

EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL

***Un système de santé recomposé,
Un hôpital public en mouvement,
Des citoyens mieux soignés,
Des praticiens plus reconnus.***

**Docteur François AUBART
Didier DELMOTTE
Docteur Alain JACOB
Professeur Jean-Pierre PRUVO
Docteur Olivier VERAN**

***Mission nationale coordonnée par Danielle TOUPILLIER,
Avec la participation de la DGOS,
en particulier du docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
et de Martine LABORDE-CHIOCCHIA
et de l'équipe du CNG,
en particulier le Professeur Dominique BERTRAND,
Odile ROMAIN et Pierre LAURENT, statisticiens-démographes,
Richard CHEN, ingénieur informatique
Sylvie JOINTRE-ROUSSEL et Patricia BUCKENS, assistantes de direction
et Jean-François CABON, conseiller technique***

Dans une rédaction « médicale », la Mission a souhaité poser un diagnostic, l'éclairer par des examens complémentaires et proposer un chemin thérapeutique capable de fonder un exercice médical renouvelé à l'hôpital public.

Juillet 2011

SOMMAIRE

1

EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL	1
Docteur François AUBART	1
Didier DELMOTTE	1
Docteur Alain JACOB	1
Professeur Jean-Pierre PRUVO	1
Docteur Olivier VERAN	1
<i>Mission nationale coordonnée par Danielle TOUPILLIER,</i>	<i>1</i>
<i>2.2.2 Les auditions</i>	<i>13</i>
<i>2.2.3 Les débats interrégionaux</i>	<i>14</i>
<i>Identifier, organiser et valoriser des « équipes » médicales</i>	<i>16</i>
Identifier	16
Organiser	16
Valoriser	19
Choisir, construire et adapter sa carrière médicale à l'hôpital.	19
3.2.1 Une carrière modulable des praticiens titulaires ou probatoires gérée nationalement pour la sécuriser.	20
3.2.2 Une unification des statuts de praticiens contractuels gérés localement	22
3.2.3 Une adaptation du temps de travail à organiser.....	23
3.2.4 Une contractualisation locale pour intégrer le projet individuel du praticien dans le projet d'équipe	24
3.3 Repenser la valorisation financière de l'activité médicale	25
3.4 Améliorer les conditions de vie au travail, promouvoir la prévention des risques médicaux et des conflits, améliorer le dialogue social	28
3.5 Assurer une mise en œuvre rapide des mesures proposées par un protocole-cadre autour d'objectifs explicites.....	28
<i>Annexe II- Composition de la Mission nationale</i>	
<i>Annexe III- Protocole d'accord du 6 juillet 2010</i>	
<i>Annexe IV - Enquête nationale sous la forme d'un sondage auprès de praticiens exerçant à l'hôpital (02 à 06/2011) : formulaire du sondage et résultats obtenus</i>	

Annexe V - Compte- rendus des débats inter-régionaux et des auditions nationales

Annexe VI - Bibliographie

1. UN DIAGNOSTIC MEDICAL ECLAIRE

Né il y a près de 70 ans, le système de santé français, appuyé sur l'hôpital, reste l'un des meilleurs au monde.

Héritier des hospices du XVII^{ème} siècle, refondé par la Loi de 1958, l'hôpital est et demeurera le socle de la médecine, de la distribution des soins et donc de la santé. Il demeurera le lieu principal de formation des médecins, le recours pour les problèmes de santé les plus graves, le développement des techniques interventionnelles, de la recherche clinique, parce qu'il est le lieu essentiel du compagnonnage, de la concentration des expériences les plus pointues et du travail en équipe.

Au cœur du système de santé, l'hôpital en assure la continuité et la permanence. Avec son fonctionnement 24 heures sur 24, 365 jours par an, il constitue un enjeu majeur au plan national parce qu'il doit répondre aux besoins d'une population de plus en plus consommatrice de soins et de plus en plus exigeante. Fondé sur les principes de spécialité et d'adaptation comme tout service public, il est toujours allé, comme quelques autres, bien au-delà. Garant de l'accessibilité à tous et à toute heure, il a toujours soutenu et accompagné l'évolution de l'offre de soins. Il doit s'adapter en permanence et optimiser continuellement sa performance pour garantir des soins de qualité et au meilleur coût.

Fort de ses professionnels de santé, il doit répondre à des obligations croissantes et parfois divergentes. Il demeurera donc, même avec le développement des soins à domicile, des thérapies moins invasives, de la télémédecine et de la dissémination libérale, la « racine » du système de santé français.

Ce système de santé a connu des infléchissements décisifs, les Lois réformant l'hôpital (1970, 1991 et 2009) et la modification des financements, avec le passage du « tout assurances sociales » à la prise de contrôle par l'Etat, avec les ordonnances de 1996, la contribution sociale généralisée (CSG), l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM). Désormais, les dépenses de santé passent par un vote a priori du Parlement, avec une maîtrise qui encadre les ressources et principalement celles des établissements de santé mais aussi celles de la médecine de ville et de la pharmacie. Dans le même temps, la décentralisation du pouvoir décisionnel s'est établie au niveau régional, renforcée par l'instauration des conférences régionales de santé et la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation devenues agences régionales de santé (ARS) depuis 2009.

Alors que l'égalité demeure posée en grand principe constitutionnel, les inégalités en matière de santé confirment une défaillance grave du système :

- Inégalité entre hommes et femmes : l'espérance de vie qui s'est accrue de plus de 10 ans en moins de 50 ans, n'est cependant que de 77 ans pour les hommes et 84 pour les femmes.
- Inégalités géographiques et environnementales : le taux de mortalité peut varier de 1 à 15 d'un canton à l'autre.

- Inégalité sociale : il y a un taux de surmortalité non négligeable chez les ouvriers et dans les populations fragilisées ou exclues.

Reste enfin, bien que moins quantifiée, l'inégalité en matière d'information. Elle est probablement l'une des grandes explications de toutes les autres, restreignant l'accès aux soins, l'accès à la prévention, à la « connaissance » de la Santé.

Et puis disons-le, à l'hôpital, la qualité est parfois imprévisible, trop souvent dépendante d'un étage à l'autre des « sherpas » qui évitent les ruptures et les manques.

Dire cela, c'est témoigner d'une situation qui ne marque ni déclin ni retrait mais d'une « crise » qui connaîtra une issue positive. Il faut aujourd'hui recombinaison, recomposer, comme on le ferait d'un système complexe - dans lequel nous sommes bien - la nécessité d'un égal accès aux soins et l'obligation de maîtrise de la dépense publique, dans un système socialisé.

Dans le même temps, comme le démontrent notamment les travaux de projection jusqu'en 2050 de l'INSEE, les besoins de la population augmentent du fait de son vieillissement. Nous serons dix millions d'habitants de plus d'ici 30 ans et nous enregistrons une majoration des dépenses de 40% du seul fait du vieillissement de nos concitoyens et de l'accélération connexe des maladies chroniques. L'avenir des retraites (qui est une des composantes de la solvabilité) reste pour cette même raison en question (deux cotisants pour un retraité aujourd'hui, trois pour deux en 2050), alors même que la France connaît le taux de natalité le plus fort d'Europe... Sans oublier que la démographie des professionnels de santé est déclinante à court et moyen terme.

Cela induit une mutation profonde de la nature même de la médecine, de sa dispensation et de son organisation. L'hôpital public doit faire face à tous ces enjeux. Il doit s'inscrire dans une performance toujours plus exigeante pour garantir des soins de qualité, en continu. Institution autrefois centrée sur elle-même avec ses mandarins, l'hôpital est aujourd'hui ouvert sur son territoire et centré sur le patient, et même le patient citoyen.

Ses professionnels de santé, et en particulier ses praticiens, formés et qualifiés, doivent ainsi répondre positivement aux obligations de plus en plus grandes et parfois contradictoires que les nombreuses réformes voulues par nos concitoyens, ont accentué au fil du temps : gouvernance interne, mode de financement avec les Ordonnances de 2005 et la Loi de 2009, système d'assurance qualité avec l'accréditation, la certification et l'évaluation de la qualité des soins (Ordonnances de 1996, Lois de 1984, 1991 et 2009) et Droits des patients (Loi de 2002).

Alors que la démographie médicale en France est inquiétante, et même si certains établissements ou territoires de santé connaissent de réelles difficultés de recrutement médical, l'hôpital, en général, a connu un regain médical global. On observe une croissance des effectifs de praticiens hospitaliers titulaires ou probatoires temps plein et temps partiel de 38% en 9

ans, passant de 29.600 en 2002 à près de 40.900 en 2011¹. Certes, la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail a contribué, pour partie, à cet essor entre 2002 et 2004. Les recrutements, en grand nombre, de gériatres et d'urgentistes, l'intégration d'environ 8.000 praticiens à diplôme étranger constituent autant de facteurs qui ont participé à cette évolution du nombre de praticiens exerçant à l'hôpital. Mais cette croissance s'est développée sans véritable recherche d'adéquation qualitative et quantitative avec l'évolution des pratiques, des pathologies et des organisations. Il y a des services et des activités en sureffectifs et d'autres en sous-effectifs. Si l'attractivité notamment des jeunes pour l'hôpital public se confirme², l'inadaptation de l'exercice n'en est pas moins patente comme en témoignent le désenchantement et parfois le désengagement perçu dans les commissions médicales d'établissement (CME).

Cette fragilité justifie aujourd'hui des mesures adaptées et motivantes pour réussir le double pari de demain, attirer les jeunes praticiens et fidéliser ceux qui sont déjà engagés dans le service public hospitalier.

Pour maintenir le haut niveau de soins et d'activités médico-techniques que les français attendent de leur hôpital public - et lui reconnaissent encore aujourd'hui -, l'évolution des connaissances et des techniques médicales, pharmaceutiques et odontologiques doit également être prise en compte. Pour ce faire, on doit enfin revisiter la dualité public/privé, s'ouvrir aux coopérations inter-établissements, aux filières et réseaux pluridisciplinaires et à la télé-médecine.

