement est urgent et nécessaire ?

L'ordonnance de 1958 a fondé les CHU et marqué l'histoire de la médecine française. Il faudra attendre la loi hospitalière de 1970 pour voir essaimer cet élan fondateur dans ce qu'étaient à l'époque les centres hospitaliers généraux. Cette loi a provoqué une forte attractivité médicale vers les centres hospitaliers essentiellement pour des fonctions de chef de service.

Les statuts alors disponibles pour accéder à la carrière hospitalière non universitaire étaient au nombre de deux : celui, valorisant, de chefs de service et celui d'assistants adjoints. Les postes de chefs de service une fois pourvus, les nouveaux arrivants n'ont plus disposé que du « statut d'adjoint assistant » peu attractif. Les carrières proposées dans ce cadre étaient alors perçues comme des culs de sac sans possibilité de promotion en termes de responsabilité. Si on ajoute à cela que les procédures de nomination aux statuts de chefs de service et d'adjoints étaient souvent opaques on comprend que, dans le contexte de l'époque, l'attente de changement était forte.

La création du statut de praticien hospitalier a eu lieu en 1984. En créant le statut unique de praticien hospitalier il s'agissait d'apporter un élément de collégialité et un outil de transparence. La création d'un statut unique dissociant le grade et la fonction est apparue comme l'outil emblématique pour valoriser la carrière médicale à l'hôpital pour le plus grand nombre. Le choix d'un concours d'entrée anonyme a été porteur de transparence. Il a créé un cadre professionnel égalitaire apportant une offre sécurisée et protectrice. Ce statut de 1984 a permis une médicalisation accélérée dans les hôpitaux, fleurons des politiques municipales.

Dans les années qui ont suivi, les quelques éléments statutaires visant à reconnaître l'engagement et l'initiative individuelle ont été gommés. En particulier, les accélérations de carrière ont été supprimées. Par la suite, de nombreuses réformes du statut ont modifié la carrière au profit tantôt des plus jeunes tantôt des plus anciens. A la fin du XXème siècle, la réduction du temps de travail (RTT) puis l'intégration du temps de garde dans le temps de travail (directive 93/104) ont constitué autant de chocs et d'impacts statutaires qui ont achevé de déstabiliser le système.

Toute cette période a été marquée par une quête récurrente des praticiens pour chercher à diversifier le statut. Ainsi la gestion horaire du temps de travail, celle des plages additionnelles, l'activité libérale, les activités d'intérêt général, la participation à la permanence des soins et plus récemment la part variable complémentaire ont constitué une somme d'opportunités.

Aujourd'hui, force est de constater que le statut a connu un inexorable déclin en terme d'attractivité quantitative et surtout qualitative. Force est de constater que le fossé n'a cessé de se creuser entre les besoins et les attentes des hôpitaux et des malades et la distribution des praticiens.

Mais l'analyse et le bilan du statut de 1984 seraient inexacts et surtout partisans si on ne rappelait pas les éléments du contexte de l'époque et ceux qui prévalent aujourd'hui.

En 1984 dans les hôpitaux, il y avait bien peu de contraintes financières ; il n'y avait pas d'organisation ni de schémas régionaux ; il n'y avait pas de projets d'établissement; il n'y avait pas de crise démographique; le nombre des spécialités médicales était relativement limité ; il n'y avait ni évaluation ni certification. Aujourd'hui l'action des praticiens s'inscrit dans un environnement territorial et régional formalisé, dans des schémas régionaux opposables et une politique contractuelle entre ARH et hôpitaux. Il existe de fortes contraintes démographiques, sanitaires et économiques durables. L'évaluation et la formation continue se développent de façons organisées ; les maladies chroniques et le vieillissement supposent un rôle renouvelé de l'hôpital.

Ce constat, partagé par le plus grand nombre, impose le mouvement. Pérenniser cette situation c'est priver l'hôpital du niveau d'excellence de ses recrutements médicaux que justifie ses missions. Au terme des auditions et de la compilation des travaux et rapports réalisés sur ce thème c'est une préoccupation d'action et de cohérence que la mission souhaite privilégier.

Le sujet de l'attractivité médicale à l'hôpital est intimement lié à celui de l'attractivité de l'hôpital en général. C'est fort de ce constat que la mission a travaillé avec l'objectif de concrétiser de nouvelles formes d'exercice et de rémunération dans le cadre de la lettre de mission qui lui a été confiée.

La mission attire d'emblée l'attention sur la cohérence de l'ensemble des propositions présentées dans ce rapport qui visent à renouveler profondément l'exercice hospitalier. Bien évidemment leur acceptabilité suppose débat, partage et adaptation. Elle suppose aussi un engagement politique fort appuyé sur une capacité opérationnelle visible.

Pour autant, l'hôpital et sa communauté médicale devront affronter dans les 10 ans à venir une mutation organisationnelle et démographique sans précédent car également inscrite dans une phase de crise économique et financière centenaire.

Il faudra y répondre en mettant à contribution une réflexion d'éthique collective sur les objectifs à atteindre et notre capacité commune à les mettre en œuvre.

Dix propositions
pour la promotion et la modernisation
des recrutements médicaux
à l'hôpital

1 – Pour la mission, la promotion des recrutements est à initier dès le deuxième cycle des études médicales et à concrétiser dès le troisième cycle.

Pour l'étudiant en médecine, les premiers stages à l'hôpital constituent le premier contact avec la médecine clinique et donc le malade. C'est au cours du deuxième cycle des études médicales que cette confrontation avec le monde du travail hospitalier se concrétise. Cette étape est essentielle non seulement pour l'acquisition de connaissances médicales mais également pour la connaissance des différentes fonctions et modes d'exercice au sein de l'équipe médicale hospitalière. Force est de constater, en écoutant les étudiants, que cette phase de découverte si marquante est souvent laissée en friche par ceux-là même qui devraient en être les avocats.

Lors du 3^{ème} cycle, si la formation médicale et la prise de responsabilité sont des objectifs affichés, la place structurante de l'équipe n'est pas toujours valorisée. La formation de terrain n'évoque que peu les parcours professionnels, les choix et évolutions possibles, les alternatives de métier. Les responsables médicaux ne jouent pas toujours le rôle de promoteurs d'un exercice hospitalier ou domine parfois la morosité. L'interne et le chef de clinique ne sont pas ou peu intégrés dans la vie institutionnelle du service, du pôle et de l'hôpital.

La mission considère que le troisième cycle doit être le temps fort de formation vis à vis du projet personnel de l'interne mais aussi celui de la formation intégrante à l'équipe et à son projet collectif. La promotion de l'exercice médical à l'hôpital doit être un objectif explicite et formalisé des services et de leurs responsables vis à vis des étudiants et des internes. De nouvelles formes d'intégration aux structures d'organisation de l'équipe doivent être développées. La participation à ces instances pourra illustrer les responsabilités ultérieures dans la vie hospitalière et responsabiliser les étudiants.

