

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.

Septembre 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>12</i>
<i>2.2.3 Les débats interrégionaux</i>	<i>13</i>
<i>3.1 Identifier, organiser et valoriser des « équipes » médicales</i>	<i>15</i>
3.1.1 Identifier	15
3.1.2 Organiser	15
3.1.3 Valoriser	17
3.2 <i>Choisir, construire et adapter sa carrière médicale à l'hôpital</i>	18
3.2.1 Une carrière modulable des praticiens titulaires ou probatoires gérée nationalement pour la sécuriser.	19
3.2.2 Une unification des statuts de praticiens contractuels gérés localement	20
3.2.3 Une adaptation du temps de travail à organiser.....	21
3.2.4 Une contractualisation locale pour intégrer le projet individuel du praticien dans le projet d'équipe	22
3.3 <i>Repenser la valorisation financière de l'activité médicale</i>	23
3.4 <i>Améliorer les conditions de vie au travail, promouvoir la prévention des risques médicaux et des conflits, améliorer le dialogue social</i>	25
3.5 <i>Assurer une mise en œuvre rapide des mesures proposées par un protocole-cadre autour d'objectifs explicites</i>	25
4.1 <i>Donner envie d'une carrière à l'hôpital</i>	26
4.3 <i>Promouvoir les missions et les conditions d'exercice médical à l'hôpital</i>	28
4.4 <i>S'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications</i>	29
<i>Annexe II - Composition de la Mission nationale</i>	
<i>Annexe III - Protocole d'accord du 6 juillet 2010</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*
- 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 enregistrerons 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 perçus dans les commissions médicales d'établissement (CME).

¹ Rapport d'activité 2010 du CNG

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

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.

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 (clincat 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 psycho-sociaux (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

3.1 Identifier, organiser et valoriser des « équipes » médicales

3.1.1 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.

3.1.2 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 (salarié/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 contractuel⁴

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 individuel⁵ 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'équipe⁶

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 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

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.

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.

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.

3.1.3 Valoriser

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

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.

3.2 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 psychosociaux 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 CONFIRMES

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.

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.

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

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 (salarié public/salarié 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.

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.

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)

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

Ministère de la Santé et des Sports

La Ministre

Paris, le 02 NOV. 2010

Cab3/BE/MRD/ Me. D. 10 - .9654

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

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



Annexe III

Protocole d'accord
entre la Ministre de la santé et des sports,
les intersyndicales de praticiens hospitaliers
et l'intersyndicat national des internes des hôpitaux

La Ministre de la santé et des sports et les organisations syndicales représentant les praticiens exerçant à l'hôpital affirment leur attachement à la préservation de la capacité de l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC) à honorer le service des prestations pour lesquelles les assurés ont cotisé.

Les mesures générales suivantes, prévues dans la réforme votée par le conseil d'administration de l'IRCANTEC en 2008 compte tenu du déficit technique prévisionnel du régime entre 2012 et 2016, permettront d'assurer la pérennité du régime :

- la réduction progressive du rendement du régime d'ici à 2017, restant cependant, à l'issue du processus, supérieur à celui des autres régimes complémentaires

- la hausse étalée des cotisations (agent et employeur) entre 2011 et 2017 -

l'instauration de critères de solvabilité

Les signataires du présent relevé de décisions, conscients de la nécessité de cette réforme, reconnaissent que les praticiens exerçant à l'hôpital, particulièrement les praticiens hospitaliers statutaires, constituent une catégorie particulière d'affiliés de l'IRCANTEC en raison :

- de leur longue durée de cotisations au régime de l'IRCANTEC alors que ce régime constitue, pour l'essentiel des autres assurés, un régime dit « de passage » ;

- de la part très importante que constitue la pension IRCANTEC dans la retraite globale d'un praticien.

Cette situation spécifique, dans le cadre de la modification des paramètres du régime de l'IRCANTEC, appelle des mesures d'accompagnement adaptées à cette catégorie socioprofessionnelle.

Les signataires sont par ailleurs déterminés à préserver l'attractivité des professions médicales, pharmaceutiques et odontologiques à l'hôpital.

Ils constatent les mesures déjà intervenues dans le cadre de la réforme de l'IRCANTEC - avec l'entrée au sein de son conseil d'administration d'un représentant des praticiens hospitaliers, et la mise en place d'une majoration de pension sous conditions - et prennent acte de l'augmentation réalisée des émoluments des praticiens des hôpitaux à temps partiel.

Ils conviennent par ailleurs de la mise en oeuvre concomitante de mesures d'accompagnement spécifiques aux praticiens exerçant à l'hôpital.

Annexe III - Protocole d'accord du 06 juillet 2010 entre le ministre et les inter-syndicats de PH et d'Internes des hôpitaux - Juillet 2011

I. Mesures intervenues antérieurement à la signature du protocole

A. Mesures générales de pérennisation du régime inscrites dans la réforme de l'IRCANTEC en 2008

1I Une modification des modalités de gouvernance de l'institution

La réforme prévoit la signature d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) tripartite (État, Président du conseil d'administration de l'IRCANTEC et Caisse des Dépôts). La COG 2010-2012 de l'IRCANTEC a été signée fin juin 2010.

En outre, cette partie de la réforme concerne le Conseil d'administration de l'Institution dans :

1) son fonctionnement

Création d'un bureau, d'un conseil des tutelles et nomination d'un commissaire de gouvernement.

2) sa responsabilité étendue, à terme, dans le domaine du pilotage du régime à long terme

Conseil d'administration chargé de garantir le respect des règles de solvabilité et donc de réajuster les prévisions et paramètres le cas échéant.

3) sa composition

Conseil d'administration de trente-quatre membres, dont deux personnalités qualifiées désignées par arrêté conjoint des ministres représentés au conseil de tutelle, l'une de ces personnalités qualifiées étant désignée parmi les praticiens statutaires visés à l'article L 6152-1 du code de la santé publique (Article 1 de l'arrêté du 30 décembre 1970).

Ainsi, les praticiens hospitaliers sont désormais représentés par un administrateur, au sein d'un conseil d'administration aux compétences étendues.

2I Une évolution de certaines règles de fonctionnement du régime

Parmi ces règles, l'instauration à compter du 1er janvier 2010 d'une **surcote** avec un taux plus élevé au-delà de soixante-cinq ans **permet une majoration de la pension** selon les modalités prévues par l'arrêté du 30 décembre 1970 (Article 16 de l'arrêté du 30 décembre 1970).

Ces mesures concernent tous les cotisants, dont les praticiens exerçant à l'hôpital.

B. Relèvement de la rémunération des praticiens des hôpitaux à temps partiel

L'augmentation des émoluments des praticiens des hôpitaux à temps partiel, demande ancienne des praticiens, est effective depuis le 1er juillet 2009. **Elle majore le salaire et par conséquent les droits à retraite des agents.**

II. Mesures d'accompagnement spécifiques aux praticiens exerçant à l'hôpital, actées par le présent relevé de décisions : Une meilleure prise en compte des rémunérations perçues par les praticiens permettant une acquisition de points IRCANTEC accrue

Les mesures suivantes seront mises en oeuvre progressivement sur la période 2010-2017. Elles concernent les praticiens affiliés à l'IRCANTEC dont les statuts sont inscrits dans le code de la santé publique.

A. Elargissement de l'assujettissement des rémunérations pour certains praticiens

- Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens attachés à hauteur de 70 % ;
- Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens des hôpitaux à temps partiel à hauteur de 70 %.

B. Assujettissement de certaines indemnités

Y Assujettissement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) ;

- Assujettissement de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison ;
- Assujettissement de l'indemnité « multi-établissements » ;

Y Assujettissement de la prime de chef de pôle ;

Y Assujettissement de l'indemnité de fonction versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.

C. Assujettissement de la totalité des astreintes à domicile

III. Mise en oeuvre du protocole d'accord

A. Calendrier (annexe 1)

Les mesures d'accompagnement spécifiques aux praticiens exerçant à l'hôpital, actées par le présent relevé de décisions, nécessitent la publication de décrets en Conseil d'Etat et de décrets simples ; la publication de ces décrets est prévue dans les semaines à venir.

B. clause de revoyure

Les mesures actées dans le présent protocole pourront être réactualisées tous les ans, en tenant compte du bilan de leur application, ainsi que de la situation des finances publiques et des régimes de retraite.