Ce rapport ne se veut pas un énième constat de ce qui a été fait et de ce qu'il faudrait faire. Sa méthodologie a inclus un interrogatoire du praticien sous la forme d'un sondage et de débats. Le véritable sondage d'opinion réalisé sur un échantillon de 305 établissements publics de santé, auprès de praticiens de toutes disciplines et de tous statuts, fournit de nombreux éléments de diagnostic sur lesquels la Mission s'est appuyée pour mesurer les attentes et les insatisfactions. Complétée par les débats en inter-régions et les auditions nationales que la Mission a menés, pendant six mois, la présente étude dresse une suite de propositions au Politique. Elles ont été classées dans un ordre favorisant des décisions rapides parce qu'elles ne nécessitent pas une nouvelle loi mais une volonté de changements, déterminants et pressants.

Il y a en effet urgence à accompagner la mutation de la médecine et de la vie médicale d'aujourd'hui.

¹ Rapport d'activité 2010 du CNG

² Enquête du syndicat des chefs de clinique-assistants des hôpitaux de mai 2010

2. DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES INTERESSANTS

L'exercice médical à l'hôpital révèle des symptômes face auxquels les pouvoirs publics n'ont pas tardé à réagir en appelant au chevet de l'hôpital les spécialistes concernés. Ces dernières années, quatre rapports relatifs à la situation du corps médical, à son environnement et à ses attentes ont ainsi été remis aux Ministres de la Santé. Ils posent des diagnostics concordants et envisagent des prescriptions adaptées. A ce jour, ces derniers ne trouvent pas encore de traduction concrète dans le droit ou dans les faits.

2.1 Un dossier médical initial bien documenté à prendre en compte

Dans un contexte sanitaire en mutation, notamment marqué par la volonté de faire converger les secteurs public et privé, ces rapports successifs ont mis en exergue l'inadéquation de la nature et du niveau de revenus des praticiens exerçant à l'hôpital avec la réalité du travail accompli, comme avec leur degré de responsabilité et de compétence.

Dans son rapport « *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives* », remis au Ministre de la Santé en mars 2008, le Conseil national de la chirurgie (CNC) proposait la création d'un contrat d'exercice global de la chirurgie établi entre le chirurgien, l'ARS et l'établissement de santé. Le praticien percevrait une part de rémunération contractuelle majoritaire liée à l'activité et à sa qualité, ainsi qu'une part fixe indexée sur son investissement dans les missions connexes (formation, évaluation, recherche...) et sur la pénibilité. De ce contrat d'exercice global, potentiellement transposable à d'autres spécialités, résulterait une véritable évolutivité de la carrière. Les temps cliniques et administratifs seraient ainsi articulés et valorisés en fonction des aspirations individuelles comme des besoins collectifs.

En juillet de la même année, la Haute Autorité de Santé (HAS) faisait apparaître, dans une étude *relative à la rémunération à la performance des professionnels de santé*, l'insatisfaction des praticiens hospitaliers sur leurs modalités de rémunération au regard du travail accompli. Aussi légitime soit-elle, l'incitation permanente des pouvoirs publics pour l'amélioration de la qualité des soins paraissait alors de nature à accroître l'insatisfaction du corps médical. Dans un tel contexte, la part complémentaire variable (PCV) était jugée suffisante. Un système de rémunération reconnaissant les qualités médicales des meilleurs, valorisant ainsi l'effort comme le résultat, apparaissait plus apte à tirer vers le haut à la fois l'individu comme son équipe.

L'enquête de l'inspection générale des Affaires sociales (IGAS) *relative à la rémunération des médecins et des chirurgiens-dentistes*, parue en janvier 2009, relevait cette même inadéquation entre la rémunération d'un côté et l'activité et les résultats de l'autre. Il

soulignait par ailleurs que le système de rémunération n'encourageait ni la mobilité, ni la gestion dynamique des parcours de carrière, altérant ainsi l'attractivité et la performance des établissements. L'IGAS invitait à refonder les modalités de rémunération des équipes médicales par la mise en place d'un contrat d'activité pour chaque praticien. Elle préconisait enfin la refonte et l'extension du mécanisme de PCV.

Enfin, le rapport de la Mission *relative à la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, remis en juillet 2009 à la Ministre chargée de la santé, exposait dix propositions parmi lesquelles figuraient : la reconnaissance de l'équipe médicale comme unité de base de l'organisation sur un territoire, le développement d'une modularité de la carrière, la modernisation des modes de rémunération médicale à l'hôpital sans se priver d'une approche par la performance.

Dans le cadre de la production du présent rapport, cette littérature a constitué une base utile de réflexion. Si elle révèle notamment les attentes des praticiens autour de la question de la rémunération, elle permet surtout d'apprécier qu'il ne s'agit pas là d'une position de principe ou d'une approche quantitative de la question. Au contraire, ces rapports successifs et complémentaires mettent en lumière l'indispensable corrélation entre niveau de compétence, niveau de responsabilité, articulation et durée des temps de travail, d'une part et rémunération, d'autre part. Tous soulignent l'attachement du corps médical à un haut niveau de compétence et d'investissement. La valorisation institutionnelle de la profession relève donc nécessairement de l'équilibre entre performance et rémunération, donc d'une vision très qualitative des traitements.

2.2 Trois examens complémentaires pour éclairer la décision

Commandé par la Ministre de la Santé dans le cadre du suivi du protocole du 6 juillet 2010, le présent rapport doit donc ouvrir la voie de l'action, comme en témoigne l'objectif « *d'identification et de propositions des transformations souhaitables pour promouvoir demain l'exercice médical à l'hôpital* » assigné par la lettre de mission.

Les membres de la Mission, qu'ils soient personnels enseignants et hospitaliers, praticiens hospitaliers et internes, représentants du Centre National de Gestion (CNG) ou de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), ont souhaité, dès octobre 2010, approfondir le constat dressé par les rapports préalablement cités dans un souci constant :

- d'objectivation de la qualité du travail médical effectué,
- de reconnaissance de l'engagement de ceux qui s'investissent dans des projets difficiles,
- de clarification des perspectives de parcours professionnels des jeunes praticiens,

- de diversification des formes d'exercice, d'amélioration de la carrière hospitalière.

Pour relever ce défi et parvenir à leurs conclusions, la Mission a mené une étude quantitative et qualitative déclinée en trois étapes d'investigation :

- Réalisation d'une enquête d'opinion auprès de 305 établissements hospitaliers ;
- Audition de personnalités représentatives des organisations du champ de la santé ;
- Organisation de débats en inter-régions.

2.2.1 L'enquête d'opinion

La méthodologie

Le versant quantitatif de cette étude a été réalisé sur la base d'un questionnaire d'enquête, élaboré par la Mission, avec l'appui du service statistique du CNG.

Il a pour objectif de mesurer la sensibilité et la satisfaction des praticiens vis-à-vis d'indicateurs relatifs à l'exercice médical à l'hôpital, répartis autour des thèmes suivants :

- Faire envie d'une carrière à l'hôpital ;
- Assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital ;
- Promouvoir les missions et les conditions d'exercice médical à l'hôpital ;
- S'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications ;
- Faciliter l'évolution des modes et des temps d'exercice et valoriser les carrières et les rémunérations.

L'étude a porté sur un échantillon représentatif de 305 établissements hospitaliers publics (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, centres hospitaliers spécialisés, et ex-hôpitaux locaux). Il a été défini afin d'assurer la diffusion de ce sondage auprès de praticiens de tous statuts (interne, chef de clinique-assistant des hôpitaux, assistant, Praticien hospitalier, praticien attaché, praticien hospitalier contractuel, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier..), toutes spécialités et toutes tranches d'âge, choisis par les présidents de commission médicale d'établissement, conformément à une clé de répartition qui a tenu compte de la structure des emplois au plan national, tout en garantissant l'anonymat de chacun.

... Et cinq enseignements

D'une manière générale, il convient de souligner l'exceptionnel taux de participation à ce questionnaire d'enquête. Avec 1975 répondants sur un objectif fixé à 2401, il s'élève à 82%. Il faut lire dans ce chiffre l'adhésion des professionnels à cette démarche d'enquête mais surtout leur forte attente vis-à-vis des conclusions des travaux de la Mission. Plus globalement, il témoigne

du besoin d'écoute des praticiens exerçant à l'hôpital, comme de leur volonté d'être entendus.

Les éléments qui en ressortent (Cf. Annexe IV grille du questionnaire en ligne et résultats de l'enquête nationale par sondage auprès de praticiens tous statuts confondus) confortent et consolident les résultats d'études préexistantes et font émerger de nouveaux axes de réflexion.

1. Faire envie d'une carrière médicale à l'hôpital

Parmi les onze facteurs identifiés par le groupe de travail comme susceptibles de « faire envie de travailler à l'hôpital », six sont considérés comme importants par plus de 90% des répondants et majoritairement source de satisfaction dans le cadre de leur exercice professionnel :

- La qualité du travail en équipe (98,8% de taux d'importance TI / 74,6% de taux de satisfaction TS) ;
- La qualité de l'exercice clinique auprès du patient (97% TI / 69,4% TS) ;
- La qualité du plateau technique (95,3% TI / 69,8% TS) ;
- La prise de responsabilité professionnelle (93,4% TI / 77,4% TS) ;
- L'engagement dans le service public (92,4% TI / 62,8% TS) ;
- L'appartenance à une équipe médicale par spécialité (90,5% TI / 77,8% TS).

Également considérés comme importants, l'attractivité des emplois, des fonctions et des carrières (88%) et la recherche clinique et les publications scientifiques (70,5%) sont, en revanche, une source notable d'insatisfaction avec des taux respectifs de 60,3% et 46,8%. Un effort semble donc très nettement attendu en la matière.

2. Assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital

Avec 68 à 96,3% des répondants qui qualifient d'importants 8 des 10 indicateurs de cohérence entre les projets individuel et collectif, leur pertinence est confirmée. Sur ce thème, il convient toutefois de souligner les taux médiocres de satisfaction enregistrés. Il apparaît ainsi très fortement que la cohérence entre le projet individuel du praticien et le projet collectif de l'hôpital doit être renforcée :

- La valorisation de votre activité individuelle (91,4% TI / 54,6% TS) ;
- L'adaptation de votre projet personnel au projet collectif (90% TI / 50,8% TS) ;
- L'acceptation par l'équipe soignante (praticiens et paramédicaux) d'une adaptation aux besoins du service (89,1% TI / 51,3% TS) ;
- L'exercice de votre spécialité dans une équipe et dans le cadre d'un territoire de santé (84,8% TI / 51,4% TS).