2 - Une politique promotionnelle et contractuelle tournée vers les chefs de clinique assistants mérite d'être engagée.

Le post internat, celui des chefs de clinique et des assistants, poursuit l'objectif de formation individuelle en l'étendant, au delà du soin, à l'enseignement et à la recherche clinique. C'est le temps de la responsabilité de plein exercice. C'est le temps de la construction de l'avenir professionnel. Le chef de clinique, l'assistant, acquièrent une certaine vision d'ensemble de l'exercice en CHU. Ils ne disposent que peu de base d'information formalisée sur l'exercice hospitalier ; ils ignorent le plus souvent l'exercice non universitaire. Les « remplacements » constituent très souvent un mode de passerelle, d'expérience et d'information pour l'exercice libéral. Dès lors il n'est pas étonnant que leur orientation professionnelle soit dépendante des incitations et informations dont ils disposent.

La mission propose d'offrir systématiquement une démarche d'information et de promotion des carrières hospitalières pendant le post internat. Le centre national de gestion (CNG) semble constituer le lieu naturel de cette démarche. Il pourrait notamment prendre l'initiative de mettre en œuvre une démarche individuelle d'information et d'échanges sur les carrières à l'hôpital. Il pourrait

aussi mettre à disposition des chefs de clinique et assistants, des outils contractuels pour valoriser les « remplacements » hospitaliers notamment dans les centres hospitaliers. La mise en place de réseaux de recherche clinique pourrait être un facteur favorisant cette démarche.

Enfin les innovations que constituent les chefs de cliniques régionaux et les assistants partagés entre CHU et centre hospitalier doivent être évaluées et probablement élargies. Le cadre des cliniciens hospitaliers pourrait servir ensuite de support à l'intégration à un exercice hospitalier.

3 - L'équipe hospitalière base de l'identité hospitalière.

Labelliser les équipes, facteur de notoriété de valorisation sociale et d'attractivité.

L'équipe et l'appartenance à une équipe médicale sont apparues comme un repère récurrent, et opérationnel au fil des auditions de la mission.

La notion d'équipe dispose d'une valeur symbolique majeure. L'équipe médicale n'est pas présentée comme une abstraction mais comme un collectif de travail. Chacun, avec ses mots, a indiqué que ce collectif est capable de déclencher ou non une véritable « plus value » dépassant la simple somme des objectifs, des savoirs et des savoir-faire de chaque individualité qui la constitue. Elle est aussi présentée comme capable de promouvoir une action exemplaire, efficace, performante. A contrario, elle est capable de désagrégation face aux résistances passives individuelles, aux refuges dans de « véritables niches écologiques ». Dans les cas extrêmes, l'isolement, le mercenariat, la déshérence des pratiques réduisent l'équipe à un alibi de façade condamnable.

L'équipe médicale doit être l'unité de base de l'organisation qui va devenir maintenant territoriale. Elle est identifiée le plus souvent autour des spécialités médicales, souvent regroupées en unités. Le service, à condition qu'il ne soit pas lieu de propriété patrimoniale, reste une identité importante porteuse de missions et de cohérence. Si l'équipe doit constituer l'unité de base de l'organisation, elle doit disposer d'un « chef d'équipe » confirmé, disposant d'une légitimité propre et reconnue professionnellement. A l'intérieur de l'équipe le métier de médecin et de pharmacien des hôpitaux impose une part d'autonomie. Le médecin, le pharmacien des hôpitaux ne peut être un simple opérateur de tâches.

Chacun s'accorde pour insister sur le fait que la qualité de l'équipe doit beaucoup à la solidité de son organisation. Mais cette unité et la cohésion de l'équipe sont en équilibre fragile. Comme lieu de résolution des contradictions entre l'intérêt collectif et celui des praticiens qui la constituent, elle est en position de perpétuelle instabilité. Cette difficulté est d'autant plus présente que les règles d'organisation de l'équipe apparaissent souvent comme peu visibles voire masquées ou opaques.

Dès lors la mission a travaillé, à partir de cette notion d'équipe, sur l'objectif d'en faire le lieu de reconnaissance de l'action médicale et de sa reconnaissance individuelle et collective. L'appartenance à une équipe reconnue disposant d'un véritable projet décliné et inclus dans celui de l'établissement (activité médicale dynamique, recherche clinique, innovation..) est indissociable d'une véritable promotion des recrutements médicaux à l'hôpital. Mais il n'y a pas d'équipe sans chef d'équipe dont la légitimité

professionnelle et organisationnelle autorise la dynamique et l'émulation collective indispensable.

L'appartenance à une équipe labellisée est attractive pour les praticiens et participe à la notoriété de l'équipe et de l'hôpital. Les équipes hautement performantes par leurs travaux, leurs résultats, sont connues non seulement de la communauté scientifique mais aussi bien souvent des malades. L'appartenance à ces équipes est valorisante et motivante. L'équipe constituée autour d'un projet et d'objectifs d'activité, intégrée dans le territoire, engagée dans le développement professionnel continu, doit être « labellisée ». Ce label doit aussi reconnaître la production de savoir, puissant moteur d'attractivité au travers notamment de la recherche clinique, des publications médicales et scientifiques, des travaux épidémiologiques. Cette reconnaissance doit intégrer les actions extérieures pouvant concerner des actions ville hôpital.

La Mission propose de confier à la Haute Autorité de Santé une proposition de labellisation des équipes hospitalières.

4 - Modularité de la carrière et autonomie.

Après le post internat, le jeune médecin, le jeune pharmacien a acquis une compétence initiale forte et défini ses objectifs professionnels : Activité de soin, d'enseignement, de recherche notamment clinique constituent en général la trilogie des objectifs. L'implication dans l'évaluation, la responsabilité de gestion ou d'organisation, les partages de formes d'exercice viennent notamment les compléter. Au moment du choix entre carrière libérale et carrière hospitalière, Il se heurte à une réalité qui ne lui offre que rarement à l'hôpital : la capacité d'agir en lien avec son projet et ses savoirs faire.

Aujourd'hui la carrière hospitalière offre le plus souvent un exercice figé très peu évolutif et très peu adaptable au cours de 30 années d'exercice. C'est pourquoi une modularité de la carrière professionnelle doit rendre possible des choix et des évolutions. Ils doivent être fonction des acquis de compétences, des segments de vie, des découvertes et des opportunités :

-  Moduler les fonctions et les activités selon les compétences, les rythmes, les investissements dans les différents domaines d'activité, individuels et collectifs, ainsi que des besoins des établissements est une nécessité.
-  La modulation doit permettre au praticien hospitalier, resté maître in fine des bases de son temps de travail, d'alterner des années plus centrées sur le soin et d'autres sur la formation, l'enseignement, la recherche, la prise de responsabilité ou le projet personnel.
-  Il doit pouvoir choisir de travailler beaucoup sur des missions à pénibilité reconnue, ou choisir de travailler sur un temps limité.
-  Le corollaire de cette modularité est de mettre en place au cours de la carrière des bilans rétrospectifs et prospectifs des compétences et des engagements. Le Centre National de Gestion doit notamment être le lieu externalisé de ces moments de bilan et de prospective. Ces choix personnels doivent être formalisés.