Annexe III - Protocole d'accord du 06 juillet 2010 entre le ministre et les inter-syndicats de PH et d'Internes des hôpitaux - Juillet 2011

IV. Perspectives complémentaires

Les parties signataires s'engagent à mener des travaux complémentaires entre septembre 2010 et juin 2011, concernant les thèmes suivants :

Y Les modalités d'une meilleure prise en compte de la part hospitalière pour la retraite des personnels hospitalo-universitaires

L'hypothèse d'une affiliation au régime de la sécurité sociale et à l'IRCANTEC, pour la part hospitalière de la rémunération, pourra notamment être étudiée.

Cette réflexion devra associer le Ministre en charge de l'enseignement supérieur, le Ministre en charge de la sécurité sociale et le Ministre en charge du budget.

➤ L'exercice médical à l'hôpital (temps de travail, aménagement de fin de carrière, conditions de travail, modalités d'exercice, conditions particulières d'exercice, modes de rémunération...)

Y L'évolution des comptes épargne-temps (diversification des modalités d'utilisation, monétisation immédiate ou différée...)

*

Conclusion :

Au total, ces mesures d'accompagnement constituent un effort de près de 80 M€ pour les employeurs hospitaliers.

Cet effort vient en complément de l'accompagnement de 100 M€ induits par la hausse de la cotisation employeur prévue dans le cadre de l'évolution générale des paramètres de l'IRCANTEC.

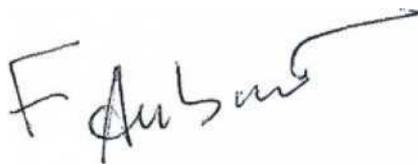
Fait à Paris, le 6 juillet 2010

La Ministre de la santé et des sports



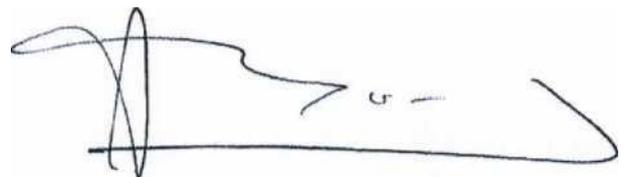
Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le Président de la Coordination Médicale Hospitalière



Docteur François AUBART

La Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers



Docteur Rachel BOCHER

Le Président du Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics



Professeur Roland RYMER

Le Président de l'intersyndicat national des internes des hôpitaux



Docteur Grégory MURCIER

Annexe III - Protocole d'accord du 06 juillet 2010 entre le ministre et les inter-syndicats de PH et d'Internes des hôpitaux - Juillet 2011

Annexe 1 au protocole du 6 juillet 2010

Calendrier de mise en oeuvre des mesures d'accompagnement

Les mesures d'accompagnement en faveur des praticiens exerçant à l'hôpital, dont les statuts sont inscrits dans le code de la santé publique, seront instaurées selon le calendrier suivant :

1. Assujettissement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) : à compter de septembre 2010 en quatre années ;
2. Assujettissement de la totalité des astreintes à domicile : à compter de septembre 2010 en sept années ;
3. Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens des hôpitaux à temps partiel à hauteur de 70% : à compter de septembre 2010 en une année ;
4. Elargissement de l'assujettissement des rémunérations des praticiens attachés à hauteur de 70 % : à compter de septembre 2010 en une année ;
5. Assujettissement de l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison : à compter de septembre 2010 en une année ;
6. Assujettissement de l'indemnité « multi-établissements » : à compter de septembre 2010 en une année ;
7. Assujettissement de la prime de chef de pôle : à compter de janvier 2011 en une année ;
8. Assujettissement de l'indemnité de fonction versée au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire : à compter de janvier 2011 en une année.



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Annexe IV - 1

CNG

Mission Exercice Médical à l'Hopital

Présentation du formulaire en ligne

Maquette est accessible par le lien suivant :

<https://mission-exercice-medical-hospitalier.cng.sante.fr/index.php?sid=21444&lang=fr>

Il s'agit d'un lien sécurisé et nécessite l'acceptation d'un certificat de sécurité dans votre navigateur.

SOMMAIRE

1	ECRAN A LA CONNEXION	51
2	ETABLISSEMENT.....	52
3	PROFIL DU REPONDANT	53
4	THEME I : FAIRE ENVIE D'UNE CARRIERE MEDICALE A L'HOPITAL	56
5	THEME II: COHERENCE ENTRE PROJET INDIVIDUEL ET PROJET COLLECTIF A L'HOPITAL.....	57
6	THEME III: MISSIONS ET CONDITIONS DE L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL 58	
7	THEME IV: APPROCHE METIERS, COMPETENCES ET QUALIFICATIONS	60
8	THEME V: EVOLUTION DES MODES D'EXERCICES, TEMPS DE TRAVAIL, CARRIERE ET REMUNERATION	61
9	VOS ATTENTES	63
10	IMPRESSION DES REPONSES	65

1 ECRAN A LA CONNEXION

CNG
Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière

Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital

!!! Vous êtes sur le questionnaire de test !!!

Bonjour Mesdames et Messieurs, chers/chères collègues

Nous vous remercions de bien vouloir participer à cette enquête nationale qui a pour objectif d'identifier les transformations souhaitables pour promouvoir l'exercice médical à l'hôpital. (Environ 15 min pour répondre)

Les résultats de cette enquête vous seront communiqués.

Remarque sur la protection de la vie privée
Ce questionnaire est anonyme.
L'enregistrement de vos réponses ne contient aucune information d'identification sur vous, à moins qu'une question ne vous ait été posée dans ce sens. Si vous avez répondu à un questionnaire utilisant des invitations, vous pouvez être assuré(e) que le code de l'invitation n'est pas enregistré avec votre réponse. Les invitations sont gérées dans une base de données séparée qui n'est mise à jour que pour indiquer si vous avez ou non utilisé votre code pour remplir le questionnaire. Il n'y a aucun moyen de faire le lien entre les invitations et les réponses enregistrées pour ce questionnaire.

Suivant >>

[Sortir et effacer le questionnaire]

Charger un questionnaire non terminé

Ce questionnaire n'est actuellement pas activé. Vous ne pourrez pas sauver vos réponses.

2 ETABLISSEMENT



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière

Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital

0%
100%

Etablissement

*** Dans quelle région exercez vous ?**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Alsace

*** Dans quel établissement exercez vous à titre principal ?**

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

67 HOP UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

? Les établissements sont triés en fonction du département qui précède le nom de l'établissement.

<< Précédent Suivant >>

[\[Sortir et effacer le questionnaire\]](#)

Reprendre plus tard

Ce questionnaire n'est actuellement pas activé. Vous ne pourrez pas sauver vos réponses.

3 PROFIL DU REpondANT

Profil du répondant

* Veuillez indiquer si vous êtes une femme ou un homme :

Femme Homme

* Veuillez préciser votre tranche d'âge :
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

18 à 19
 20 à 29
 30 à 39
 40 à 49
 50 à 59
 60 à 69
 70 et +

* Veuillez préciser votre statut :
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

PH temps partiel titulaire ou probatoire

* Veuillez indiquer votre discipline ou spécialité :
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Biologie

* Êtes-vous membre de la commission médicale d'établissement ?

Oui Non

* Êtes-vous le président de la CME ?

Oui Non

* Êtes-vous chef de pôle ?

Oui Non

* Êtes-vous responsable de service, d'une unité fonctionnelle...?

Oui Non

* Êtes-vous membre d'autres conseils ou commissions dans l'établissement ?

Oui Non

[<< Précédent](#) [Suivant >>](#)

Option dans les menus

*** Veuillez préciser votre statut :**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

PH temps partiel titulaire ou probatoire

Veillez choisir...

PUPH

* Chef de travaux des universités - PH

PH temps plein titulaire ou probatoire

PH temps partiel titulaire ou probatoire

Ver MCUPH

PHU

Assistant des hôpitaux

Assistant hospitalier universitaire

Chef de clinique des universités - Assistant des hôpitaux

* Praticien Adjoint contractuel

Praticien Attaché

Praticien clinicien

Praticien hospitalier contractuel

Interne

Autres statuts (praticien libéral...)

*** Veuillez indiquer votre discipline ou spécialité :**

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir...

Veillez choisir...

Anesthésie - Réanimation

* Biologie

* Chirurgie et Spécialités Chirurgicales

Médecine et Spécialités médicales

Odontologie

Pharmacie

Psychiatrie

Radiologie et imagerie médicale

* Autres spécialités

...on médicale d

... d'une unité fo

4 INFORMATIONS SUR LA SUITE DU QUESTIONNAIRE



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière

Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital

0%  100%

Informations sur la suite du questionnaire

Ce questionnaire est réparti en 5 thèmes majeurs déclinés en 7 à 13 items.