En termes de valorisation collective de l'équipe médicale et de reconnaissance de l'implication dans la vie institutionnelle, items considérés comme importants à 96,3% et 75,3%, l'insatisfaction prend très largement le pas sur la satisfaction avec des taux d'insatisfaction de 52,4% et 47,3%, avec un écart de 7,5% par rapport au taux de satisfaction. Par ailleurs, la possibilité d'un

exercice conjoint public et privé à l'hôpital est considérée comme le critère le moins attractif par les répondants

3. Promouvoir les missions et les conditions d'exercice médical à l'hôpital

Parmi les dix indicateurs relatifs aux missions et aux conditions de l'exercice médical à l'hôpital, tous sont considérés comme importants par les répondants. Cinq se distinguent avec des taux d'importance supérieurs à 80 % :

- Les conditions de vie au travail ;
- La continuité des soins et la permanence médicale et pharmaceutique ;
- La prévention et la gestion des conflits ;
- Le dialogue social ;
- La prévention des autres risques professionnels.

Sur ces cinq items identifiés comme les plus importants, il convient de souligner que seule la continuité des soins/permanence médicale est considérée satisfaisante (64,2%) par les praticiens interrogés. La prévention et la gestion des conflits emporte le taux d'insatisfaction le plus significatif, puisqu'il s'élève à 57,6%, avec un écart de plus de 25% par rapport au taux de satisfaction.

Considérées comme importantes à 79,7 et 77,7%, la charge des activités administratives et la prévention des risques psycho-sociaux méritent d'être soulignées. Le premier indicateur rassemble en effet 71,8% d'insatisfaits, soit un écart de 48,1% par rapport au taux de satisfaction. Le taux d'insatisfaits s'élève à 51% pour le second indicateur, avec un écart très significatif de 21,1% par rapport au taux de satisfaction.

4. S'inscrire dans une approche métiers, compétences, qualifications et rémunérations

En la matière, quatre des sept indicateurs proposés se distinguent avec un niveau d'importance supérieur à 94%. Parmi eux, deux sont jugés particulièrement satisfaisants :

- L'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles (97,4% TI / 63,5% TS) ;
- La coopération entre professionnels de santé (94,2% TI / 62,8% TS).

Considérée comme importante par 96,5% des répondants, la formation médicale continue (FMC) / développement professionnel continu (DPC) ne satisfait que 52,4% d'entre eux.

Enfin, la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités et des modes d'exercice, jugée importante à 95,6%, est source d'insatisfaction pour plus de 50% des praticiens interrogés.

Si elle est considérée comme légèrement moins importante (78%), la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences recueille 56,8% de taux d'insatisfaction, soit un écart de 36,5% par rapport au taux de satisfaction.

5. *Faciliter l'évolution des modes d'exercice, du temps de travail et valoriser la carrière et la rémunération*

La modularité des modes d'exercice et du temps de travail tout au long de la carrière sont véritablement plébiscités, avec 91,6% de répondants favorables. Dans une même dynamique, 70,7% des praticiens interrogés déclarent préférer l'évolution en fonction du temps de travail, des activités et des projets convenus et évalués plutôt que de l'évolution à l'ancienneté.

Parmi les critères d'évolution des modes d'exercice et de valorisation de la carrière, l'évolution des retraites et le développement professionnel continu sont jugés essentiels, avec des taux d'importance supérieurs à 90%.

En ce qui concerne la rémunération, les répondants souhaiteraient majoritairement la voir évoluer sur l'ensemble de leur carrière (66,9%), même si un effort particulier est attendu au début de leur parcours professionnel.

2.2.2 Les auditions

La méthodologie

Sans prétendre à l'exhaustivité, la Mission a souhaité compléter les résultats quantitatifs de l'étude nationale sur l'exercice médical à l'hôpital par une approche qualitative. Elle s'est naturellement engagée dans l'audition de personnalités qualifiées (voir leur liste en annexe V) afin de recueillir leur expertise. Ces personnalités qualifiées ont été entendues le plus souvent en collectif restreint lors de séances de travail de la Mission, élargi pour la circonstance. En inscrivant l'audition dans un cadre collectif, la Mission nourrissait un double objectif :

- de recueil d'une parole complètement libre (non encadrée par un protocole d'entretien directif ou semi-directif) ;
- d'émulation et de brainstorming afin de favoriser l'émergence des idées.

Ces auditions ont été programmées les 11 et 25 mai, le 8 juin et le 11 juillet 2011.

Les enseignements

Les auditions ont permis de mettre en exergue des idées-clés structurantes sur l'exercice médical à l'hôpital eu égard au profil du public consulté (Cf. Annexe V - comptes rendus des auditions et des débats inter-régionaux), telles que :

- l'amélioration nécessaire de l'accueil des jeunes internes dans l'hôpital, le besoin de mieux coordonner le post internat (clinicat notamment) et la prise de fonction en qualité de PH en veillant à fluidifier et à sécuriser les parcours professionnels :
 - en évitant la baisse de rémunération réelle par une revalorisation des bas de grilles salariales qui constitueraient le socle de rémunération,
 - en contractualisant au bon niveau (l'équipe, le pôle, le territoire...) afin d'offrir souplesse, modularité et une réponse adaptée aux

besoins de santé (notamment au regard de la permanence des soins, en articulation avec les champs privé salarié et libéral).

- la recherche d'une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie privée/familiale, en raison notamment de la féminisation de la profession de praticien ;
- l'intérêt à susciter le plus tôt possible la vocation de praticiens pour une participation à la gestion administrative et au management ;
- la prise en compte de la spécificité de l'exercice médical à l'hôpital en permettant une représentation des praticiens dans les CHSCT et un volet propre aux personnels médicaux dans le projet social de l'établissement.

2.2.3 Les débats interrégionaux

La méthodologie

En complément des démarches d'enquête qualitative et d'auditions de personnalités qualifiées, la Mission a enfin organisé des débats en inter-régions. Cet exercice a utilement complété les auditions en se fondant sur une participation libre et volontaire des participants et sur la recherche, non plus d'une expertise, mais de témoignages.

Quatre zones inter-régionales ont été définies afin de structurer ces débats qui ont eu lieu le 18 mai 2011 à Lille, le 1er juin 2011 à Bordeaux, le 15 juin 2011 à Paris et le 22 juin 2011 à Lyon. (Cf. Annexe V détaillant les régions regroupées). Ils ont réuni près de 300 professionnels fortement impliqués dans l'hôpital aujourd'hui, et soucieux de son avenir. Les débats se sont appuyés sur les travaux menés par les membres de la Mission autour de trois thématiques :

- L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge ;
- La carrière et le parcours professionnel ;
- La reconnaissance et la valorisation de l'exercice médical.

Les enseignements

D'une manière générale, les débats ont permis de conforter les tendances observées dans le cadre de l'analyse des résultats du sondage. La diversité et la richesse des interventions ont pointé plus précisément de fortes aspirations sur les points suivants.

1. L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge

L'équipe

Avec 98,8% de taux d'importance et 74,6% de taux de satisfaction, la qualité du travail en équipe avait été identifiée comme facteur clé de l'envie des praticiens d'exercer à l'hôpital public. Les comptes rendus de débats apportent des explications essentielles à cet attachement.

Elle apparaît comme une ressource sociale en ce qu'elle favorise l'échange et évite les replis catégoriels. De ce fait, elle atténuerait les risques psychosociaux (notamment burn-out). Elle est également perçue comme une ressource professionnelle, les échanges qui s'y construisent participant de la transmission des savoirs. Sa structure, hors ligne hiérarchique, la rend source

de motivation en ce qu'elle favorise la prise de responsabilité. L'ambiance de l'équipe est un facteur clé d'attractivité.

Le pôle

L'enquête d'opinion a fait apparaître un faible attachement à la notion de pôle. L'appartenance à une équipe médicale dans un pôle d'activité n'était considérée importante en termes d'attractivité que par 57,7% des répondants, avec un taux de satisfaction de 46,9%. Sur ce point, les débats complètent utilement les connaissances :

- Le pôle est ainsi le cadre et surtout le niveau de la gestion médico-administrative, avec la nécessaire articulation entre la lourdeur de cette tâche et l'exercice médical ;
- S'il est nécessairement hiérarchisé, le pôle semble tout de même pouvoir ménager l'expression de la démocratie interne. Il offre ainsi au jeune praticien la possibilité d'y trouver sa place.

Le territoire

La territorialisation de l'offre de soin, notamment par l'organisation en communauté hospitalière de territoire apparaissait peu dans le sondage d'opinion. Les débats permettent de les faire émerger comme facteur d'attractivité, et surtout comme un cadre sécurisant du déroulement d'une carrière, d'une part et comme un nouvel espace de développement de l'équipe médicale (dans le cadre des temps médicaux partagés), d'autre part.

2. La carrière et le parcours professionnel

Le besoin de lisibilité des parcours professionnels est réaffirmé. A ce jour, la possibilité de se projeter tant en termes de responsabilité que d'affectation semble inexistante, quelle que soit l'étape dans la carrière du praticien.

La modularité est plébiscitée. Elle doit être mise en œuvre dès le début de la carrière. Alors que la gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences est une source d'insatisfaction pour 56,8% des praticiens, les débats font apparaître que de fortes attentes pèsent sur elle.

3. La reconnaissance et la valorisation de l'exercice médical

On retrouve, dans les comptes rendus des débats, l'exigence des praticiens pour un haut niveau de compétence.

Il existe une demande appuyée, voire une certaine frustration, en termes d'organisation et de financement de la formation, tant médicale que managériale. Alors que l'enquête d'opinion révélait que l'acquisition de compétences managériales n'était considérée comme importante que par 68,2% des répondants, la formation au management des praticiens est régulièrement revenue dans les débats. Elle doit clairement être renforcée.

L'exigence d'un haut niveau de compétence s'exprime également par un attachement aux pratiques d'évaluation et d'entretien professionnels qui doivent être développés.

Enfin, ces débats recroisent les conclusions des différents rapports sur la rémunération, comme celles de l'enquête d'opinion conduite par la Mission. La modularité et la contractualisation des carrières doivent favoriser un intéressement à la performance dans un cadre sécurisé, interdisant le favoritisme ou la sanction voilée.