La mission propose de faire de la modularité de la carrière un élément central du « volet social » de l'exercice hospitalier et de faire du « volet fonctionnel » un outil de reconnaissance de l'activité locale du praticien. Pour la mission, le parcours professionnel doit être visible et sécurisé par le centre national de gestion.

5 - Constituer des équipes de grande taille.

La relative attractivité pour l'exercice en CHU porte notamment sur la taille plus grande des équipes. La taille importante de l'équipe diminue la pénibilité liée notamment à la permanence de soins par ailleurs dévoreuse de temps médical. Plusieurs rapports ou documents se réfèrent à cette permanence des soins pour quantifier la taille souhaitable de l'équipe. On évoque ainsi le chiffre de 6 voire 8 équivalent temps plein pour constituer la taille des équipes concernées.

La mission considère que cette approche, qui se limite aux seuls impératifs de la permanence des soins, est incompatible avec les objectifs de promotion de l'attractivité et celle de territorialité de l'exercice. La motivation pour l'exercice hospitalier doit s'appuyer sur un équilibre retrouvé entre les objectifs gratifiants et les contraintes. La recherche clinique, la confrontation professionnelle à des cas cliniques complexes, la production de savoir et sa transmission, justifient un objectif de création d'équipes de grande taille comme on les rencontre dans de nombreux pays notamment au Canada ou aux Etats Unis.

La mission considère que la fenêtre de 10 à 15 équivalents temps pleins est nécessaire au rassemblement autour d'importants plateaux techniques dans une logique de territoire. .

La dynamisation liée au mélange des générations est par ailleurs indispensable pour retrouver une pyramide des âges évitant que l'équipe « ne vieillisse ensemble » et permettant la transmission des savoirs. L'augmentation attendue du nombre des internes doit y participer.

Pour la mission, il faudra constituer des équipes de taille importante (10 à 15) transgénérationnelles appuyées sur des plateaux techniques performants.

6 - Refonder les règles d'organisation du travail à l'hôpital.

Divers rapports et expériences étrangères (comme le « job planning » en Grande Bretagne) ont déjà souligné le besoin de disposer d'un descriptif nouveau des organisations des activités médicales à l'hôpital. La diversité des activités internes et externes des membres des équipes, l'illisibilité évoquée du temps de travail, les impératifs de la permanence et de la continuité des soins et l'impact des choix autonomes des praticiens justifient ce besoin.

Localement, Les évolutions souhaitées par le praticien doivent à la fois s'accorder aux projets de la où des équipes où il va exercer. Elles doivent s'inscrire dans le cadre d'une sécurisation du parcours professionnel. C'est sur ces bases que les conditions de confiance et donc de réussite d'une contractualisation fonctionnelle pourront lier le praticien et le centre hospitalier et/ou le CHU. Il revient donc à l'équipe et au chef d'équipe de la spécialité en lien avec les responsables institutionnels de formaliser le lien contractuel entre le projet de l'équipe et l'attente du praticien. Cette relation transparente établie sur un projet et un « Tableau Annuel Prévisionnels d'Activités (TAPA) » doit constituer la « garantie » des engagements. Ce TAPA doit servir de sablier et de boussole pour quantifier temps et activités.

C'est le contrat fonctionnel qui doit servir de trait d'union entre l'équipe et chacun de ceux qui la constituent. Le contrat d'équipe inclus dans le contrat de pôle, doit alimenter et décliner le contrat d'établissement défini territorialement dans le CPOM. Ce lien contractuel, régulièrement renouvelé, doit être outil de transparence, de partage des droits et des devoirs, de reconnaissance en fonction des engagements individuellement consentis. Comme l'opacité nourrit la bureaucratie, la transparence doit la faire reculer.

C'est au niveau de l'équipe (service, unité....) que doit être établi le TAPA inclus dans le projet de pôle. Celui-ci établit, à priori, le temps médical nécessaire à la réalisation des objectifs de l'équipe. Par journée et demie journée de travail, voire dans certains cas par comptage horaire, le TAPA doit définir le temps nécessaire à l'activité professionnelle et médicale du projet dans six domaines principaux :

- ✚ Le soin : diagnostic et traitement, continuité et permanence.
- ✚ La santé : prévention, éducation, épidémiologie.
- ✚ La qualité et la sécurité : gestion des risques, vigilance, évaluation.
- ✚ La formation, l'enseignement, la recherche et notamment la recherche clinique.
- ✚ La responsabilité institutionnelle et l'engagement de gestion médico-économique
- ✚ Le projet personnel : Il est en effet important de conserver une part d'activité « projet personnel » (action humanitaire, éthique ou santé publique ; action syndicale....) essentielle à la motivation

Le TAPA, une fois validé, permettra de définir les moyens médicaux nécessaires à la prise en charge des patients et à la réalisation du projet de l'équipe. Cette démarche explicite doit permettre de rompre avec des pratiques qui aboutissent soit à méconnaître les besoins nécessaires soit, au contraire, à voir exiger des moyens supplémentaires auto définis. Le contrat fonctionnel doit permettre une véritable reconnaissance et une maîtrise choisie du temps de travail médical. Au sein de l'équipe, autour du TAPA ainsi établi, chaque praticien peut et doit formaliser son engagement personnel quantitatif en terme de temps de travail. Le praticien contractualise également son engagement qualitatif en pondérant son action et son engagement dans les six typologies d'activités précédemment décrites. Bien évidemment, à l'instar de l'organisation en secteur développée en psychiatrie et en pneumologie le TAPA devra pouvoir concerner un territoire si l'équipe en a la responsabilité au sein d'une communauté hospitalière de territoire. Ce véritable « contrat d'équipe » devient un cadre de missions fonctionnelles pour tous ceux qui la constituent. Il ne peut être viable que si l'équipe est de taille suffisante.

Ce contrat doit formaliser un engagement clair entre les objectifs personnels et ceux de l'équipe. Il doit :

- ✚ Alimenter et décliner le contrat d'objectif et de moyen de l'établissement ainsi que le contrat de pôle.
- ✚ S'ouvrir et s'inscrire dans une logique de contrat de territoire.
- ✚ Concerner l'ensemble des praticiens de l'équipe quel que soit leur statut.
- ✚ Réinvestir l'activité clinique

La mission souhaite la promotion d'un contrat fonctionnel d'équipe : Le TAPA.

7- Moderniser les modes de rémunérations médicales à l'hôpital.

La mission considère qu'aucune politique d'attractivité pour les recrutements médicaux à l'hôpital ne peut être durablement efficace si la réflexion n'est pas menée globalement entre exercice public et exercice privé.