Nous vous demandons d'évaluer l'importance qu'il a dans votre perception de l'exercice médical à l'hôpital (de pas à très important), puis d'indiquer votre degré de satisfaction en pratique (de insatisfait à très satisfait)

[<< Précédent](#) [Suivant >>](#)

[\[Sortir et effacer le questionnaire\]](#)

[Reprendre plus tard](#)

Ce questionnaire n'est actuellement pas activé. Vous ne pourrez pas sauver vos réponses.

5 THEME I : FAIRE ENVIE D'UNE CARRIERE MEDICALE A L'HOPITAL

THEME I : Faire envie d'une carrière médicale à l'hôpital

	NIVEAU D'IMPORTANCE					NIVEAU DE SATISFACTION				
	Très important	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Très satisfait (e)	Satisfait (e)	Insatisfait (e)	Très insatisfait (e)	Sans opinion
1. l'engagement dans le service public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. l'engagement dans des missions d'intérêt général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. l'attractivité des emplois, des fonctions et des carrières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. la qualité du plateau technique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. la qualité de l'exercice clinique auprès du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. la qualité du travail en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. l'appartenance à une équipe médicale par spécialité (service?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. l'appartenance à une équipe médicale dans un pôle d'activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. la recherche clinique et les publications scientifiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. l'implication dans la vie institutionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. la prise de responsabilité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

? Veuillez bien indiquer l'importance et la satisfaction pour chaque item.

6 THEME II: COHERENCE ENTRE PROJET INDIVIDUEL ET PROJET COLLECTIF A L'HOPITAL

THEME II: Cohérence entre projet individuel et projet collectif à l'hôpital

	NIVEAU D'IMPORTANCE					NIVEAU DE SATISFACTION				
	Très important	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Très satisfait (e)	Satisfait (e)	Insatisfait (e)	Très insatisfait (e)	Sans opinion
1. la valorisation collective de votre équipe médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2. la valorisation de votre activité individuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3. l'exercice de votre spécialité dans une équipe et dans le cadre d'un territoire de santé (réseau, filière, secteur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4. la reconnaissance de l'implication dans la vie institutionnelle (pôle, structure interne, instance...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
5. la possibilité de mixité d'exercice (combinaison de statuts: salarié public+salarié privé ou libéral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
6. la possibilité d'un exercice médical et d'autres activités transversales ou d'intérêt général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7. la possibilité de concilier un exercice médical et une responsabilité managériale (praticien et chef de pôle ou responsabilité de service, de secteur, d'unité...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
8. la possibilité d'un exercice médical public et d'une activité libérale au sein du même hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
9. l'adaptation de votre projet personnel au projet collectif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
10. l'acceptation par l'équipe soignante (praticiens et paramédicaux) à une adaptation aux besoins du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

? Veuillez bien indiquer l'importance et la satisfaction pour chaque item.

7 THEME III: MISSIONS ET CONDITIONS DE L'EXERCICE MEDICAL A L'HOPITAL

Partie 1

THEME III: Missions et conditions de l'exercice médical à l'hôpital

*

	NIVEAU D'IMPORTANCE					NIVEAU DE SATISFACTION				
	Très important	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Très satisfait (e)	Satisfait (e)	Insatisfait (e)	Très insatisfait (e)	Sans opinion
1. l'impact de l'ARTT sur l'exercice médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2. la diversité des lieux d'exercice (dans le territoire de santé, dans l'hôpital, dans le secteur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

? Veuillez bien indiquer l'importance et la satisfaction pour chaque item.

* 3. Quel décompte du temps de travail est-il important pour vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

en heures

en 1/2 journées

modulable dans le cadre d'un projet d'engagement

* Quelle est son niveau d'importance ? :

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Très important

Important

Peu important

Pas important

Sans opinion

* Et quelle est son niveau de satisfaction ? :

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Très satisfait(e)

Satisfait(e)

Insatisfait(e)

Très insatisfait(e)

Sans opinion

Partie 2

	NIVEAU D'IMPORTANCE					NIVEAU DE SATISFACTION				
	Très important	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Très satisfait (e)	Satisfait (e)	Insatisfait (e)	Très insatisfait (e)	Sans opinion
4. la continuité des soins et la permanence médicale et pharmaceutique (gardes et astreintes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
5. les conditions de vie au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
6. la charge des activités administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7. la prévention des risques psycho-sociaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
8. la prévention des autres risques professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
9. la prévention et la gestion des conflits	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
10. l'accès à la médecine du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
11. le dialogue social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

? Veuillez bien indiquer l'importance et la satisfaction pour chaque item.

8 THEME IV: APPROCHE METIERS, COMPETENCES ET QUALIFICATIONS

THEME IV: Approche Métiers, Compétences et Qualifications

	NIVEAU D'IMPORTANCE					NIVEAU DE SATISFACTION				
	Très important	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Très satisfait (e)	Satisfait (e)	Insatisfait (e)	Très insatisfait (e)	Sans opinion
1. l'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2. l'acquisition des compétences médico économiques, managériales,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3. la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités, et/ou des modes d'exercice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4. l'évaluation des pratiques professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
5. la formation médicale continue (FMC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
6. la coopération entre professionnels de santé (répartition et/ou partage de compétences entre médicaux et paramédicaux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7. le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

? Veuillez bien indiquer l'importance et la satisfaction pour chaque item.

[\[Sortir et effacer le questionnaire\]](#)

9 THEME V: EVOLUTION DES MODES D'EXERCICES, TEMPS DE TRAVAIL, CARRIERE ET REMUNERATION

Partie 1

THEME V: Evolution des modes d'exercices, temps de travail, carrière et rémunération

* 1. Selon vous, l'organisation et la gestion du temps de travail devrait être :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- fixé tout au long de la carrière
- modulable tout au long de la carrière (ex: annualisation, temps choisi,...)

* Quelle est son niveau d'importance ? :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Très important
- Important
- Peu important
- Pas important
- Sans opinion

* 2. La gestion de la carrière :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- évolution à l'ancienneté
- évolution en fonction du temps de travail, des activités et les projets convenus et évalués

* Quelle est son niveau d'importance ? :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Très important
- Important
- Peu important
- Pas important
- Sans opinion

Partie 2

* Très important Important Peu important Pas important Sans opinion

3. la rémunération composée d'une part fixe et d'une part variable en fonction du métier, des activités, de la qualité et de l'efficience	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. le développement professionnel continu (DPC) (ex: formation médicale continue)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* **5. l'amélioration de la rémunération**

Classez les éléments de la liste de gauche en commençant par le plus important jusqu'au moins important.

Vos choix:

Votre classement:

1: ✂

2:

3:

4:

Cliquer sur les ciseaux à coté de chaque élément à droite pour enlever la dernière entrée de votre liste classée

* Très important Important Peu important Pas important Sans opinion

6. l'intéressement collectif de l'équipe soignante (médecins et paramédicaux)	<input type="radio"/>				
7. l'évolution des retraites (assiette et niveau de pension)	<input type="radio"/>				
8. le cumul emploi - retraite	<input type="radio"/>				

10 VOS ATTENTES

Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital

0%
100%

Vos attentes

Exprimez ici vos souhaits, conseils ou attentes portant sur l'évolution de l'exercice médical à l'hôpital :

<< Précédent Envoyer

[\[Sortir et effacer le questionnaire\]](#)

Reprendre plus tard

Seul champ non obligatoire du questionnaire.

Remerciement

A compléter par une formule



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière

Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital

Merci!

Vos réponses au questionnaire ont été enregistrées.

[Imprimer vos réponses.](#)

11 IMPRESSION DES REPONSES

Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital	
Nom du questionnaire (ID): Maquette - Enquête sur l'Exercice Médical à l'Hopital (21444)	
Question	Votre réponse
	id 1
À quel point est-il important, pour vous, de faire une carrière médicale à l'hôpital?	Très important [4]
À quel point êtes-vous satisfait de la carrière médicale offerte aujourd'hui à l'hôpital?	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 1. l'attraction des emplois et des carrières (y compris celle des personnels enseignants et hospitaliers). - Première échelle	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 1. l'attraction des emplois et des carrières (y compris celle des personnels enseignants et hospitaliers). - Seconde échelle	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 2. la valorisation du plateau technique - Première échelle	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 2. la valorisation du plateau technique - Seconde échelle	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 3. la valorisation du travail en équipe - Première échelle	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 3. la valorisation du travail en équipe - Seconde échelle	Très satisfait [4]
Parmi les items suivants, veuillez indiquer le degré d'importance et de satisfaction : 4. la place de l'innovation - Première échelle	Très satisfait [4]



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière

Annexe IV - 2

**RESULTATS
DE L'ENQUETE SUR L'EXERCICE MEDICAL
DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Septembre 2011

INTRODUCTION

Dans le cadre du suivi du protocole signé le 6 juillet 2010, la ministre chargée de la Santé avait souhaité engager une réflexion sur l'exercice médical à l'hôpital (temps de travail, aménagement de fin de carrière, conditions de travail, modalités d'exercice, conditions particulières d'exercice, modes de rémunération...). 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, souligne Madame la Ministre, Roselyne Bachelot.