3. POUR UNE THERAPEUTIQUE URGENTE ET COORDONNEE

Identifier, organiser et valoriser des « équipes médicales »

Identifier

"L'équipe médicale"³ unité de base de l'organisation hospitalière constitue le fondement de l'identité hospitalière. Sans remettre en question l'organisation « polaire » des hôpitaux, ni revenir aux « services patrimoniaux », il s'agit de permettre aux médecins, pharmaciens et odontologistes de retrouver leur place au sein d'un groupe à taille humaine, et, par la mutualisation de compétences, de servir des objectifs communs. L'équipe ne vise pas le seul regroupement formel de praticiens, mais doit permettre de leur donner une véritable synergie. Une équipe peut être définie, indifféremment, autour d'une spécialité, d'une discipline, d'un organe ou d'une pathologie. Elle peut se développer à l'intérieur d'un pôle, d'un établissement, mais aussi hors les murs, dans un territoire de santé (réseau, filière, secteur...).

L'enjeu et la méthode ne peuvent pas être les mêmes selon qu'on se situe dans un gros établissement de santé urbain ou au sein d'un petit hôpital dans un territoire de santé rural. Dans le premier cas, l'équipe peut vraisemblablement être comparée aux services, sans en reprendre le mode de fonctionnement obsolète. Dans le cas d'hôpitaux de taille moyenne, la mise en place des Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) doit tenir compte de l'impératif de constituer des équipes territoriales avec des pôles inter-établissements. De l'avis de la Mission, c'est le projet de l'équipe qui doit être le moteur des CHT. Une équipe n'est alors plus la simple somme des praticiens qui la composent. Elle doit permettre de concevoir l'organisation des soins, notamment la permanence et la continuité, de manière à ce que l'équipe puisse à la fois offrir des soins de qualité dans le temps et l'espace, tout en assurant aux praticiens des conditions de travail attractives.

C'est pourquoi il est important que toutes les équipes médicales soient réunies au moins une fois par an pour faire le bilan de l'activité de l'année écoulée et échanger sur les grands projets et sur les perspectives à court et moyen terme de l'établissement, dans la démarche territoriale.

Organiser

³ La notion d'équipe médicale figure déjà dans l'article L. 6146-1 CSP. L'affirmation de son rôle suppose la formalisation de son articulation avec l'organisation interne des EPS (pôles, structures internes). Son intervention dans les formules de coopération (GCS, CHT) suppose une disposition législative. Par ailleurs, comme son nom l'indique l'équipe médicale est limitée aux personnels médicaux. Ses modalités d'organisation et de fonctionnement ne sont donc pas susceptibles d'impacter le champ des droits et obligations des fonctionnaires hospitaliers.

Les missions et activités de l'*équipe* sont définies par types de structure. Le nombre de praticiens qualifiés nécessaires pour y faire face doit être quantifié en tenant compte de l'ensemble des activités contractualisées (soins, enseignement, recherche, expertise, tutorat, missions d'intérêt général, coordination, management...) et du temps nécessaire à l'exécution sereine et efficace de chacune de ces activités, en priorisant le soin. L'*équipe* peut intégrer tout praticien, quel que soit le statut (public/privé) et le mode d'exercice (salarier/libéral), pour répartir l'obligation de continuité et de permanence des soins et renforcer la cohésion des équipes et la solidarité entre professionnels de santé. Une attention particulière doit être apportée à l'accueil des nouveaux praticiens, afin de garantir la pérennisation et le renouvellement des effectifs. Chaque intégration dans l'*équipe* s'accompagne d'une contractualisation qui laisse clairement apparaître les droits et devoirs du professionnel.

*Un fonctionnement contractuel*⁴

L'organisation du travail au sein de l'*équipe* médicale est fondée sur des règles simples, actualisées et optimisées par une contractualisation visible de tous et évaluée, sur la base d'une part, d'un *contrat collectif d'équipe* intégré au contrat de pôle et d'autre part, d'un *contrat individuel d'engagement* pour chaque professionnel de l'*équipe*. La mise en œuvre du contrat d'engagement collectif de l'*équipe* procède, en déclinaison, du contrat de pôle.

Le *contrat individuel*⁵ d'engagement du professionnel médical au sein de l'*équipe* formalise ses devoirs en matière de soins, de prévention et d'éducation thérapeutique, de missions d'intérêt général internes ou externes, d'enseignement, de recherche clinique, d'investissement institutionnel, de participation à la permanence des soins, mais aussi ses droits en matière de congés, de formations, de projets personnels, de missions ou de stages dans d'autres équipes françaises, européennes ou internationales. Les missions hors soins qui auront été contractualisées sont intégralement prises en compte dans l'organisation du travail du professionnel et de l'*équipe*. Il constitue l'outil structurant de la modularité pour le professionnel, au travers du tableau annuel prévisionnel d'activité (TAPA).

*Un chef d'équipe*⁶

Un chef d'équipe est choisi par ses pairs, sans discrimination de statut, pour une période définie et en favorisant le renouvellement. Il est mandaté pour représenter les intérêts de l'*équipe* auprès du bureau et du chef de pôle. Comme le chef de pôle, il dispose régulièrement de tableaux de bord dans le domaine des activités médicales, à la fois simples et clairs, pour lui permettre d'établir des comparaisons utiles à activités et moyens comparables. Il est délégué, lorsque cela est possible, pour représenter l'équipe auprès de l'institution, des réseaux ou du territoire. Il participe avec le chef de pôle et la direction d'établissement au choix des praticiens affectés dans la structure

⁴ Articulation du contrat collectif et du contrat individuel avec le contrat de pôle prévu à l'article L. 6146-1 CSP et les dispositions de l'article L. 6143-3-2 et du 5° de l'article L. 6143-6 CSP.

⁵ Le contrat individuel d'engagement est à formaliser dans les statuts au regard des articles R.6152-26 à R. 6152-33.

⁶ Son articulation avec le chef de pôle est prévue par les articles L. 6146-1 et R. 6146-4 du CSP.

qu'il anime et coordonne. Il est le garant des engagements contractualisés entre *l'équipe médicale* et les praticiens qui la composent. A l'instar de la révision annuelle du contrat de pôle entre le directeur d'établissement, le chef de pôle et le président de la CME, une révision du contrat d'engagement collectif de *l'équipe* a lieu annuellement, entre le chef de pôle et le chef d'équipe puis entre le chef d'équipe et les praticiens, s'agissant de son éventuel impact sur les contrats d'engagement individuel. Les postes médicaux sont définis, quant à eux, sur la base d'un profil précis, avec évaluation annuelle dans le cadre d'une révision générale des effectifs médicaux.

Un référent médical pour les personnels médicaux⁷

Un référent médical est identifié au sein de chaque *pôle* pour les personnels médicaux (médecins, pharmaciens, odontologistes). Il est chargé de veiller, en relation avec la médecine du travail et toute instance utile au sein de l'établissement ou du territoire ainsi que, le cas échéant, avec l'ARS et le CNG, à ce que les conditions de vie au travail soient réunies pour permettre à chaque praticien de s'accomplir dans son exercice. Il s'agit de mieux prendre en compte les attentes majeures en matière de conditions de vie au travail, de dialogue social, de prévention des risques psycho-sociaux. La prévention et la gestion des conflits doivent également trouver un sens au sein des équipes.

Toutefois, il paraît utile de recommander qu'une démarche ou qu'une instance de médiation ou de conciliation soit organisée autour du président de CME, du directeur des affaires médicales et du médecin du travail qui bénéficieront à ce titre d'une formation adaptée. Au-delà, la commission paritaire régionale assurera le soutien et l'accompagnement à cette démarche et le directeur général de l'ARS se substituera aux acteurs locaux, en cas de nécessité. Une voie de recours au niveau national (CNG) doit être ouverte afin d'arbitrer les conflits qui n'auront pas pu être réglés au niveau régional.

Il est ainsi recommandé que la CME élabore un code de bonne conduite pour soutenir la solidarité entre praticiens au travers d'un programme d'actions pluriannuel, évalué chaque année, pour instaurer ou restaurer la dynamique et la confiance entre pairs professionnels.

Pour soutenir cette approche, des indicateurs sociaux prioritaires permettant d'anticiper ou de repérer les situations à risque seront mis à disposition des établissements de santé par la direction générale de l'Offre de soins du ministère de la Santé, en lien avec le CNG.

Dans le prolongement, un programme d'actions pluriannuel sur la prévention des risques professionnels des praticiens devra être développé dans le cadre des travaux réalisés par un CHSCT mis en place spécifiquement pour les praticiens.

⁷ Son articulation avec les collaborateurs des chefs de pôle est prévue à l'article L. 6146-1 CSP.

Enfin, *l'équipe* sera un lieu de réflexion et de développement de l'articulation interprofessionnelle, en étroite concertation avec les cadres des équipes paramédicales concernées. Il s'agit d'encourager les initiatives de développement de la coopération entre professionnels de santé pour valoriser l'exercice professionnel des praticiens et des paramédicaux, développer, en confiance, la cohésion de l'équipe soignante et assurer un enrichissement professionnel pour chacun.

Valoriser

Un projet de schéma organisationnel et des principes de fonctionnement général sont proposés par le chef d'équipe, en lien avec les praticiens concernés. Ces projets, une fois validés par le chef de pôle dans la dynamique du projet de pôle, s'inscrivent dans le contrat de pôle et dans le projet médical et le projet d'établissement.

C'est dans ce cadre que la valorisation collective des *équipes* va permettre le développement de projets collectifs (praticiens et paramédicaux notamment), en lien avec la CME, en favorisant la promotion d'un intéressement collectif sur résultats (amélioration des conditions de vie au travail, participation à des travaux de recherche ou à des programmes d'innovation, colloques, séminaires ou missions, y compris à l'étranger, systèmes d'information...). Elle se traduira par l'attribution de crédits spécifiques par l'établissement visant à améliorer l'organisation des soins portée collectivement par *l'équipe*. C'est elle qui décidera de l'utilisation des crédits ainsi alloués. Par contre, les incidences financières à caractère individuel s'inscriront dans la part variable de la rémunération du praticien concerné.

Dans le cadre de la démarche de qualité recherchée de l'organisation, une labellisation des équipes médicales pourrait être promue par la Haute Autorité en Santé (HAS) pour attirer et fidéliser les praticiens à l'hôpital.

De même, des distinctions hospitalières pourraient être délivrées, chaque année, par le Ministère de la Santé aux équipes dont l'engagement et la performance collective seraient reconnus ainsi qu'à des praticiens très impliqués dans le domaine des soins et de leur organisation.