Outre le fait que la complémentarité des modes d'exercice est imposée par la nature même des prises en charge des maladies chroniques et du vieillissement, la pression démographique ne peut se satisfaire d'un système fonctionnant en tuyaux d'orgue étanches entre médecine de ville et médecine hospitalière. La mission souhaite l'élaboration de règles nouvelles de pilotage des tarifs et des rémunérations réunissant l'ensemble des acteurs concernés.

D'ores et déjà, la rémunération médicale à l'hôpital doit être modernisée et comporter une part fixe et une part variable. La mission rappelle qu'à présent un tiers des rémunérations hospitalières (source CNG) est le fait d'une part variable. Cependant, les conditions de son attribution, souvent indemnitaires, sont opaques et souvent inéquitable. Leur absence de lien avec la qualité et le niveau d'activité a fait le nid de contournements contestables.

La mission propose que la rémunération médicale à l'hôpital s'appuie sur une part fixe et une part variable.

La part fixe est indispensable dans le cadre d'une carrière hospitalière salariée fondée sur une sécurisation du parcours professionnel. Cependant la carrière actuelle longue à échelons pentus n'est pas adaptée à l'attente des praticiens et notamment des plus jeunes. La mission propose une modification de la courbe de progression de la carrière à surface totale inchangée. Il s'agit d'offrir un début de carrière très revalorisé (autour du 8^{ème} actuel échelon) et une progression relativement lente sur 6 échelons environs.

Cette modification permettrait de diminuer l'écart de rémunération en début de carrière entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral. Cela permettrait aussi de faire coïncider le changement d'échelon avec les bilans souhaités dans le cadre de la modularité de la carrière.

La mission propose une part variable des rémunérations. Cette variabilité pourrait prendre 3 formes complémentaires :

- La clarification des engagements concernant le temps de travail des praticiens au travers du choix du temps de base et de l'adéquation avec le tableau annuel prévisionnel d'activités de l'équipe doit permettre d'adapter volontairement le temps de travail en fonction des moments de la carrière et des activités réalisées.

- L'intéressement de l'équipe doit être formalisé au travers du contrat de l'équipe. Basé sur le TAPA l'activité doit faire l'objet d'engagements quantitatifs et qualitatifs. Pour les engagements quantitatifs, l'activité produit par elle-même le financement de cet intéressement. Pour la part qualitative, la mission souhaite que le contrat d'établissement (CPOM) dispose de crédits alloués sur des enveloppes de mission d'intérêt général (MIG). Ainsi collectée sur une double entrée cet intéressement collectif doit être réparti de façon individuelle selon des critères définis par l'équipe et validés dans le contrat de pôle. Cette souplesse et cette ouverture à l'ensemble des spécialités doivent remédier aux imperfections des systèmes actuels et notamment de la « part variable complémentaire »
- Enfin, dans des situations sur lesquelles nous reviendrons, le praticien pourra être détaché sur un exercice de clinicien hospitalier.

8 - Développer une gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le temps compté au plan régional est fondé sur le rythme des schémas régionaux d'organisation mais aussi celui de la certification des établissements par la Haute Autorité de Santé. Localement, les activités, les équipes, les besoins des malades changent. Si l'équipe constitue le fil conducteur de la continuité de l'activité, elle évolue au fil des années dans ses objectifs et son périmètre.

La gestion des ressources humaines médicales a été pour la plupart des personnes auditées un des points faibles de la politique de recrutement à l'hôpital.

Parce que nombre d'initiatives sont perçues comme une énième déclinaison de la réforme imposée, voire de la réforme par la tension, il y a lieu de s'interroger sur tous les facteurs contributifs d'une véritable motivation dans un environnement professionnel qui affecte tout autant les personnels médicaux que non médicaux :

- ✚ refus des tâches répétitives et astreignantes
- ✚ aspiration à des carrières rapides
- ✚ égoïsme catégoriel et intégration inégale au collectif
- ✚ nomadisme médical et priorité donnée à des investissements extérieurs au travail.

Le processus de personnalisation dans la gestion des carrières médicales doit inclure en écho une maîtrise du temps, une information personnalisée, la formalisation des évolutions professionnelles, offrant plus que la satisfaction à court terme, la vision au long court du développement de la carrière professionnelle.

C'est pourquoi, si le système de rémunération est une composante majeure d'un système de gestion des personnels médicaux, la mission préconise qu'il soit aussi fondé sur une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

1) S'agissant de la gestion des emplois

- ✚ l'objectif de sécurisation du parcours professionnel détermine un niveau national de gestion. Il s'agit d'offrir au praticien une garantie de continuité en échange de la souplesse dans le déroulé de sa carrière offerte.
- ✚ Une génération de praticiens c'est 30 ans d'exercice. L'objectif est de substituer un déroulé choisi par étapes de carrière séparées par un bilan, à un exercice figé et peu adaptable. A chaque module de la carrière et entre chacun d'entre eux il s'agit de faire valoir que les personnels médicaux doivent bénéficier d'un accompagnement plus étroit.
- ✚ En terme d'accès à leur droits sociaux la gestion prévisionnelle doit aussi offrir au praticien les informations et les éléments de mise en œuvre pour tous les moments charnières de la carrière ou dans les temps de déstabilisation.
- ✚ Dans la véritable gestion des différents « moments » du parcours professionnel La gestion par valences contractuelles apparaît comme un mode de gestion dynamique et promotionnel du parcours I. Ces valences pourraient notamment identifier les activités hospitalières, celles d'enseignement et celles de recherche mais aussi les missions de santé publiques notamment effectuées dans les équipes des ARS.
- ✚ Une particulière attention doit être portée au début (incluant le post internat) et à la fin de carrière. La fin de carrière ne doit pas être une période d'attente de la retraite mais une période de mise aux services des autres des acquis de l'expérience.
- ✚ L'aménagement du temps de travail doit permettre la poursuite des différentes activités d'un praticien selon un contrat de fin de carrière. La participation à la permanence doit être aménagée, y compris financièrement.

La gestion prévisionnelle des emplois doit reposer sur un fonctionnement cohérent local, régional et national. A chaque niveau, complémentaire et interactif, le praticien doit disposer des informations et de la reconnaissance de ses engagements au sein de l'équipe.

2) S'agissant des compétences, la loi HPST installe le principe d'une dimension territoriale de la gestion de la démographie médicale par spécialités. Cette approche volontariste doit être poursuivie dans le temps et la durée de l'exercice professionnel. La formation initiale fournie au praticien une reconnaissance universitaire de qualification et de compétences. Mais le temps de formation et d'apprentissage initial ou limité dans le temps est révolu. Le progrès de la connaissance est permanent et profondément ancré dans la continuité du travail. Par le développement professionnel continu, incluant notamment le perfectionnement des connaissances et le évaluation des pratiques professionnelles, le praticien s'adapte à la fois à son projet personnel et tient compte des orientations stratégiques de l'hôpital, du territoire et des enjeux liés à la prise en charge des patients.

Pour la mission, ces constats imposent le développement à tous les niveaux locaux, régionaux et nationaux d'une politique coordonnée de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au plus près des équipes.