Pour soutenir cette démarche, un groupe de travail national composé de personnels enseignants et hospitaliers, de praticiens hospitaliers et d'internes, a été mis en place en octobre 2010. Il a pour mission d'identifier et de proposer les transformations souhaitables pour promouvoir cet exercice médical (notamment objectiver la qualité du travail effectué, reconnaître l'engagement de ceux qui s'investissent dans des projets difficiles et donner des perspectives de carrière aux jeunes praticiens).

Ce groupe de travail doit aussi, au vu des souhaits exprimés, proposer les évolutions nécessaires pour diversifier les formes d'exercice et améliorer ou aménager la carrière hospitalière.

Pour mener à bien cette mission, une enquête par sondage via un formulaire en ligne a été adressée à un échantillon représentatif de 305 établissements hospitaliers publics (CHU, CH, CHS, ex. hôpitaux locaux).

L'objectif de cette enquête, élaborée avec l'appui du groupe de travail est de déterminer la nature et de mesurer l'importance et la satisfaction professionnelle au travers des cinq thèmes proposés :

- **Faire envie d'une carrière médicale à l'hôpital**
- **Assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital**
- **Promouvoir les missions et les conditions de l'exercice médical à l'hôpital**
- **S'inscrire dans une approche Métiers, Compétences et Qualifications**
- **Faciliter l'évolution des modes d'exercices, du temps de travail et valoriser la carrière et la rémunération**

Elle permet également de cerner les attentes des praticiens hospitaliers.

I/ METHODOLOGIE

Echantillonnage

La base de sondage concerne les effectifs du personnel médical des Etablissements Publics de Santé (EPS).

La bonne connaissance de la population mère, permettant la constitution d'un échantillon représentatif sur certains critères clefs, a conduit à privilégier la méthode d'échantillonnage par quota (échantillon non probabiliste) dès le départ. En prévoyant un taux de réponse de 80%, la taille optimale nécessaire d'un échantillon pour permettre à l'analyse de l'enquête d'atteindre un degré de précision très satisfaisant de 95% de seuil de probabilité et une marge d'erreur de 1% était de 6144.

Face à la difficulté rencontrée pour mobiliser les praticiens hospitaliers selon les critères de quota par spécialité, tels qu'ils étaient initialement préconisés, il a été décidé après consultation du groupe national, qu'une diffusion large de l'enquête auprès de tous les praticiens des 305 établissements permettrait d'obtenir certainement une participation plus importante. L'objectif n'était plus de sonder 6144 praticiens mais 2401 praticiens, soit une marge d'erreur de 2% avec un seuil de probabilité de 95%, en prévoyant un taux de réponse de 50%. Ce degré de précision reste très satisfaisant et fiable.

Le questionnaire était disponible en ligne entre le 23 février et le 5 juin 2011. Au total, 1975 praticiens hospitaliers ont répondu, soit un taux de réponse de 82% par rapport à l'objectif fixé (2401 praticiens).

Afin de corriger la structure obtenue de l'échantillon, un coefficient de redressement par typologie d'établissement a été appliqué à l'ensemble des résultats.

Catégorie d'établissement	Structure de l'échantillon préconisée	Structure de l'échantillon obtenue	Coefficient de redressement
CHU	47%	57%	83%
CH et autres	46%	34%	137%
CHS	6%	8%	76%
HL	1%	2%	63%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Questionnaire:

Se conférer à l'annexe IV

Résultats:

Pour mieux percevoir les appréciations, des regroupements ont été effectués:

- Très important + important = Important
- Très satisfait + satisfait = Satisfait
- Très insatisfait + insatisfait = Insatisfait

II / Profil du répondant

Région :

Région	Part (en %) Echantillon	Part (en %) France
Alsace	2,0%	3,3%
Aquitaine	2,5%	4,2%
Auvergne	1,5%	2,0%
Basse-Normandie	1,8%	2,5%
Bourgogne	2,4%	2,5%
Bretagne	6,4%	4,7%
Centre	2,4%	3,4%
Champagne-Ardenne	5,6%	2,2%
Corse	0,3%	0,3%
Franche-Comté	6,6%	2,0%
Guadeloupe	0,1%	0,6%
Guyane	0,0%	0,3%
Haute-Normandie	9,1%	2,6%
Ile-de-France	15,0%	21,9%
Languedoc-Roussillon	0,4%	3,6%
Limousin	4,0%	1,5%
Lorraine	1,7%	3,5%
Martinique	0,6%	0,8%
Nord-Pas-de-Calais	12,0%	5,9%
Midi-Pyrénées	10,3%	4,0%
PACA	2,4%	7,0%
Pays-de-la-Loire	4,8%	4,8%
Picardie	2,8%	3,3%
Poitou-Charentes	1,9%	2,6%
Réunion	0,6%	0,8%
Rhône-Alpes	2,7%	9,7%
Ensemble	100,0%	100,0%

On constate que l'ensemble des régions a participé au sondage, excepté la région Guyane qui ne comptabilise aucun praticien dans l'échantillon.

Dans l'ensemble, les régions sont relativement bien représentées avec des parts équivalentes à la répartition nationale. Toutefois, on observe une sur-représentation de certaines régions (Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées) tandis que d'autres sont sous-représentées (Ile-de-France, PACA, Rhône-Alpes). Notons que si l'Ile-de-France est sous-représentée, elle reste tout de même la région ayant la proportion la plus importante de l'échantillon, tout comme ce qui est constaté au niveau National.

Sexe :

Sexe	Part (en %) Echantillon	Part (en %) France
Hommes	58,7%	55,0%
Femmes	41,3%	45,0%

L'échantillon est constitué de 58,7% d'hommes et de 41,3% de femmes, soit des parts équivalentes à celles constatées en France (55,0% pour les hommes et 45,0% pour les femmes).

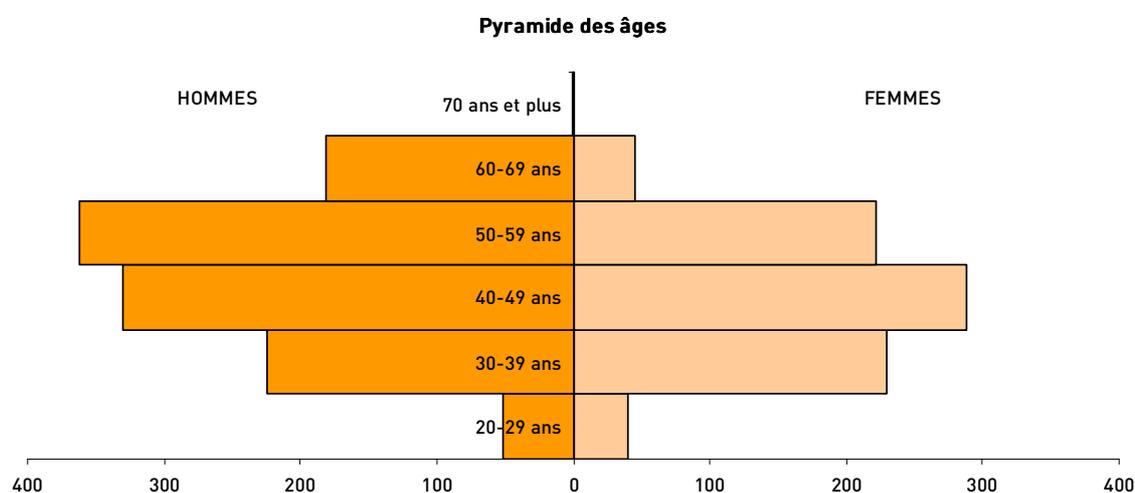
Âge :

Âge	Hommes	Femmes	Ensemble
20-29 ans	4,5%	4,8%	4,7%
30-39 ans	19,5%	27,9%	23,0%
40-49 ans	28,7%	34,9%	31,3%
50-59 ans	31,5%	26,9%	29,6%
60-69 ans	15,7%	5,5%	11,4%
70 ans et plus	0,1%	0,0%	0,1%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%
Âge moyen	48,0 ans	44,5 ans	46,5 ans

La part la plus importante est observée pour les praticiens âgés de 40 à 49 ans (31,3%). La tranche des 40 à 59 ans représente 60,9% de l'échantillon.