Choisir, construire et adapter sa carrière médicale à l'hôpital

En préambule, la Mission considère que la mise en œuvre opérationnelle d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales constitue un impératif national, régional et territorial.

La carrière d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un odontologiste hospitalier s'étale sur environ 35 ans. Elle évolue à l'ancienneté. Les mutations sont rares et les changements ou ajouts d'activités ou de responsabilités se font au fil de l'eau, en mille-feuilles, sans projet explicite. Si les profils de poste, récemment élaborés, éclairent initialement le praticien et l'institution sur les conditions du recrutement, rien ne permet ensuite, pendant 3 ou 4 décennies, de connaître,

d'accompagner ni de réguler les changements de projets du praticien, d'intégrer les besoins et/ou les souhaits d'évolution de ses compétences et encore moins de les harmoniser avec les choix stratégiques de l'hôpital dans lequel il exerce ou de ceux des hôpitaux voisins avec lesquels il coopère.

Une thérapie forte doit donc être proposée pour construire une carrière motivante, évaluée et sécurisée à l'hôpital public. Il s'agit d'entreprendre une action déterminée afin d'assurer la promotion des métiers et des carrières dans le secteur public hospitalier. Cette action est construite autour d'une carrière modulable sécurisée et une contractualisation interne négociée qui doivent s'articuler et se combiner. Une telle évolution doit s'accompagner d'une formation initiale des étudiants et des internes visant l'acquisition d'une vision globale du système de santé, dans une véritable approche de l'éthique et des sciences humaines pour bien appréhender leur futur environnement professionnel.

Cette double action se synthétise en quatre points :

- *Une carrière modulable des praticiens titulaires ou probatoires gérée nationalement pour la sécuriser ;*
- *Une unification des statuts de praticiens contractuels gérés localement à engager ;*
- *Une contractualisation locale pour intégrer le projet individuel du praticien dans le projet d'équipe ;*
- *Une adaptation des temps de travail aux différentes périodes pour concilier la vie professionnelle, familiale et personnelle.*

3.2.1 Une carrière modulable des praticiens titulaires ou probatoires gérée nationalement pour la sécuriser.

Un statut pérenne et suffisamment souple doit sécuriser la carrière. Le praticien - qui portera le titre de « médecin, chirurgien, anesthésiste-réanimateur, psychiatre, radiologue, biologiste, pharmacien ou odontologiste » selon son statut d'appartenance - dispose d'un socle statutaire commun pour les praticiens à temps plein et à temps partiel titulaires ou probatoires, gérés par le CNG. Conditions générales d'exercice, droits sociaux et organisation globale de la carrière constituent le cadre de ce statut commun. A ce titre, le praticien est rémunéré selon une grille comportant six échelons et correspondant à la plus grande partie de la rémunération statutaire actuelle.

Le CNG assure le pilotage et l'accompagnement des praticiens dans le cadre de parcours professionnels individualisés à l'occasion de la constitution d'un vivier national de praticiens pour répondre à des besoins spécifiques notamment institutionnels, au plan national ou régional. Il coordonne la création de passerelles professionnelles pour faciliter la mobilité fonctionnelle des praticiens, en lien avec les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur et les ordres professionnels nationaux. En outre, il développe une bourse de l'emploi sur la base de profils de postes valorisant les postes vacants ou susceptibles de l'être pour éclairer les jeunes praticiens voulant intégrer le service public hospitalier ou faciliter la mutation de ceux qui y sont déjà engagés. De même, une « CV thèque » devra être intégrée

dans la bourse de l'emploi pour promouvoir la candidature de praticiens, en rapprochant l'offre de la demande.

Il est également proposé de segmenter la carrière des praticiens en « modules » d'une durée de trois à dix ans. Une carrière type serait ainsi constituée d'au minimum trois modules. Chaque module est précédé d'un bilan rétrospectif et d'un partage de projets pour le module à venir. Une évaluation des acquis et des évolutions des compétences est réalisée. Cette évaluation est médicalisée et associe selon les besoins le CNG, la HAS et les sociétés savantes.

A chaque entrée dans un module, le praticien choisit son quota de temps de travail (de 50 à 110%) dans le cadre de la gestion nationale confiée au CNG. Une fois le bilan personnel réalisé, et la détermination du temps de travail effective, le praticien s'intègre contractuellement dans une ou plusieurs équipes territoriales.

La contractualisation des fonctions et des 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. Cette modularité et cette contractualisation doivent 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, l'expertise, le tutorat/compagnonnage ou le projet personnel.

Une action particulière doit être menée sur le premier et le dernier module de la carrière. Durant le premier module, le projet de carrière pourra être éclairé par le partage des activités et par la capacité à effectuer des remplacements ponctuels ainsi que par la mise à disposition par le CNG, des postes disponibles. Il est en effet souhaitable d'intégrer le post internat et éventuellement la deuxième partie du troisième cycle des études médicales dans le premier module de la carrière en favorisant un accompagnement adapté du jeune praticien par le biais du tutorat.

Il s'agit de donner un signal fort aux jeunes médecins, pharmaciens et odontologistes en les intégrant de facto dans les carrières hospitalières, même s'ils continuent à être gérés localement dans le premier module de la carrière de praticien.

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 hospitalière et à son projet collectif. Bien que non limité au premier module de la carrière, le soutien aux conditions d'exercice notamment pour les femmes praticiens, de plus en plus nombreuses à l'hôpital, (accompagnement pour l'accès des enfants en crèche ou en garderie, restauration collective, lieux de repos...) constitue une attente majeure encore trop souvent peu satisfaite.

Le dernier module de la carrière doit permettre de conserver le dynamisme et l'engagement du praticien. Pour ce faire, le statut de consultant devra être modernisé en CHU, tout comme le cumul emploi-retraite. Partout, la participation à l'évaluation et la transmission de savoirs doivent être encouragées et valorisées, sous réserve d'une aptitude médicale et d'une

évaluation professionnelle positive. De même, la prolongation volontaire et contractuelle d'activité sera soutenue. L'évolution, bien qu'actuellement contrôlée du régime général de retraite et du régime complémentaire de l'IRCANTEC, est à l'origine de discussions, voire d'inquiétudes, des praticiens hospitaliers, jeunes et moins jeunes.

Les propositions les plus souvent avancées portent sur un élargissement de l'assiette de cotisations IRCANTEC (totalité des primes et indemnisation des astreintes), la possibilité d'un régime de complément partiellement financé par une participation de l'employeur ou une défiscalisation et la possibilité d'une transformation du compte épargne temps en compte épargne retraite, permettant le rachat de points.

Par ailleurs, la prise en compte de la pénibilité (travail de nuit) pourra être effective dans ce dernier module.

Enfin, une part importante doit être donnée à la promotion de la recherche clinique. Il est proposé à ce titre la mise en place d'un contrat d'engagement individuel dans un projet de recherche clinique pour la durée du programme, avec prise en compte intégrale de ces travaux sur le temps de travail, participation aux publications scientifiques et financement des déplacements ou missions pour valoriser et promouvoir les travaux réalisés et participer aux échanges professionnels sur le sujet au plan national, européen et international. Ce contrat pourra s'intégrer en souplesse aux différents modules de carrière.

3.2.2 Une unification des statuts de praticiens contractuels gérés localement

Les praticiens contractuels sont, quant à eux, recrutés localement par les directeurs chefs d'établissement sur des statuts hétérogènes (praticiens hospitaliers contractuels, praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés...). Or, à l'exception des praticiens associés, ils ont une même plénitude d'exercice dans leur spécialité, selon des règles et des quotités de travail souvent comparables.

C'est pourquoi il paraît, aujourd'hui plus qu'hier, nécessaire d'unifier ces différents statuts de praticiens contractuels pour rapprocher les droits et devoirs de tous les praticiens exerçant à l'hôpital et ainsi définir un temps médical disponible complet pour assurer la totalité des activités, quel que soit le statut d'appartenance.

Un tel dispositif est d'autant plus justifié que l'hôpital s'ouvre résolument au partenariat territorial, public et privé, qu'il convient d'encourager par de nouvelles règles de fonctionnement de l'exercice médical, à la fois simples et claires.

Toutefois, les statuts spécifiques aux praticiens en post-internat (chefs de clinique-assistants des hôpitaux, assistants des hôpitaux..), sous gestion locale mais en lien avec le CNG pour les perspectives professionnelles de praticien hospitalier, doivent être revisités et optimisés indépendamment de l'unification des statuts de praticiens contractuels.

De même, l'harmonisation des obligations de permanence des soins entre les secteurs sanitaires, public et privé, salarié et libéral, reste une question essentielle si l'on veut faire émerger un système de santé véritablement articulé, complémentaire, solidaire et responsable pour prendre en charge de manière optimale les besoins en forte évolution de nos concitoyens.

Une unification des statuts de praticiens contractuels gérés localement, selon des principes de rémunération et de protection sociale proches de ceux des praticiens titulaires ou probatoires, doit être particulièrement considérée.

3.2.3 Une adaptation du temps de travail à organiser

L'évolution de la législation européenne, l'adaptation de la RTT et le sujet de la permanence des soins justifient de revoir les modalités d'organisation journalière du travail médical à l'hôpital que la Mission propose de clarifier. Les travaux en cours sur la permanence de nuit engagés par les ARS vont dans ce sens.

Il est donc proposé que chaque journée de 24 heures soit divisée en 5 quartiers :

- De 8h30 à 18h30, les jours de semaine (LMMJV et S matin) la journée est divisée en deux quartiers de jour d'environ cinq heures. Ces quartiers doivent rester souples pour permettre la continuité des activités dans le cadre des tableaux annuels prévisionnels d'activité.
- De 18h30 à 22h30, un quartier de soirée devra être créé. Evidemment, ce temps de soirée ne serait éventuellement déclenché que dans un cadre contractuel entre l'établissement et l'ARS et décliné ensuite dans le contrat de pôle. Le financement contractualisé de ce quartier de soirée devra tenir compte de la pénibilité particulière induite.
- Enfin de 22h30 à 8h30, deux quartiers de nuit correspondraient à la permanence de nuit dès lors qu'elle est reconnue comme telle dans le projet d'établissement ou de territoire.

Cette présentation permettrait de réduire à dix heures le temps de permanence de nuit et simplifierait la mise en œuvre de la législation européenne.