9 - La performance à l'hôpital, ni culte ni tabou.

Depuis 20 ans, dans l'entreprise, le rapport hiérarchique a été remplacé au moins partiellement par un rapport d'incitation et de gestion. Celui-ci est censé orienter le management à partir des préférences individuelles.

L'hôpital, lui, a fondé depuis 50 ans son modèle d'organisation de façon hybride. Il s'agit d'un mélange de règles de contraintes disciplinaires issues du monde industriel et d'une organisation verticale, administrative issue du modèle bureaucratique. Pour les médecins, l'indépendance professionnelle déontologique réaffirmée dans toutes les lois dont la dernière, se heurte à ce modèle hybride.

Dans l'entreprise comme plus récemment dans le service public, les transformations d'organisation ont été décrites par certains comme un passage « du gouvernement par la contrainte » à un « gouvernement par le consentement ». C'est dans ce contexte que les qualificatifs d'efficacité, d'efficience et de performance ont fait irruption. Vouloir ouvrir le débat sur la performance à l'hôpital public et notamment sa reconnaissance financière suppose donc d'ouvrir celui sur la motivation des acteurs.

Les motivations ne peuvent être décrites que par une pluralité de qualificatifs. Evoqué tout au cours des auditions de la mission, le travail médical à l'hôpital suppose, au-delà des règles déontologiques de l'engagement au service de chaque individu, d'identifier la nature de l'engagement au service du public. Cette dimension morale fait appel aux motivations que sont le sens de l'intérêt général, plus généralement de l'éthique. Mais les motivations médicales à l'exercice hospitalier ne se résument pas à cette approche. L'intérêt pour le savoir, sa production et sa transmission, le goût du travail en équipes complémentaires, le goût des responsabilités et bien d'autres qualificatifs construisent un panel de motivations très hétérogènes : compétence technique et médicale, intérêt pour la complexité, sécurité du parcours, éthique collective...

Mais, dans un monde économique qui rend partout présent la valeur « argent » et dans un système de santé où cohabitent un mode d'exercice libéral et un mode d'exercice public, le sujet de l'incitation financière au travail est incontournable à la promotion des recrutements médicaux à l'hôpital. Le thème de l'incitation financière est d'ailleurs déjà anticipé et « coopté » par une large majorité de médecins hospitaliers. Comme nous l'avons vu, une multiplicité d'indemnités constitue en moyenne, comme le montre le centre national de gestion, environ 30% des revenus des praticiens. 20% des praticiens ont un secteur « privé ».

L'OCDE dans son rapport sur la rémunération liée aux performances – RLP – dans l'administration (2005) faisait 4 recommandations. L'OCDE considère :

- ✚ que la RLP est un compromis qui doit prendre en considération la culture propre à chaque organisme ou à chaque pays ;
- ✚ que le succès de la RLP tient plus à la justesse du processus d'évaluation des performances qu'au système de distribution des rémunérations ;
- ✚ les difficultés de mise en œuvre doivent être correctement anticipées ;
- ✚ la rémunération en fonction des performances va de pair avec la délégation des fonctions des ressources humaines.

L'IGAS, (Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel –juin 2008) a réalisé, de son côté, une étude sur les expériences étrangères de rémunération à la performance (Royaume Unis, Etats-Unis) qui « visent à lier une partie des rémunérations des médecins de ville, essentiellement des médecins de premier recours, à leurs performances. L'IGAS indique que « peu de programmes ont fait l'objet d'études d'impact avec de solides garanties méthodologiques. Les études disponibles concluent en règle générale à un impact positif mais modeste sur la qualité des pratiques. La modestie des résultats peut être mise en regard de la modestie de la part de la rémunération des médecins liée à la performance ».

Enfin, l'HAS a publié en juillet 2008 un rapport sur « Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire Français » ». L'HAS y développe notamment les arguments au fait d'aborder la question de la performance :

- ✚ « recherche de nouvelles formes d'incitation en matière d'amélioration de la qualité ;
- ✚ relative insatisfaction des modes de paiement existants en matière de reconnaissance du travail accompli ;
- ✚ différentes études montrent que l'investissement dans l'amélioration de la qualité peut largement être compensé par les retombées en terme d'hospitalisations évitées ou de soins non prescrits ».

L'HAS ajoute que le développement des mesures de qualité est maintenant possible et enfin que « le contexte des réformes du financement des médecins de ville comme de l'hôpital, semble s'ouvrir à l'hypothèse d'une mixité des rémunérations ».

Dans ce contexte la mission engage à débattre de la performance et de sa reconnaissance financière sans culte ni tabou.

La reconnaissance du travail effectué, de sa qualité et de sa quantité, mesurer sa performance, suppose de construire des indicateurs censés mesurer et améliorer la productivité. Elle suppose aussi de trouver des clefs reliant la performance individuelle et l'apport du collectif. Le plus souvent, l'un ne va d'ailleurs pas sans l'autre.

A l'inverse, la seule analyse de la performance collective et de ses indicateurs peut autoriser « les passagers clandestins » à se reposer sur l'effort collectif décourageant dotant les plus motivés et au total diminuant la productivité de

l'équipe. En ce sens, l'hôpital n'échappe pas aux résistances passives, aux stratégies individuelles et à la maximisation des avantages particuliers.

C'est pourquoi, la mission considère que la reconnaissance financière du travail doit comporter en partie un mécanisme simple fixant des objectifs et des règles sur un collectif, reconnaissant individuellement chacun de ses membres.

10 - Etablir des conditions de travail renouvelées dont un libre choix volontaire de la base de la quotité de travail.

Tenir compte de l'évolution sociétale, de la féminisation de la profession, des aspirations des plus jeunes est incontournable pour recruter à l'hôpital public. L'aide à la famille, que ce soit par la création de crèches ou de garderie d'enfant, d'aide pour trouver un emploi pour les conjoints, d'accueil dans une nouvelle ville sont à créer ou développer. Recevoir un nouveau praticien sans lui, offrir des conditions de travail conviviale (bureau, bureautique, secrétariat...) ne garantissent pas un regard favorable sur l'hôpital public.

La gestion actuelle du temps de travail médical à l'hôpital constitue une somme d'incohérences et d'absurdités. Contournements, travail non rémunéré et donc non reconnu, double emplois, contradictions entre les législations illustrent une situation décrite et connue de tous. Dans ce contexte il ne peut y avoir de modernisation des recrutements médicaux sans une véritable refondation des règles et de la gestion du temps de travail.

La formalisation d'un projet personnel, l'expression de valences contractuelles ne sont concevables que dans le cadre de l'expression de choix volontaire d'une quotité de travail.

Le temps de travail temps plein est de 208 jours. Au cours de la vie professionnelle le praticien doit pouvoir choisir, par exemple tous les 5 ans, la quotité de travail sur laquelle il souhaite s'engager entre une borne basse (par exemple de 125 jours) et la base de 208 jours. Localement selon des modalités sur lesquelles nous reviendront le médecin, le pharmacien aura la possibilité de fixer une borne haute à sa quotité de travail par exemple de 238 jours incluant les 30 jours de droits à inscription au compte épargne temps (CET).