Les hommes sont âgés en moyenne de 48,0 ans, contre 44,5 ans pour les femmes avec un âge moyen de 46,5 ans pour l'ensemble de l'échantillon.

Pyramide des âges :



L'effectif des hommes est plus important que celui des femmes pour toutes les tranches d'âge. L'effectif le plus important pour les hommes se situe dans la tranche d'âge des 50-59 ans, tandis que celui des femmes est dans la tranche des 40-49 ans.

Discipline :

Discipline	Part (en %)
Anesthésie-Réanimation	9,6%
Biologie	5,6%
Chirurgie et spécialités chirurgicales	14,0%
Médecine et spécialités médicales	40,3%
Odontologie	1,0%
Pharmacie	4,5%
Psychiatrie	9,4%
Radiologie et imagerie médicale	3,9%
Autres spécialités	11,6%

Les disciplines « médecine et spécialités médicales » et « chirurgie et spécialités chirurgicales », dominantes au plan hospitalier public, dépassent à elles seules 54% du nombre de répondants.

Statut :

Statut	Part (en %)
PUPH	12,2%
Chef de travaux des universités-PH	0,3%
PH temps plein titulaire ou probatoire	58,1%
PH temps partiel titulaire ou probatoire	5,8%
MCUPH	3,3%
PHU	0,4%
Assistant des hôpitaux	1,7%
Assistant hospitalier universitaire	0,7%
Chef de clinique des universités-Assistant des hôpitaux	2,9%
Praticien adjoint contractuel	0,3%
Praticien attaché	4,6%
Praticien clinicien	0,2%
Praticien hospitalier contractuel	5,3%
Interne	3,7%
Autres statuts	0,5%
Total	100,0%

La majorité des praticiens de l'échantillon sont des praticiens temps plein titulaires ou probatoires avec une part de 58,1%. Viennent ensuite les PUPH avec une part de 12,2%. La proportion PH- PUPH est conforme à celle du corps médical au plan national.

Membre de la CME et Président de la CME :

Membre de la CME	Part (en %)
Oui	40,5%
Non	59,5%
Président de la CME	Part (en %)
Oui	17,4%
Non	82,6%

La participation importante des présidents et membres de CME mérite d'être relevée (17,4% et 40,5%).

Chef de pôle, responsable de service ou d'une unité fonctionnelle et membres d'autres conseil ou commission :

Chef de pôle	Part (en %)
Oui	11,4%
Non	88,6%
Responsable de service, d'une unité fonctionnelle,...	Part (en %)
Oui	53,7%
Non	46,3%
Membre d'autres conseil ou commission	Part (en %)
Oui	54,8%
Non	45,2%

Les chefs de pôle représentent 11,4% des praticiens ayant répondu. 53,7% sont responsables de service ou d'une unité fonctionnelle et 54,8% membres d'un autre conseil ou d'une autre commission.

III/ Analyse pour l'ensemble des établissements

III-1) Thème I : Faire envie d'une carrière médicale à l'hôpital

Le groupe de travail a retenu 11 items pour identifier les éléments susceptibles de « faire envie de travailler à l'hôpital »

Le tableau III-1 hiérarchise ces 11 items par ordre décroissant d'importance.

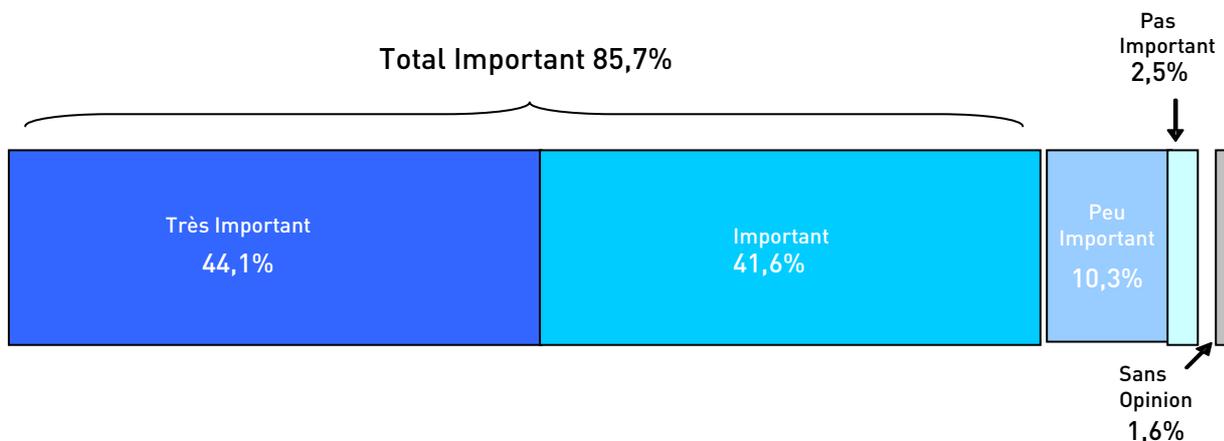
Tableau III-1: Niveau d'Importance et de Satisfaction des items du thème 1

Items	Importance en % et IC* à 95%	Satisfaction en % et IC* à 95%	Insatisfaction en % et IC* à 95%	Sans opinion en % et IC* à 95%
6. la qualité du travail en équipe	98,8 [98,3;99,3]	74,6 [72,7;76,5]	24,9 [23,0;26,8]	0,5 [0,2;0,8]
5. la qualité de l'exercice clinique auprès du patient	97 [96,2;97,7]	69,4 [67,4;71,5]	26,4 [24,4;28,3]	4,2 [3,3;5,1]
4. la qualité du plateau technique	95,3 [94,4;96,2]	69,8 [67,8;71,8]	28 [26,4;30,0]	2,2 [1,5;2,8]
11. la prise de responsabilité professionnelle	93,4 [92,3;94,5]	77,4 [75,6;79,3]	19,6 [17,9;21,4]	3 [2,2;3,7]
1. l'engagement dans le service public	92,4 [91,2;93,6]	62,8 [60,6;64,9]	34,2 [32,1;36,3]	3 [2,3;3,8]
7. l'appartenance à une équipe médicale par spécialité (service,activité,...)	90,5 [89,2;91,8]	77,8 [76,0;79,7]	19 [17,2;20,7]	3,2 [2,4;4,0]
3. l'attractivité des emplois, des fonctions et des carrières	88 [86,5;89,4]	38 [35,9;40,2]	60,3 [58,1;62,4]	1,7 [1,1;2,3]
2. l'engagement dans des missions d'intérêt général	84,6 [83,0;86,2]	53,5 [51,3;55,7]	36,3 [34,1;38,4]	10,3 [9,0;11,6]
10. l'implication dans la vie institutionnelle	74,1 [72,2;76,0]	52,2 [50,0;54,4]	38,6 [36,4;40,7]	9,3 [8,0;10,6]
9. la recherche clinique et les publications scientifiques	70,5 [68,5;72,5]	40 [37,9;42,2]	46,8 [44,6;49,0]	13,2 [11,7;14,7]
8. l'appartenance à une équipe médicale dans un pôle d'activité	57,7 [55,6;59,9]	46,9 [44,7;49,1]	39,2 [37,1;41,4]	13,9 [12,3;15,4]

*Intervalle de confiance à 95%

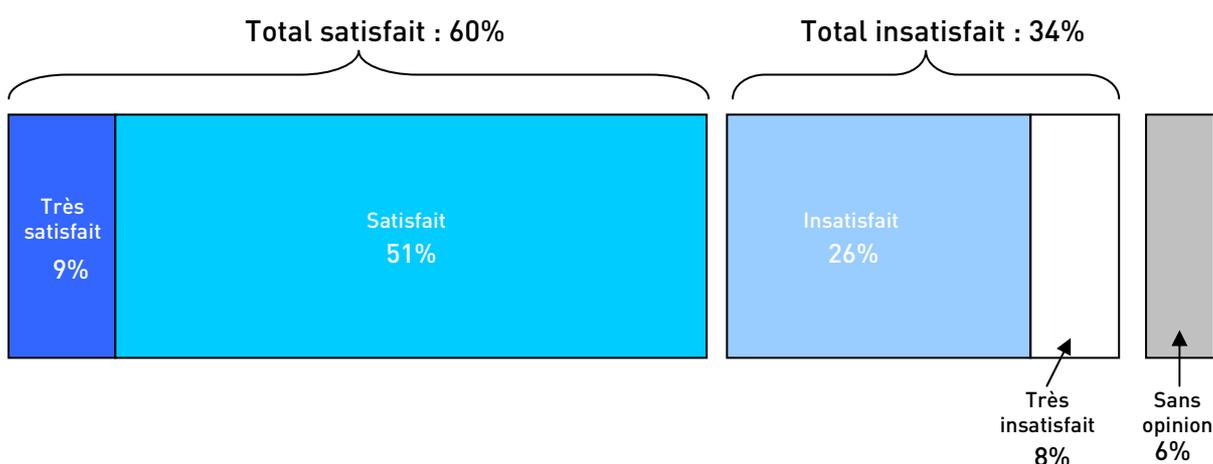
Un consensus fort (85,7%) apparaît et identifie comme important ou très importants l'ensemble des indicateurs proposés (graphique1). L'ensemble des résultats présentés pour ce thème sont significatifs, c'est-à-dire que les résultats présentés sont significativement différents de 50,0%.