Le sondage confirme en effet que majoritairement ,39% de praticiens, souhaitent que le temps de travail soit décompté en demi-journées. Une proportion, également importante (36%) notamment dans les CHU, souhaite que le temps de travail soit modulé. Sur ces deux constats, il apparaît que l'identification en cinq quartiers répond aux attentes d'acceptabilité, de reconnaissance, de souplesse et d'adaptation institutionnelle.

Au-delà, et comme évoqué précédemment, le choix volontaire du praticien de travailler par modules de 50 à 110% des 208 jours de travail du temps de référence (en monétisant volontairement et contractuellement tout ou partie des jours de RTT), ainsi que l'affectation contractuelle du temps de travail dans le tableau annuel prévisionnel d'activité de l'équipe, constituent des propositions majeures de la Mission.

3.2.4 Une contractualisation locale pour intégrer le projet individuel du praticien dans le projet d'équipe

Le praticien, l'équipe et l'institution ont besoin de disposer d'un descriptif clair des organisations des activités médicales à l'hôpital. C'est au niveau de *l'équipe* médicale (service, unité...) que doit être établi le projet médical de l'équipe et le tableau annuel prévisionnel d'activité (TAPA) actuellement fixés par la réglementation au niveau du pôle. Celui-ci précise, a priori, le temps médical nécessaire à la réalisation des objectifs de l'équipe. Par journées et demi-journées de travail (ou quartier), voire dans certains cas par décompte horaire, le TAPA doit définir le temps nécessaire à l'activité professionnelle et médicale de chaque praticien, dans six domaines principaux :

- Le soin : diagnostic et traitement, continuité et permanence, incluant les activités de télémédecine ;
- La santé : prévention, éducation ;
- La qualité et la sécurité : gestion des risques, vigilance, évaluation ;
- La formation, l'enseignement, la recherche et notamment la recherche clinique ;
- Les responsabilités institutionnelles et l'engagement dans la gestion médico-économique ;
- Le projet personnel dont il est en effet important de conserver une partie (action humanitaire, éthique ou santé publique ; action syndicale...), essentielle à la motivation.

Dans un exercice médical rénové autour d'une équipe contractualisant ses activités dans un tableau prévisionnel annuel d'activité, la pérennité de l'activité libérale à l'hôpital se pose.

Par ailleurs, la charge de travail administratif, considérée comme la première cause d'insatisfaction dans le sondage, justifie que des mesures spécifiques soient proposées. Une aide par des assistants ou des techniciens spécialisés dans le traitement de l'information et dans la gestion administrative et logistique serait probablement une réponse adaptée. Parallèlement, une expertise pourrait être menée sur la pertinence et l'utilité des études, enquêtes, statistiques et remontées d'information demandées aux hôpitaux, tant au plan administratif que médical et scientifique.

La question de la pénibilité au travail des praticiens exerçant à l'hôpital doit être aussi abordée.

Cette pénibilité est de nature polymorphe : stress, agression psychique voire physique, isolement, poste difficile à pourvoir, spécificité d'exercice, productivisme, constituent quelques uns des aspects les plus fréquents de la pénibilité ressentie. Le travail de nuit, les dimanches et les jours fériés, représente aussi un élément central de pénibilité. Il en est ainsi de la permanence des soins pour le praticien qui constitue, au-delà d'un certain seuil, également une pénibilité reconnue. La définition d'un seuil qui pourrait être retenu pour un nombre de permanences sur place ou d'astreintes déplacées par an, paraît utile pour reconnaître cette charge spécifique. Au-delà de ce seuil, reconnu et validé par un tableau annuel prévisionnel d'activité, la pénibilité exercée pourrait faire l'objet d'aménagements, y compris pour

l'établissement des droits à la retraite. Afin que cette contrainte soit partagée entre tous les praticiens, quel que soit leur mode d'exercice (public et/ou privé), elle doit s'organiser à l'échelle du territoire.

Enfin, le praticien pourrait être autorisé à utiliser tout ou partie de son compte épargne temps pour réaliser un projet professionnel ou personnel particulier sans lien avec l'établissement, si le tableau annuel prévisionnel d'activité le permet.

3.3 Repenser la valorisation financière de l'activité médicale

La reconnaissance professionnelle et institutionnelle de l'activité du praticien hospitalier au sein de son équipe et de son institution hospitalière constitue une clé de management indispensable. Elle doit s'établir dans le respect de la politique d'évaluation de la qualité des soins définie par la commission médicale d'établissement (CME). Rémunérée comme telle, cette reconnaissance est un corollaire à celle du praticien qui la réalise. La prise en compte des mutations environnementales, technologiques et juridiques serviront à l'évaluation du programme réalisé et à l'adaptation de ses évolutions.

Le temps de l'intégration du praticien dans l'hôpital au cours de son premier module de carrière constitue à ce titre une étape importante. L'existence d'un profil de poste détaillé équivaut probablement au premier contrat d'engagement individuel passé entre le praticien et son équipe, entre le praticien et l'institution.

L'accueil et une information claire sur le projet de territoire, d'établissement, du pôle et de l'équipe sont des éléments essentiels à une bonne visibilité du praticien et à une intégration réussie. En miroir, il est important que le praticien puisse formuler ses envies, attentes et engagements professionnels :

- Les soins, la permanence et la continuité des soins ;
- La prévention et l'éducation thérapeutique individuelle et collective ;
- La recherche clinique et la production scientifique ;
- L'enseignement et le tutorat des praticiens et des paramédicaux, très fortement demandés, y compris dans les établissements non universitaires ;
- L'activité d'expertise scientifique pour les agences et structures publiques, ou pour le système judiciaire ;
- La participation au développement professionnel continu, aux évaluations professionnelles, certification, accréditation et, au-delà, l'engagement dans la qualité.

C'est de cet échange d'informations et d'objectifs que peut naître une véritable reconnaissance professionnelle du praticien au sein de l'équipe et de l'établissement. Le contrat vient ensuite formaliser les droits et devoirs respectifs de chacun, dans le cadre des objectifs institutionnels et préciser les indicateurs sur lesquels sera appréciée l'atteinte ou non des objectifs convenus.

La valorisation financière est sans aucun doute un facteur d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital. Elle doit être mise en perspective avec celle des carrières libérales. Les revenus de l'exercice libéral croissent très rapidement en début de carrière et restent élevés jusqu'à 55 ans en moyenne, âge au cours duquel les revenus commencent à décroître. Au contraire à l'hôpital, l'augmentation des revenus sur la grille statutaire sont progressifs et lents. C'est à partir de 55 ans que les revenus deviennent et restent plus importants. Il existe une différence moyenne de 40% entre les deux modes d'exercice en surface de rémunération sur la carrière.

Il est tout aussi vrai qu'à l'intérieur du secteur public, de grandes inégalités se confirment selon que le praticien exerce une spécialité avec essentiellement des actes cliniques ou, au contraire, avec peu d'actes techniques. Alors que le statut de praticien hospitalier - pour ne citer que celui-ci - est juridiquement le même pour toutes les spécialités, il dissimule, derrière une apparente grille unique de rémunération, des différences de revenus qui, toutes choses égales par ailleurs, peuvent atteindre 40%.

Dès lors, un rapprochement des rémunérations entre les praticiens du secteur public et ceux du secteur privé doit, à activités et responsabilités comparables, être recherché car les différences peuvent être, comme l'a montré l'IGAS, considérables.

Les raisons de ces différences tiennent à la diversité des primes et rémunérations complémentaires souvent peu transparentes :

- Primes d'exercice multi-sites, prime d'activité sectorielle et de liaison, prime d'exercice public exclusif uniquement applicable aux praticiens hospitaliers à temps plein ;
- Rémunération liée à la permanence des soins ;
- Activités d'intérêt général extérieurs à l'hôpital ;
- Expertises médicales ;
- Activité libérale hospitalière qui peut, dans certaines activités médico-techniques, générer des gains supérieurs à la rémunération statutaire.

C'est pourquoi, la valorisation financière doit permettre la reconnaissance transparente et contractuelle de l'ensemble des activités exercées : activités de soins d'abord et, au-delà, activités indirectement liées aux soins.

La valorisation financière comprend une part fixe statutaire et une part variable, contractualisée conservant sa nature publique.

Une part fixe, selon un socle commun :

- assurant la sécurisation du parcours professionnel,
- améliorant notablement le début de carrière,
- peu évolutive à l'ancienneté,
- portant sur une part importante de l'actuelle rémunération statutaire.

Une part variable établie dans le projet d'équipe :

- établie dans la transparence,
- contractualisée avec un objet, une durée, une évaluation et une reconduction éventuelle et en cohérence avec le projet d'établissement,
- collective à effet individuel,

- portant sur un maximum de 30% de la rémunération.

S'agissant du développement professionnel continu, les montants alloués pourront être relevés en fonction de l'atteinte des objectifs convenus, après évaluation. La Mission reprend fortement à son compte des propositions déjà exprimées dans plusieurs rapports officiels.

3.4 Améliorer les conditions de vie au travail, promouvoir la prévention des risques médicaux et des conflits, améliorer le dialogue social

Outre les propositions déjà exprimées et notamment la présence d'un référent médical des ressources humaines au sein du pôle, s'impose également un volet social spécifique aux praticiens pour améliorer leurs conditions d'exercice et la prévention des risques médicaux et psycho-sociaux dans le cadre d'une organisation, notamment régionale, de la médecine du travail.

La Mission recommande la création d'un CHSCT propre aux praticiens pour identifier les situations à risque, et en lien avec la CME, assurer l'élaboration et le suivi d'un programme local pluriannuel d'actions pour promouvoir la cohésion des équipes et la résolution des conflits. Il s'agit principalement de prévenir et de gérer les conflits avec, comme maîtres mots, l'anticipation et la médiation-conciliation, localement au niveau de l'équipe ou de l'établissement et régionalement, par le biais des commissions régionales paritaires.

Dans les conflits les plus difficiles, le niveau national (CNG) pourra être sollicité.

Pour améliorer le dialogue social (c'est-à-dire principalement les conditions de l'exercice syndical des praticiens au plan local, régional et national) les commissions régionales paritaires devront être fortement et régulièrement sollicitées.

3.5 Assurer une mise en œuvre rapide des mesures proposées par un protocole-cadre autour d'objectifs explicites

En conclusion, la Mission attire l'attention sur l'importance de la méthode permettant la mise en œuvre de ses propositions.