La mission propose une modularité volontaire du temps de travail fixée pour la borne basse au plan national et localement, contractuellement pour la borne haute.

Quelle déclinaison pour le clinicien et le praticien hospitalier ?

L'objectif de la mission est de faire une proposition opérationnelle intégrée aux propositions précédentes. La Loi Hôpital Patient Santé Territoire très prochainement promulguée, prévoit la possibilité pour les établissements de santé de recruter, sous conditions, des médecins, pharmaciens, et odontologistes sur contrat de « clinicien hospitalier ».

Cette démarche s'inscrit dans une volonté de renforcement et de renouveau de l'attractivité médicale pour l'hôpital. L'état de vacance des postes médicaux à l'hôpital et en particulier ceux de praticiens hospitaliers provoque, comme le rappelle la mission, de graves insuffisances quantitatives et qualitatives. Cette situation est hétérogène d'une spécialité à l'autre ou d'un territoire à un autre et peut entraîner localement des points de rupture dans la sécurité ou l'accomplissement des missions de service public.

La mission s'est attachée dans ce contexte à faire des propositions de mise en œuvre capables de faire de cette création une première étape des changements nécessaires

La loi ayant défini le cadre général d'exercice, la transparence doit être le maître mot de la mise en place de cette disposition, c'est la condition de son acceptabilité par la communauté médicale hospitalière et l'outil de lutte contre le mercenariat médical hospitalier.

A - Champ d'application :

I - Praticiens concernés : il s'agit de praticiens de plein exercice inscrits au Conseil de l'Ordre :

-  Praticiens en fin de cursus initial. La mission propose que le contrat de clinicien puisse, le cas échéant, être formalisé pendant le post internat. Les chefs de clinique et les assistants classiques ou « régionaux » pourraient trouver dans ce contrat une forme d'exercice promotionnel.
-  Praticiens hospitaliers en poste ou sur la liste d'aptitude. Pour les premiers le détachement sera la forme statutaire de l'exercice.
-  Praticiens libéraux. La mission souhaite que le contrat définisse un champ d'exercice plein temps ;

II - Les missions concernent :

- ✚ Les établissements ayant des postes à recrutement difficiles
- ✚ Les spécialités à démographie déficitaire dans les hôpitaux publics dont le recrutement est reconnu difficile dans le territoire et introduit des difficultés de réponse aux besoins de la population.
- ✚ Sous stricte condition, le recrutement dans le cadre de situation complexe pouvant comprendre la création d'activités nouvelles ou de fort renforcement d'activité. Il peut être nécessaire de recruter des praticiens à haute compétence reconnue dans leur spécialité et dont la charge sera particulièrement lourde dans la phase d'installation. Ils auraient également la charge de participer aux recrutements médicaux et para médicaux, à la mise en place d'équipements lourds, à la discussion des objectifs d'activité et d'exploitation

B - La procédure de recrutement est standardisée :

I - L'établissement est l'initiateur du processus. Le pôle ou une structure interne de celui-ci rédige en lien avec le directoire et sur les bases du projet d'établissement, le projet de contrat qui définit :

- ✚ La justification de la demande.
- ✚ Le profil du clinicien.
- ✚ Sa situation au sein de la structure médicale et administrative.
- ✚ Ses champs de responsabilité médicale et fonctionnelle.
- ✚ Ses objectifs d'activité et de qualité et la durée du contrat.
- ✚ Les conditions de l'évaluation contractuelle du clinicien.
- ✚ Les éventuelles mesures d'accompagnement offertes aux autres membres de l'équipe.

II - Le projet de contrat est validé dans l'établissement ; la demande est transmise à l'ARS et est soumise à la commission régionale paritaire qui émet un avis sur la demande en fonction des objectifs du SROS, de l'activité concernée et de l'offre environnante dans le territoire de l'établissement et des besoins de la population en particulier d'accès aux soins.

L'ARS met en route la procédure de recrutement. En lien avec le Centre National de Gestion, l'ARS assure la publicité du poste notamment à partir de sa bourse d'emploi. Le recrutement est accompagné d'un avenant au CPOM .

III - L'établissement procède au recrutement et à la signature du contrat.

IV - Le CNG n'a pas la charge de la gestion des praticiens contractuels quelle que soit la nature du contrat. Il participe cependant à la sécurisation du parcours professionnel. Ces contrats concernent des recrutements temporaires sur des postes vacants souvent connus du CNG. De plus ces postes peuvent être occupés par des praticiens détachés dont le CNG assure la gestion ou de praticiens reçus au concours mais non nommés sur un poste. Le CNG doit donc :

- ✚ Participer à la diffusion de l'information des postes de clinicien à pourvoir auprès de la communauté médicale, notamment à partir de sa bourse d'emploi.
- ✚ Mettre en commun la typologie de contrats mis en œuvre.

- ✚ Colliger les postes de clinicien créés au plan national pour les faire figurer dans son rapport annuel.
- ✚ Les procédures de détachement ou de réintégration dans le statut de praticien hospitalier seront également à la charge du CNG

C - Le contrat passé entre le praticien et l'établissement formalise :

- ✚ Les points définis dans le projet de contrat : objectifs d'activité et de qualité, critères et conditions contractuelles d'évaluation, niveau d'implication...
- ✚ La durée du contrat : 1 an renouvelable jusqu'à 5ans En raison de la courte durée du contrat initial d'un an ne permettant pas une installation prolongée, il peut être nécessaire de prévoir des possibilités de logement.
- ✚ La rémunération : il paraît utile de définir réglementairement une fourchette de rémunération pour permettre la transparence et éviter les surenchères. La rémunération doit être attractive et doit tenir compte de la localisation du poste dans un établissement à recrutement difficile, des données de la démographie dans la spécialité, de la charge de la mission confiée et de sa pénibilité. La mission propose qu'un plafond au dernier échelon de la carrière de PH majoré de 30% soit retenu. Un financement spécifique complémentaire du contrat par l'ARS peut être nécessaire au-delà des recettes liées à l'activité ; il est justifié par le caractère indispensable du maintien ou du renforcement de l'activité sur le territoire. Comme le prévoit la loi HPST, la rémunération du clinicien hospitalier prévoit une part fixe et une part variable. S'agissant de la première, la mission propose en référence l'échelon d'entrée dans la grille salariale des praticiens hospitaliers rénovée sur la base des propositions de la mission. Ce niveau devrait être situé aux alentours de l'actuel 8^{ème} échelon. S'agissant de la part variable, la mission propose de s'appuyer sur ses propositions intéressement en incluant dans le contrat de clinicien la répartition explicite au sein de l'équipe.
- ✚ Il est nécessaire de définir réglementairement les droits sociaux du clinicien hospitalier en matière d'accident du travail, de maladie professionnelle et de retraite ainsi que les congés. La formation continue doit être prévue.
- ✚ Si le clinicien hospitalier est en détachement, il convient de proposer une contractualisation avec l'équipe dont il est originaire. Il s'agirait de contractualiser avec cette équipe le maintien de l'activité. Pour ce faire l'équipe aurait le choix de bénéficier d'un intéressement correspondant à la rémunération du temps de travail accompli en sus ou d'un recrutement temporaire.
- ✚ Les termes de son renouvellement dans la limite des 5 ans et les termes de la fin de contrat : disparition de la justification du poste par modification du besoin territorial, absence d'atteinte des objectifs d'activité, devenir du clinicien hospitalier en fin de contrat. La possibilité ou non d'installation libérale dans le territoire au terme du contrat.