Graphique1: Importance du thème 1



60,2% des sondés se déclarent satisfaits globalement vis à vis des 11 critères d'intérêt proposés pour travailler à l'hôpital. Mais ce résultat cache de fortes différences. Ainsi, la majorité des praticiens sont insatisfaits de l'attractivité des emplois, des fonctions et des carrières à l'hôpital (60,3%). La recherche clinique et les publications scientifiques affichent également une forte proportion de praticiens insatisfaits (46,8% de praticiens). Si le travail en équipe est plébiscité, l'équipe constituée par spécialité (service, activité,...) recueille 77,8% de satisfaction, alors qu'ils ne sont qu'une majorité relative (46,9%) à se déclarer satisfaits de l'équipe identifiée au niveau du pôle.

Graphique2 : Satisfaction du thème 1



III-2) Thème 2 : Assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital

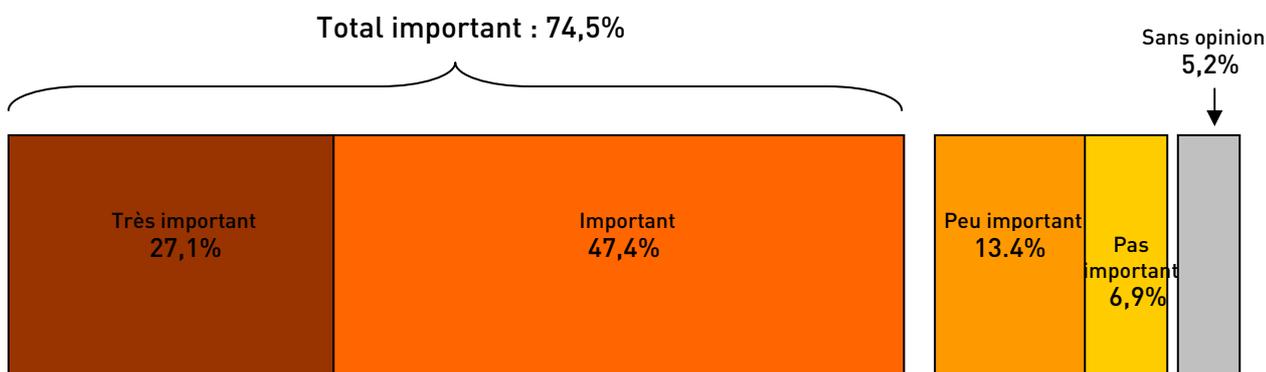
10 items ont été proposés par le groupe de travail pour identifier le degré d'importance et de satisfaction des éléments susceptibles d'influencer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif.

Tableau III-2: Niveau d'Importance et de Satisfaction des items du thème 2

Items	Importance en % et IC* à 95%	Satisfaction en % et IC* à 95%	Insatisfaction en % et IC* à 95%	Sans opinion en % et IC* à 95%
1. la valorisation collective de votre équipe médicale	96,3 [95,5;97,1]	44,9 [42,7;47,1]	52,4 [50,2;54,7]	2,7 [2,0;3,4]
2. la valorisation de votre activité individuelle	91,4 [90,1;92,6]	54,6 [52,4;56,8]	42,4 [40,2;44,6]	3,0 [2,2;3,7]
9. l'adaptation de votre projet personnel au projet collectif	90,0 [88,7;91,3]	50,8 [48,6;53,0]*	41,9 [39,7;44,1]	7,3 [6,2;8,4]
10. l'acceptation par l'équipe soignante (praticiens et paramédicaux) à une adaptation aux besoins du service	89,1 [87,7;90,5]	51,3 [49,1;53,5]*	38,8 [36,6;41,0]	9,9 [8,6;11,2]
3. l'exercice de votre spécialité dans une équipe et dans le cadre d'un territoire de santé (réseau, filière, secteur)	84,8 [83,2;86,4]	51,4 [49,2;53,6]	39,6 [37,4;41,7]	9,0 [7,7;10,3]
4. la reconnaissance de l'implication dans la vie institutionnelle (pôle, structure interne, instance...)	75,3 [73,4;77,2]	39,8 [37,7;42,0]	47,3 [45,1;49,5]	12,9 [11,4;14,4]
6. la possibilité d'un exercice médical et d'autres activités transversales ou d'intérêt général	74,7 [72,8;76,7]	46,6 [44,3;48,8]	34,1 [32,0;36,2]	19,3 [17,6;21,1]
7. la possibilité de concilier un exercice médical et une responsabilité managériale (praticien et chef de pôle ou responsabilité de service, de secteur, d'unité...)	68,2 [66,1;70,2]	39,2 [37,0;41,3]	40,3 [38,1;42,5]	20,5 [18,8;22,3]
5. la possibilité de mixité d'exercice (combinaison de statuts: salarié public+salarié privé ou libéral)	42,1 [39,9;44,2]	35,6 [33,5;37,7]	27,5 [25,5;29,4]	37,0 [34,8;39,1]
8. la possibilité d'un exercice médical public et d'une activité libérale au sein du même hôpital	33,4 [31,4;35,5]	34,8 [32,7;36,9]	21,8 [20,0;23,6]	43,4 [41,2;45,6]

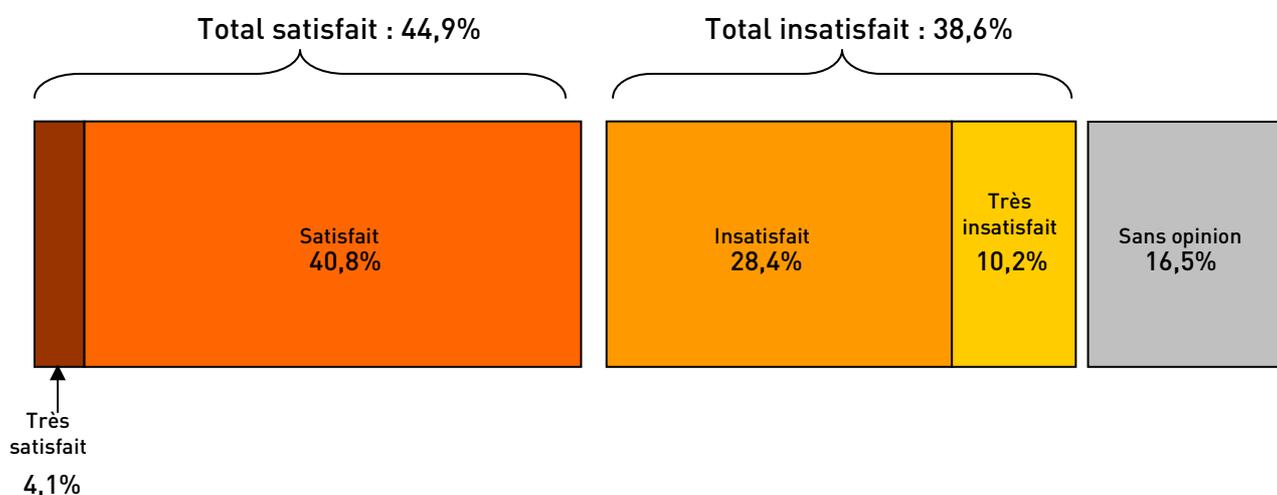
Globalement (graphique 3) ces 10 items sont considérés comme importants (74, 5%) ; Seuls deux items sont déclarés peu ou pas importants, il s'agit de la possibilité de mixité d'exercice (c'est-à-dire la possibilité de combiner les statuts de secteur public et de secteur privé) ainsi que la possibilité d'un exercice médical public et d'une activité libérale au sein du même hôpital.

Graphique 3: Importance du thème 2



Par rapport à ces 10 items, le niveau de satisfaction ne recueille qu'une fragile majorité relative (44,9%)

Graphique 4 : Satisfaction du thème 2



L'ensemble des résultats présentés pour ce thème sont significatifs. Les résultats sont en effet significativement différents de 50,0%, excepté pour le niveau de satisfaction des deux items suivants : l'adaptation de votre projet personnel au projet collectif et l'acceptation par l'équipe soignante (praticiens et paramédicaux) à une adaptation aux besoins du service. La valorisation collective de l'équipe est identifiée comme majoritairement insatisfaisante (52,4%). De même, la valorisation individuelle est insatisfaisante pour 42,4% des répondants.