Une évolution purement statutaire a l'inconvénient de sa lenteur et son absence de caractère incitatif. Le temps nécessaire à son aboutissement risque d'aggraver une démographie hospitalière délicate, d'évolution défavorable et mal contrôlée.

L'utilisation de textes existants serait plus rapide mais n'aurait que des effets limités.

Il est donc proposé de retenir une solution ouverte pouvant aboutir à la signature d'un protocole-cadre autour d'objectifs explicites.

Par ailleurs, la démographie médicale déclinante va entraîner le départ à la retraite de 31 % de praticiens en dix ans qu'il faut aussi prendre en compte.

La Mission propose que la masse salariale médicale fixée au 1^{er} janvier 2012 serve de base de référence à la mise en œuvre du protocole cadre.

Enfin, elle recommande qu'un travail complémentaire soit engagé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le Ministère de la Santé pour apprécier les mesures d'adaptation au champ hospitalo-universitaire des actions proposées, et en particulier celles relatives au post-internat, au consultanat et à la retraite, en s'appuyant sur les études et les travaux récents ou en cours sur ces sujets.

4. AVEC DES ETAPES THERAPEUTIQUES CONFIRMEES

4.1 Donner envie d'une carrière à l'hôpital

Promotion des fonctions et des carrières des praticiens notamment auprès des jeunes arrivants

- Accompagnement des jeunes praticiens dans le cadre du post-internat (tutorat/compagnonnage) par une formation complémentaire.
- Instauration d'une procédure spécifique d'accueil des nouveaux arrivants (présentation de l'établissement dans le territoire, désignation de tuteurs pour les étudiants/internes et de référents pour les nouveaux praticiens, brochure spécifique, guide...).
- Pilotage et accompagnement dans des parcours professionnels individualisés.
- Soutien aux conditions de travail (accès des enfants en crèche ou en garderie, restauration collective, lieux de repos...).
- Organisation d'une rencontre annuelle avec l'ensemble des praticiens de l'établissement pour faire le bilan de l'activité de l'année écoulée, les informer et échanger sur les grands projets et sur les perspectives à court et moyen terme de l'établissement dans le cadre territorial ou régional.

Promotion de la qualité de l'exercice clinique auprès du patient

- Optimisation de la répartition des activités médicales pour centrer, autant que possible, le praticien sur une activité dans la durée en lui laissant un temps suffisant pour l'information, l'écoute et l'échange avec le patient ou avec son environnement professionnel, avec stabilité de l'engagement individuel, même en cas de changement de chef d'équipe, sauf situations particulières.
- Organisation et pilotage de la politique de qualité des soins par le président de la CME et par le coordonnateur des soins/directeur des soins, avec mise à disposition d'outils et d'indicateurs de performance, d'évaluation et de suivi (HAS, ANAP).
- Mise en place d'un contrat d'engagement individuel⁸ dans un projet de recherche clinique pour la durée du programme, avec prise en compte intégrale de ces travaux sur le temps de travail, participation aux publications scientifiques et financement des déplacements ou missions pour valoriser et promouvoir les travaux réalisés et participer aux échanges professionnels sur le sujet au plan national, européen et/ou international.

Engagement dans les missions d'intérêt général

- Possibilité d'un engagement contractuel individuel dans une mission d'intérêt général interne à l'établissement et/ou dans le territoire de santé, pour une période de 3 ans renouvelable, avec évaluation dans le bilan annuel d'activité de l'équipe.
- Création de passerelles professionnelles pour faciliter la mobilité fonctionnelle.

⁸ Contrat d'engagement individuel unique par praticien répartissant son activité entre une ou plusieurs activités pendant une période convenue avec le chef d'équipe

Engagement dans le service public

Reconnaissance de l'engagement particulier de praticiens dans l'activité ou l'organisation des soins par l'attribution de distinctions spécifiques et par la généralisation au sein de l'établissement ou dans le cadre du territoire de santé, d'une cérémonie annuelle notamment pour les départs à la retraite.

4.2 Assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital

Adaptation du projet personnel au projet collectif et valorisation de l'activité individuelle

Généralisation dans le contrat de pôle et dans le contrat collectif de l'équipe du tableau annuel prévisionnel d'activité.

Mise en place d'un contrat individuel d'engagement dans le cadre du contrat collectif de l'équipe, portant notamment sur la nature des missions et les objectifs attendus de chaque praticien, avec répartition du temps de travail entre les différentes activités confiées, avec compensation pour l'équipe du temps médical clinique ou médico-technique si l'activité le justifie et si l'effectif existant le nécessite (contrat de pôle), sur la base de référentiels définis par le ministère chargé de la Santé avec l'ATIH, l'ANAP et le CNG, en particulier pour les responsabilités confiées aux chefs de pôle et aux chefs d'équipe.

Définition des postes sur la base d'un profil précis, avec évaluation tous les ans dans le cadre d'une révision générale des effectifs médicaux.

Soutien financier de l'établissement pour promouvoir des actions d'intérêt général et des démarches innovantes en vue d'améliorer la prise en charge des patients (système d'information, guides...) ou pour optimiser le management des équipes et des projets (missions en France ou à l'étranger...).

Accès renforcé aux crédits du Développement professionnel continu (DPC) pour valoriser l'équipe, sur la base d'une évaluation favorable de l'atteinte des objectifs convenus.

Acceptation par l'équipe soignante (praticiens et paramédicaux) d'une adaptation aux besoins du service

Amélioration du dispositif spécifique relatif au temps supplémentaire réalisé par un praticien pour répondre à la continuité et à la permanence des soins et aux autres besoins du service.

Valorisation collective de l'équipe et promotion de l'exercice dans la spécialité

Participation du chef d'équipe avec le chef de pôle au choix de ses praticiens.

Mise en œuvre d'un contrat d'engagement collectif de l'équipe en déclinaison du contrat de pôle, avec majoration des crédits consacrés au DPC, possibilité de financement de séjours professionnels en France ou à l'étranger, émargement sur des crédits dédiés à ce titre par l'établissement à la performance sur engagement ...).

Promotion d'un intéressement collectif sur objectifs contractualisés et évalués.

Création de pôles inter-établissements pour toutes formes de coopération, dont les communautés hospitalières de territoire.

Organisation et financement de missions ou stages dans d'autres équipes françaises, européennes ou internationales pour réfléchir notamment sur les évolutions scientifiques et technologiques et optimiser l'exercice médical.

Promotion du prix national de management médical mis en place par l'ANAP.

Repérage régional (DGARS) des praticiens les plus engagés et les plus performants pour accompagner le CNG dans la constitution d'un vivier national ayant pour objectif de valoriser leurs parcours professionnels auprès d'organismes régionaux ou nationaux ou dans tous autres milieux professionnels, en lien notamment avec la santé.

4.3 Promouvoir les missions et les conditions d'exercice médical à l'hôpital

Amélioration des conditions de vie au travail

Définition précise des missions et des activités par types de structure, en précisant le nombre de praticiens qualifiés nécessaires pour y faire face, en tenant compte de l'ensemble des activités contractualisées (soins, enseignement, recherche, expertise, tutorat, missions d'intérêt général, coordination, management ...) et en priorisant le soin, ainsi que les durées définies pour que ces activités puissent être assurées de manière efficace et sereine.

Possibilité d'utiliser son compte épargne temps en continu pour réaliser un projet professionnel ou personnel particulier, sans lien avec le projet d'établissement, si le tableau annuel prévisionnel d'activité le permet.

Elaboration d'un code de « bonne conduite » par la CME pour soutenir la solidarité entre praticiens au travers d'un programme local pluriannuel d'actions, évalué chaque année, permettant d'instaurer ou de restaurer la dynamique et la confiance entre les pairs de même spécialité ou entre spécialités différentes, voire avec les professionnels paramédicaux, en lien avec le directeur chef d'établissement et l'équipe de direction.

Adaptation de l'ARTT aux modes d'exercice médical

Moduler la gestion du temps de repos après une période de « gardes » ou d'intense activité en fonction de l'organisation du travail mise en place.

Soutien à la continuité des soins et à la permanence médicale et pharmaceutique (gardes et astreintes) dans une logique de territoire de santé

Amélioration du système de gardes et astreintes des praticiens sur le territoire de santé, quels que soit leur statut et/ou leur mode d'exercice (salaire public/salaire privé/libéral) pour répartir l'obligation de permanence et de continuité des soins et renforcer la cohésion des équipes médicales et la solidarité entre professionnels de santé.

Développement du dialogue social avec les praticiens

Intégration d'un volet spécifique aux praticiens dans le projet social de l'établissement.

Instauration d'un véritable droit syndical pour les praticiens, en consolidant le régime des autorisations d'absence et en accordant certaines décharges d'activité au plan national aux organisations syndicales les plus représentatives.

Création d'un espace de dialogue social organisé et régulier au niveau régional et national, en s'appuyant notamment sur les missions confiées aux commissions paritaires régionales, et en assurant des remontées régulières d'information à la DGOS et au CNG pour faciliter le travail du comité consultatif national paritaire des praticiens.

Facilitation d'accès à la médecine du travail

Optimisation de l'intégration du suivi médical des praticiens par le service de médecine du travail de l'établissement ou création d'un service de médecine du travail par territoire de santé, au plan régional ou interrégional, et mise en place d'un comité médical au niveau régional, interrégional, voire national.

Allègement des charges administratives des praticiens

Développement de postes d'assistants ou de techniciens/ingénieurs spécialisés dans le traitement de l'information, la gestion administrative ou la logistique pour recentrer les praticiens sur leur cœur de métier, tel qu'il est défini dans le cadre des activités prévues dans leur contrat individuel d'engagement.

Elaboration de tableaux de bord dans le domaine des activités médicales simples et clairs, avec retour d'informations rapides, notamment pour donner aux chefs de pôle et aux chefs d'équipe des comparaisons utiles, à activités et moyens comparables.

Prévention et gestion des conflits

Développement autour du président de la CME, du directeur en charge des affaires médicales et du médecin du travail d'une démarche ou d'une instance de médiation et de conciliation, avec à ce titre participation de ses membres à une formation régionale adaptée.

Optimisation au sein de l'ARS de la commission paritaire régionale pour soutenir et accompagner cette démarche ou se substituer aux acteurs locaux en cas de nécessité.