D - Fin de contrat :

I - Le clinicien hospitalier souhaite rester sur le poste qu'il occupe et l'évaluation de l'activité est favorable à son maintien.

- ✚ Le clinicien hospitalier n'était pas praticien hospitalier ; il peut intégrer un cadre statutaire. Pour l'actuel statut de praticien hospitalier il doit passer le concours. Le concours de type I doit être le mode d'évaluation du praticien.
- ✚ Le clinicien hospitalier était praticien hospitalier, il peut être nommé sur le poste par le CNG sur proposition de l'établissement. Une reprise d'ancienneté est nécessaire.

II - Le clinicien hospitalier n'était pas praticien hospitalier et ne souhaite pas intégrer un statut. Il peut reprendre une activité libérale dans ou en dehors du territoire en fonction des termes du contrat. Il peut également se porter candidat s'il le souhaite pour un contrat de clinicien hospitalier dans un autre établissement.

III - Le clinicien hospitalier était praticien hospitalier et souhaite réintégrer son poste d'origine. Les mesures d'intéressement de l'équipe ont permis de conserver son poste vacant, il réintègre son poste une accélération d'ancienneté lui permet de conserver un niveau de rémunération comparable à celui du contrat.

IV - Le clinicien hospitalier était praticien hospitalier, ne souhaite pas réintégrer son poste d'origine ni intégrer le poste occupé, il peut soit se porter candidat pour un nouveau contrat dans un autre établissement soit bénéficier d'une mutation prioritaire sur un poste vacant avec des avis locaux réduits.

V - La mission souhaite que les adaptations réglementaires à la mise en œuvre de ces propositions soient entreprises très rapidement.

E - Et le statut commun ?

Au-delà de la position nouvelle de clinicien hospitalier, Il est aujourd'hui nécessaire de faire évoluer de façon novatrice les statuts médicaux et notamment celui de praticien hospitalier. La mission souhaite en dresser les grandes lignes. La rénovation doit dégager 2 volets statutaires : un volet « social » fixant notamment la modularité de carrière et la sécurisation de parcours professionnel , un volet « fonctionnel » local fixant les règles communes entre le praticien et l'équipe au sein de laquelle il travaille.

I. Volet social : niveau national

La notion de modularité de carrière basée sur une analyse des compétences et une formation adaptée à une évolution d'activité est apparue essentielle à la mission. A titre de modèle et sur une carrière de 30 ans la mission considère que tous les 5 ans par exemple, au terme d'un entretien avec le CNG un bilan et des perspectives seraient effectués. Le praticien doit bénéficier d'une évaluation périodique de sa carrière et pouvoir demander des adaptations importantes concernant la durée de travail, la formation professionnelle, la validation des acquis de l'expérience. Il doit pouvoir également modifier profondément son activité par l'utilisation de passerelles professionnelles.

Les valences contractuelles (hospitalières, universitaires, de recherche, INSERM CNRS mais aussi recherche clinique, de santé publique...) seraient contractualisées. Pour le volet social la rémunération se ferait à l'ancienneté sur la base de la proposition 7 du présent rapport. De même la base du temps de travail serait librement choisie par le praticien selon les modalités de la proposition 10 du rapport.

2. Volet fonctionnel : niveau loco régional

C'est le projet personnel formalisé. C'est le niveau d'adaptation des activités du praticien avec l'équipe selon les propositions d'adaptation autour du tableau annuel prévisionnel d'activités (TAPA).

S'agissant du temps de travail, comme explicité précédemment le praticien hospitalier opte, lors des évaluations quinquennales pour une activité à temps plein ou réduit. Localement s'il le souhaite et si la proposition est conforme au projet collectif du TAPA, le praticien peut demander ou se voir proposer d'augmenter son activité à 228 jours s'il renonce à sa réduction de temps de travail voire 238 jours s'il souhaite travailler la totalité de la capacité de son CET. Les activités supplémentaires sont bien sûr valorisées.

3. Conditions locales de travail.

Les conditions de travail constituent un facteur d'attractivité important de l'activité médicale hospitalière :

La notion de masse critique de l'équipe médicale et la richesse de l'environnement médical et médico-technique ont déjà été soulignées.

La qualité de la communication montante et descendante dans l'équipe médicale et dans l'ensemble de l'établissement est un facteur majeur de la satisfaction du praticien. La constitution de communautés hospitalières de territoire va encore renforcer ce besoin. Tout praticien doit pouvoir se situer dans la structure et être un acteur de son évolutivité. Il doit également être informé des possibilités d'évolution d'activité et de formation qui lui sont proposés pour pouvoir gérer harmonieusement sa carrière et prévoir ses mobilités éventuelles. Les conditions matérielles d'activités sont importantes: matériel professionnel, bureaux, informatique, bibliothèques, lieux de convivialité, confort des locaux de permanence des soins

4. Développement d'une politique d'intéressement :

Attendue de puis longtemps, la mise en place d'un intéressement est un facteur de dynamisme et de motivation. Difficile actuellement à établir dans des contextes budgétaires tendus, la politique d'intéressement est pratiquement impossible dans un contexte de déficit global de l'établissement. Il y a donc peu de moyens pour valoriser le dynamisme individuel ou d'équipe, même en dehors d'un intéressement financier, par des innovations en matériel ou en postes.

La mission souhaite proposer une politique volontariste : Individualisation au niveau de l'équipe médicale d'une masse financière abondée d'une part par la tarification à l'activité et définie par des objectifs d'activité atteints et d'autre part par des crédits MIG ou MERRI pour des objectifs de santé publique ou de qualité notamment concernant les EPP et les déclarations des événements indésirables. Cette enveloppe d'intéressement à 2 entrées est intégrée au contrat d'équipe et de Pôle. La répartition est individuelle en fonction de critères explicites, formalisés dans le contrat.

Conclusions :

La promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital sont un enjeu de santé public qui ne doit être otage ni des intérêts particuliers ou catégoriels ni des contraintes conjoncturelles. Elles s'inscrivent dans le champ plus vaste de la régulation des rémunérations des professionnels de santé.

S'agissant de la position de clinicien hospitalier, la mission considère que la mise en œuvre de cette nouvelle condition d'exercice à l'hôpital justifie l'adaptation et le renouveau des actuelles formes réglementaires et statutaires d'exercice à l'hôpital.