Les deux items de mixité d'exercice, jugés moins importants (42,1% et 33,4%), recueillent les proportions les plus faibles de praticiens satisfaits (35,6% et 34,8%).

III-3) Thème 3 : Promouvoir les missions et les conditions de l'exercice médical à l'hôpital

Le groupe de travail a identifié 10 critères pour évaluer le thème 3.

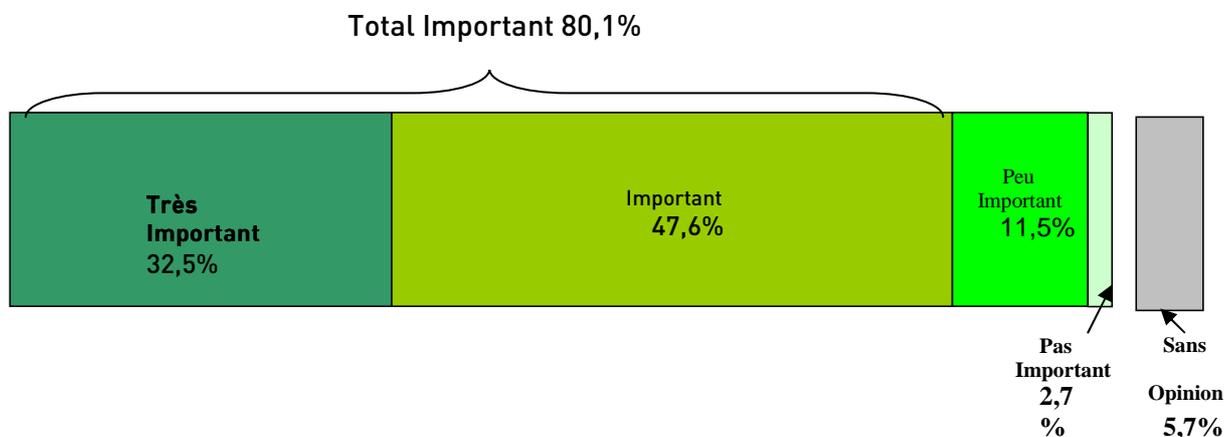
Tableau III-3-1: Niveau d'Importance et de Satisfaction des items du thème 3

Items	Importance en % et IC* à 95%	Satisfaction en % et IC* à 95%	Insatisfaction en % et IC* à 95%	Sans opinion en % et IC* à 95%
5. les conditions de vie au travail	98,7 [98,2;99,2]	49,1 [46,9;51,3]	50,2 [48,0;52,4]*	0,7 [0,03;0,1]
4. la continuité des soins et la permanence médicale et pharmaceutique (gardes et astreintes)	97,1 [96,3;97,8]	64,2 [62,0;66,3]	32,1 [30,0;34,2]	3,7 [2,9;4,6]
9. la prévention et la gestion des conflits	89,1 [87,7;90,5]	32,4 [30,3;34,4]	57,6 [55,4;59,7]	10,1 [8,7;11,4]
11. le dialogue social	84,1 [82,5;85,7]	38,8 [36,6;40,9]	46,6 [44,4;48,8]	14,7 [13,1;16,2]
8. la prévention des autres risques professionnels	81,1 [79,3;82,8]	46,8 [44,6;49,1]	34,3 [32,2;36,4]	18,9 [17,1;20,6]
6. la charge des activités administratives	79,7 [78,0;81,5]	23,7 [21,8;25,5]	71,8 [69,8;73,8]	4,6 [3,6;5,5]
7. la prévention des risques psycho-sociaux	77,7 [75,9;79,6]	29,9 [27,9;32,0]	51 [48,8;53,2]*	19,1 [17,4;20,8]
10. l'accès à la médecine du travail	70,6 [68,6;72,3]	52,1 [49,9;54,3]	32,4 [30,4;34,5]	15,5 [13,9;17,1]
1. L'impact de l'ARTT sur l'exercice médical	66,5 [64,4;68,6]	36,4 [34,3;38,5]	42,7 [40,5;45,0]	21 [19,2;22,8]
2. la diversité des lieux d'exercice (dans le territoire de santé, dans l'hôpital, dans le secteur)	56,7 [54,5;58,9]	45,7 [43,5;47,9]	25,4 [23,5;27,3]	28,9 [26,9;30,9]

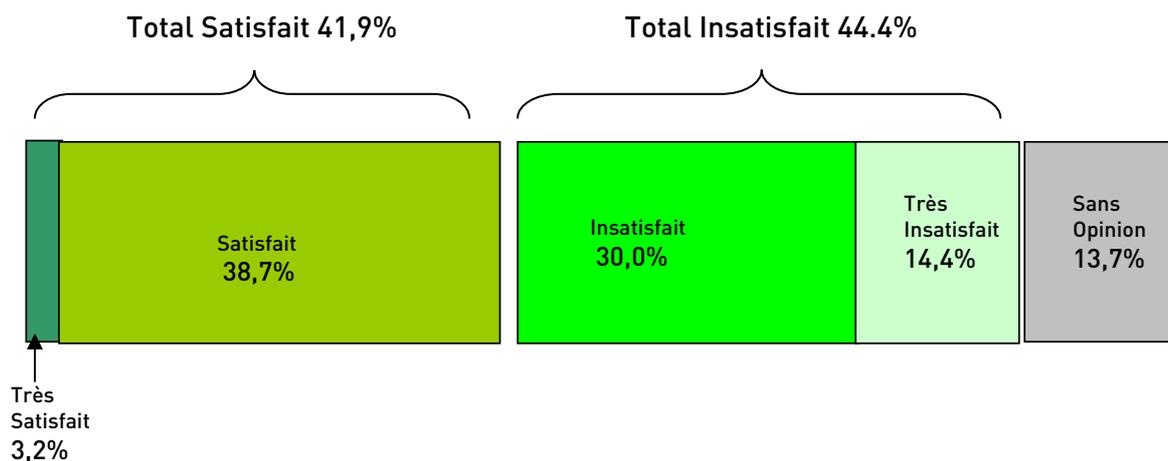
*Intervalle de confiance à 95%

80,1% des praticiens interrogés soulignent l'importance des items proposés.

Graphique 5 : Importance du thème 3



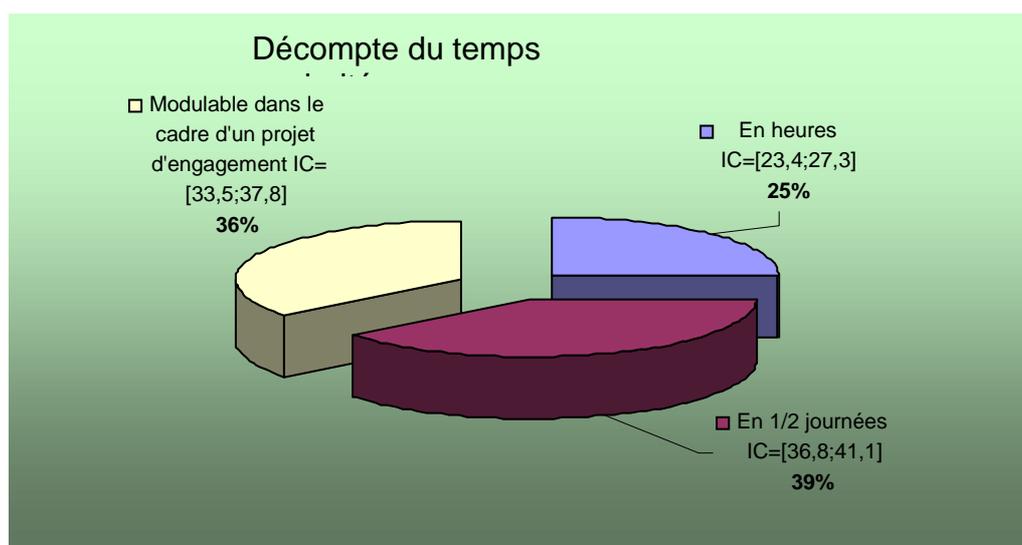
Graphique 6 : Satisfaction du thème 3



Une majorité relative 44,4% des praticiens sont insatisfaits des missions et des conditions de l'exercice médical à l'hôpital.