Instauration d'une voie de recours au plan national (CNG) en cas d'impossibilité de gérer les conflits au niveau régional.

Prévention des risques psycho-sociaux

Mise au point d'indicateurs sociaux prioritaires permettant l'anticipation ou le repérage des situations à risque, par le Ministère chargé de la santé (DGOS), en lien avec le CNG.

Insertion d'un programme local pluriannuel d'actions sur la prévention des risques professionnels dans le cadre des travaux d'un CHSCT dédié aux praticiens exerçant à l'hôpital, avec présentation d'un bilan annuel au directoire, au conseil de surveillance et à la CME.

Prévention et gestion des autres risques professionnels

Intégration d'une réflexion sur la prévention et la gestion des risques professionnels et suivi du programme pluriannuel d'actions arrêté dans le cadre de ce même CHSCT et dans les mêmes conditions de diffusion de ses travaux.

4.4 S'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications

Développement de la connaissance des jeunes praticiens durant la formation initiale sur le système de santé dans une approche des sciences humaines et de la dimension éthique pour mieux appréhender leur futur environnement professionnel

Intégration dans les études médicales, pharmaceutiques et odontologiques de modules, notamment sur ces trois champs de connaissances, avec une actualisation et une accentuation du programme en fin d'études (Universités/Doyens).

Prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités et / ou des modes d'exercice

Réflexion à mener chaque année par le directoire et la CME avec présentation au conseil de surveillance, au CTE et aux CHSCT (l'un pour les personnels de la fonction publique hospitalière et l'autre pour les praticiens) pour étudier et, le cas échéant, prendre en compte les évolutions environnementales, juridiques et/ou technologiques nécessitant des adaptations rapides (structures, disciplines, modes de prise en charge des patients ou des personnes accueillies, équipements, formations pluridisciplinaires ou interprofessionnelles...).

Révision annuelle du contrat de pôle entre le directeur d'établissement et le chef de pôle, en lien avec le président de la CME ainsi que du contrat d'engagement collectif de l'équipe entre le chef de pôle et le chef d'équipe puis entre le chef d'équipe et les praticiens de son équipe⁹.

Dynamisation du développement professionnel continu (formation médicale)

Actualisation régulière des connaissances dans la spécialité d'exercice.

Développement de l'acquisition de nouvelles qualifications médicales et/ou professionnelles.

Promotion des compétences médico-économiques et/ou managériales par des actions de formation organisées au niveau régional, interrégional ou national.

Pilotage d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences

Mise à disposition du directeur d'établissement, du président de la CME et des chefs de pôle des données démographiques nationales, voire européennes (DGOS, DREES, Observatoires nationaux, ordres professionnels, CNG), régionales (ARS), et locales (Direction de l'établissement) pour leur permettre de mener une réflexion utile sur les adaptations à envisager localement.

⁹ Contractualisation interne déclinée à trois niveaux :

- 1^{er} niveau : contrat entre le directeur de l'établissement et le chef de pôle (contrat de pôle)
- 2^{ème} niveau : contrat entre le chef de pôle et le chef de l'équipe (contrat collectif de l'équipe)
- 3^{ème} niveau : contrat entre chaque praticien et le chef de l'équipe (contrat d'engagement individuel)

Accès à des données comparées d'activités et de moyens pour faciliter l'adaptation des moyens aux besoins sur le territoire (DGOS, en lien avec l'ATIH, l'ANAP et le CNG).

Engagement dans l'évolution des pratiques professionnelles

Création des outils nécessaires aux présidents et membres de la CME pour faciliter leur mission d'évaluation des pratiques professionnelles (Ministère chargé de la Santé, HAS, ANAP, EHESP ou autres organismes agréés).

Valorisation de la coopération entre professionnels de santé (répartition et/ou partage de compétences entre médicaux et paramédicaux)

Information à donner sur les règles et modes opératoires dans les pays européens pour encourager les initiatives et le développement de la coopération entre professionnels de santé et/ou le partage des compétences pour valoriser l'exercice professionnel des praticiens et des paramédicaux, pour renforcer, en confiance, la cohésion de l'équipe soignante et assurer un enrichissement professionnel de chacun de ses membres.

4.5 Faciliter l'évolution des modes d'exercice, du temps de travail et valoriser la carrière et la rémunération

Accompagnement à l'organisation et à la gestion du temps de travail

Organisation du travail fondée sur des règles de base simples, actualisées et optimisées par une contractualisation convenue et évaluée, sur la base d'une part, d'un contrat collectif d'équipe intégré au contrat de pôle et d'autre part, d'un contrat individuel d'engagement pour chaque praticien de l'équipe.

Modularité de la gestion du temps de travail tout au long de la carrière par le chef d'équipe pour chaque praticien, au travers du tableau annuel prévisionnel d'activité.

Développement de la gestion des carrières et appui au développement professionnel continu

Evolution en fonction du temps de travail, de la nature des activités et des projets convenus et évalués.

Mobilisation de crédits de développement professionnel continu, au-delà des pourcentages minimaux actuels (0,75% de la marge salariale pour les CH et 0,50% pour les CHU/CHR) ou émargement sur des fonds spécifiques qui pourrait être ultérieurement constitués, dans le cadre de l'atteinte des objectifs fixés au contrat de pôle pour chaque structure interne.

Soutien à l'évolution du mode de rémunération des praticiens (part fixe et part variable)

Modification du mode de rémunération des praticiens pour passer à une rémunération constituée d'une part fixe (socle statutaire commun) et d'une part variable en fonction des activités et du temps de travail (socle individuel contractualisé et évalué annuellement), avec recours

possible en cas de litige à l'ARS (commission paritaire régionale) et, par voie d'appel national , au CNG.

Engagement dans une démarche d'intéressement collectif de l'équipe soignante

Optimisation de la délégation de gestion aux chefs de pôle pour notamment encourager et généraliser les démarches d'intéressement collectif.

Développement de projets collectifs d'équipe (praticiens et paramédicaux notamment), avec promotion d'un intéressement collectif sur résultats (amélioration des conditions de vie au travail, participation à des travaux de recherche ou à des programmes d'innovation, colloques, séminaires ou missions, y compris à l'étranger).

Evolution de la prise en compte d'éléments pour la retraite

Possibilité de versement des jours de CET pour la retraite de l'IRCANTEC par les praticiens à temps plein et à temps partiel.

Prise en compte de l'ensemble des éléments de rémunération (dont primes et indemnités) pour la retraite de l'IRCANTEC des praticiens exerçant à temps partiel, quel que soit leur statut.

Adaptation de cumul emploi-retraite

Extension du droit à cumul emploi-retraite pour les praticiens volontaires, si les besoins le justifient, si leur aptitude médicale le permet et si l'évaluation de leur exercice professionnel est positive.

Liste des sigles.

- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance,
- ATIH : Agence technique de l'information hospitalière,
- ARS : Agence régionale de santé,
- CET : Compte épargne temps,
- CH : Centre hospitalier,
- CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail,
- CHT : Communauté hospitalière de territoire,
- CHR – CHU : Centre hospitalier régional – Centre hospitalier Universitaire,
- CME : Commission médicale d'établissement,
- CNC : Conseil national de la chirurgie,
- CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière,
- CSG : contribution sociale généralisée,
- CTE : Comité technique d'établissement,
- DGARS : directeur général d'agence régionale de santé,
- DGOS : Direction générale de l'offre de soins,
- DPC : développement professionnel continu,
- DREES : Direction des recherches, enquêtes, études et statistiques,
- FMC : Formation professionnelle continue,
- HAS : Haute autorité de santé,
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales,
- IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des collectivités publiques,
- LMMJVS : lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi et samedi,
- ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie,
- PVC : Part variable complémentaire,
- RTT : réduction du temps de travail,

- TAPA : tableau annuel prévisionnel d'activité
- TI /TS : taux d'importance/Taux de satisfaction,

ANNEXES

*14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr*

Annexe I

Lettre de mission aux membres du groupe de travail National sur l'exercice médical à l'hôpital

Le 6 juillet 2010, j'ai signé un protocole d'accord avec trois organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers (la CMH, l'INPH et le SNAM-HP) et les représentants des internes (ISNIH).

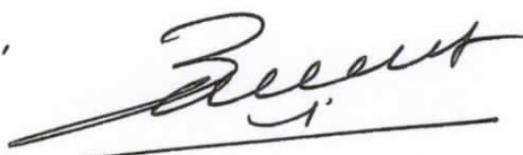
Dans ce cadre, en partenariat avec les responsables d'établissements publics, je veux engager une réflexion globale sur l'exercice médical à l'hôpital, dans toutes ses dimensions.

Mesurer la qualité du travail effectué, reconnaître l'engagement de celles et ceux qui s'investissent dans des projets exigeants, offrir aux jeunes médecins des perspectives de carrière renouvelées, donner des possibilités de varier ses formes d'exercice ou d'aménager la fin de carrière pour celles et ceux qui le souhaitent : tels sont les principaux enjeux sur lesquels nous devons nous interroger.

Pour cela, j'ai demandé au centre national de gestion d'organiser, avec l'appui de la direction générale de l'hospitalisation, un groupe de travail qui débutera la première semaine de novembre. Je souhaite que vous fassiez partie du groupe de travail. Les résultats de ces travaux me seront remis en mai 2011.

Je vous remercie par avance de votre implication et vous prie d'agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'expression de mes salutations les meilleures.

Bien à vous,



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

*14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr*

Annexe II

Composition de la mission nationale sur l'exercice médical à l'hôpital

Docteur François AUBART
Praticien hospitalier

Monsieur Didier DELMOTTE
Directeur d'hôpital

Docteur Alain JACOB
Praticien hospitalier

Monsieur Grégory MURCIER
Interne

Madame Annie PODEUR
Directrice générale de l'offre de soins (DGOS)

Professeur Jean-Pierre PRUVO
Professeur des universités - praticien hospitalier

Danielle TOUPILLIER
Directrice générale du CNG (animatrice et coordonnatrice de la mission)

Docteur Olivier VERAN
Praticien hospitalier

Participant également à la mission nationale

Professeur Dominique BERTRAND
Conseiller médical au CNG

Docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Conseillère générale des établissements de santé - DGOS

Madame Martine LABORDE-CHIOCCHIA
Adjointe au sous-directeur - RHSS à la DGOS