La concrétisation des 10 propositions de la mission suppose un engagement politique déterminé et un suivi spécifique et évalué. L'enjeu est en effet de lier différemment la sécurisation du parcours professionnel, les champs nouveaux d'autonomie du praticien et la cohérence et la motivation de l'équipe ou il exerce. La mission propose de retenir que ses propositions et notamment les principes de modularité de la carrière, de fédération et de labellisation des équipes, de la contractualisation d'une organisation formalisée du travail doivent être mis à disposition d'un dialogue social et professionnel large. Compte tenu de l'importance de ce chantier et de l'urgence liée notamment à la situation démographique des hôpitaux la mission recommande que ce dialogue soit mis en œuvre sur un calendrier rapide et resserré.

La mission remercie vivement Patricia BUCKENS assistante au Centre National de Gestion qui a assuré le travail de coordination et de secrétariat de ce rapport.

Liste des personnalités auditionnées

Dr Jean-Michel BADET	Président du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers des Centres Hospitalo - Universitaires (SNPH-CHU) et Vice Président de l'INPH
Pr Yvon BERLAND	Président de l'Observatoire National des Professions de Santé
Dr Jean-Louis BLANC	Conseiller National – Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
Dr Rachel BOCHER	Présidente - Inter Syndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)
Gilles BONPTEMPS	Directeur Associé - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé médico-sociaux (ANAP)
Pr Pierre CARLI	Président du Conseil National des Urgences (CNU) Directeur du SAMU de Paris
Dr Daniel CAU	Secrétaire Général du Syndicat National des Pédiatres des Etablissements Hospitaliers (SNPEH)
Dr Jean-Louis CHABERNAUD	Président du Syndicat National des Pédiatres des Etablissements Hospitaliers (SNPEH)
Dr Rémy COUDERC	Secrétaire national - Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
Dr Pierre CORIAT	Président de la CME de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Edouard COUTY	Conseiller Maître à la Cour des Comptes
Christine D'AUTUME	Chef de Service – Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
Denis DEBROSSE	Conseiller Général des Etablissements de Santé
Jean-Paul DELEVOYE	Médiateur de la République
Pr Alain DESTEE	Président de la Conférence des Présidents de CME de CHU
Jacques DOMERGUE	Député de l'Hérault – Président du Conseil National de Chirurgie
Pr Jean-Michel DUBERNARD	Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Gilles DUHAMEL	Inspecteur des Affaires Sociales Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
Dr André ELHADAD	Président Adjoint - Syndicat des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (SNAM – HP)
Benoit ELLEEBODE	Président - Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH)
Philippe EL SAIR	Directeur Hôpital de Villefranche
Dr Jean Pierre ESTERNI	Secrétaire Général – Syndicat des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (SNAM – HP)
Dr Francis FELLINGER	Président de la Conférence des Présidents de CME de CH.
Rémy FLICOTEAUX	Secrétaire Adjoint – Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistants (INSCCA)
Pascal FORCIOLI	Directeur ARH Picardie
Dr Jean GARRIC	Délégué Général du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) Administrateur du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes – Réanimateurs (SNPHAR)
Pr Jean-Gérard GOBERT	Vice Président de la Coordination Médicale Hospitalière
Pr Olivier GOEAU-BRISSENNIÈRE	Représentant des Fédérations Médicales
Jean-Paul GUERIN	Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) Président de la Commission de certification des établissements de santé
Dr Yvan HALIMI	Président de CME des CHS
Martine HEBRARD	Chargée de Mission – Sous Direction des Ressources Humaines du Système de Santé (DHOS)
Francisco JORNET	Conseiller Juridique - Conseil National de l'Ordre des Médecins
Maud LAMBERT- FENERY	Chef de Bureau - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)

Christophe LANNELONGUE	Inspecteur des Affaires Sociales – Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
Raymond LE MOIGN	Directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - Haute Autorité de Santé (HAS)
Pierre LESTEVEN	Conseiller – Fédération Hospitalière de France (FHF)
Annie PODEUR Directrice –	Directrice de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS)
Emmanuelle QUILLET	Sous directrice - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
Marc REYNIER	Directeur des Affaires Médicales – CHU de Toulouse
Jean-Jacques ROMATET	Directeur Général – CHU de Toulouse
Pr Roland RYMER	Président du Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialiste, Biologistes, et Pharmaciens des Hôpitaux Publics
Dr Norbert SKURNIK	Délégué Général Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
Dr Jean-François THEBAUT	Représentant des Fédérations Médicales
Danielle TOUPILLIER	Directrice Générale du Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)
Dr Jacques TREVIDIC	Vice Président de la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH)
Dr Jean-Louis VAILLEAU	Secrétaire du Syndicat National des Pharmaciens Praticiens et Résidents des Etablissements Français d'Hospitalisation (SYNPREFH)
Hélène VIDAL-BOYER	Responsable du Pôle Ressources Humaines Fédération Hospitalière de France (FHF)
Gérard VINCENT	Délégué Général - Fédération Hospitalière de France (FHF)

Documents consultés

- 1 – « Quels mode de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives »
(G. Vallancien – F. AUBART – P. CUQ) – 25 mars 2008
- 2 – « Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères »
Rapport des membres de l'IGAS (P.L BRAS – Dr Gilles DUHAMEL) – Juin 2008
- 3 – « Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : Etat des lieux et Perspectives »
Rapport HAS – Juillet 2008
- 4 – « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers »
Rapport des membres de l'IGAS (L. CHAMBAUD – M. KENNOUF – C. LANNELONGUE) – Janvier 2009
- 5 – « Rapport de la Commission sur l'avenir des Centres Hospitaliers Universitaires » (Pr Jacques MARESCAUX)
Mai 2009
- 6 – Documentation du CNG
- 7 – Support d'audition de l'HAS
- 8 – Commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale
- 9 – Support audition du SNPEH – INPH
- 10 – Avis et propositions de la Conférence et du Bureau des affaires Médicales du CHU de Toulouse - remis
par la Conférence des Directeurs Généraux lors de son audition
- 11 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 (V. BORIES-MASKULOVA) – numéro 23
CNAMTS – Décembre 2008
Diaporamas présentés par M. BERLAND – Sources ADELI – DRESS
- 12 – Analyse et propositions soumises à Monsieur le Médiateur de la République

- 13 – Chartre INPH 2008 « Statut des Médecins, Pharmaciens et odontologistes des hôpitaux »
- 14 – Présentation du Plan régional stratégique pluriannuel pour la démographie médicale en Picardie (audition du Directeur de l'ARH – Picardie)
- 15 – Support d'audition de l'ANAP
- 16 - OCDE La rémunération liée aux performances dans l'administration - octobre 2005
- 17 - Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français Etat des lieux et perspectives HAS juillet 2008
- 18 - Enquête d'opinion auprès des praticiens Hospitaliers FHF TNS Sofres - décembre 2005
- 19 - La démographie médicale à l'horizon 2030 DREES N° 679 - février 2009