Par exception, la « continuité des soins et la permanence médicale et pharmaceutique (gardes et astreintes) » sont jugées importantes pour 97,1% des praticiens et satisfaisantes pour 64,2%. La « charge des activités administratives » est considérée comme trop importante pour près de 80,0% des praticiens, avec un niveau d'insatisfaction de 71,8%. De nombreux praticiens se sont d'ailleurs exprimés en ce sens à la question ouverte. Les praticiens ont parfois du mal à concilier leur exercice médical et leur activité administrative, qu'ils jugent différente de leur domaine de compétence et qui devrait être prise en charge à part entière par du personnel qualifié pour cette activité.

Graphique 7 : Décompte du temps souhaité



Parmi les personnes ayant répondu en heures à la question « Quel décompte du temps de travail est-il important pour vous ? », 94,0% le considère comme important, mais 64,5% en sont insatisfaites.

Parmi les personnes ayant répondu en 1/2 journées, 78,5% estiment ce décompte du temps comme important et 69,8% en sont satisfaites.

Parmi les personnes ayant exprimé le souhait d'une modularité du temps de travail dans le cadre d'un projet d'engagement, près de 80,0% considèrent ce décompte du temps comme important, mais seuls 45,7% des praticiens en sont satisfaits.

Tableau III-3-2: Niveau d'Importance et de Satisfaction du décompte du temps de travail

Le décompte du temps de travail	Niveau d'importance en % et IC* à 95%					Niveau de satisfaction en % et IC* à 95%			
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total	Satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total
En heures	94,0 [92,9;95,0]	4,5 [3,6;5,4]	1,0 [0,6;1,5]	0,4 [0,1;0,7]	100,0	31,2 [29,1;33,2]	64,5 [62,4;66,6]	4,3 [3,4;5,2]	100,0
En 1/2 journées	78,5 [76,7;80,3]	16,8 [15,1;18,4]	2,5 [1,8;3,2]	2,2 [1,5;2,8]	100,0	69,8 [67,8;71,8]	23,8 [21,9;25,7]	6,4 [5,3;7,5]	100,0
Modulable dans le cadre d'un projet d'engagement	79,9 [78,1;81,7]	11,7 [10,3;13,1]	5,1 [4,1;6,0]	3,3 [2,5;4,1]	100,0	45,7 [43,5;47,9]	43,8 [41,6;46,0]	10,5 [9,1;11,9]	100,0

*Intervalle de confiance à 95%

III-4) Thème 4 : S'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications

7 critères ont été choisis pour ce thème.

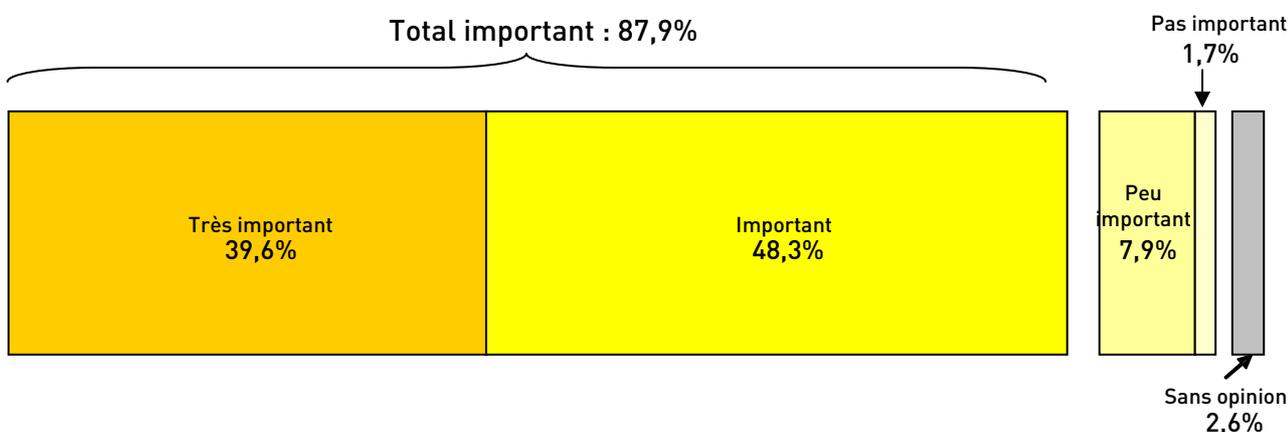
Tableau III-4: Niveau d'Importance et de Satisfaction des items du thème 4

Items	Importance en % et IC* à 95%	Satisfaction en % et IC* à 95%	Insatisfaction en % et IC* à 95%	Sans opinion en % et IC* à 95%
1. l'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles	97,4 [96,7;98,1]	63,5 [61,4;65,6]	33,6 [31,6;35,7]	2,8 [2,1;3,6]
5. la formation médicale continue (FMC)	96,5 [95,7;97,3]	52,4 [50,1;54,5]	43,8 [41,6;46,0]	3,9 [3,0;4,7]
3. la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités, et/ou des modes d'exercice	95,6 [94,7;96,5]	43,2 [41,0;45,4]	50,2 [48,0;52,4]*	6,6 [5,5;7,7]
6. la coopération entre professionnels de santé (répartition et/ou partage de compétences entre médicaux et paramédicaux)	94,2 [93,1;95,2]	62,8 [60,6;64,9]	31,7 [29,7;33,8]	5,5 [4,5;6,5]
4. l'évaluation des pratiques professionnelles	85,1 [83,6;86,7]	47,6 [45,3;49,8]	42,6 [40,4;44,7]	9,9 [8,6;11,2]
7. le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences	78,0 [76,2;79,8]	20,3 [18,6;22,1]	56,8 [54,7;59,0]	22,8 [21,0;24,7]
2. l'acquisition des compétences médico économiques, managériales,...	68,0 [66,0;70,0]	34,7 [32,6;36,8]	46,0 [43,8;48,2]	19,3 [17,6;21,0]

*Intervalle de confiance à 95%

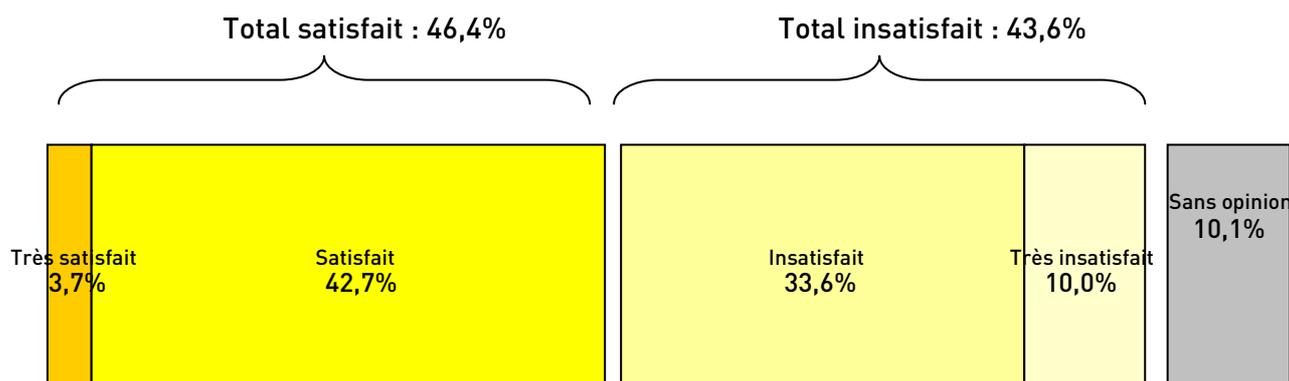
Dans son ensemble, le thème 4 recueille une proportion de 87,9% de praticiens qui considèrent les critères proposés comme importants.

Graphique 8 : Importance du thème 4



Le degré de satisfaction exprimé témoigne d'un relatif équilibre (46,4% de satisfaits, contre 43,6% d'insatisfaits). Seule la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités et/ou des modes d'exercice n'est pas significative.

Graphique 9 : Satisfaction du thème 4



III-5) Thème 5 : Faciliter l'évolution des modes d'exercices, du temps de travail et valoriser la carrière et la rémunération

L'ensemble des résultats présentés dans ce thème sont tous significativement différents de 50,0%, au seuil de probabilité de 5%.

Items	Part en % et IC* à 95%
Fixé tout au long de la carrière	8,4 [7,2;9,6]
Modulable tout au long de la carrière	91,6 [90,4;92,8]
Total	100,0

*Intervalle de confiance à 95%

Items	Part en % et IC* à 95%
Evolution à l'ancienneté	29,3 [27,3;31,3]
Evolution en fonction du temps de travail, des activités et les projets convenus et évalués	70,7 [68,7;72,7]
Total	100,0

*Intervalle de confiance à 95%

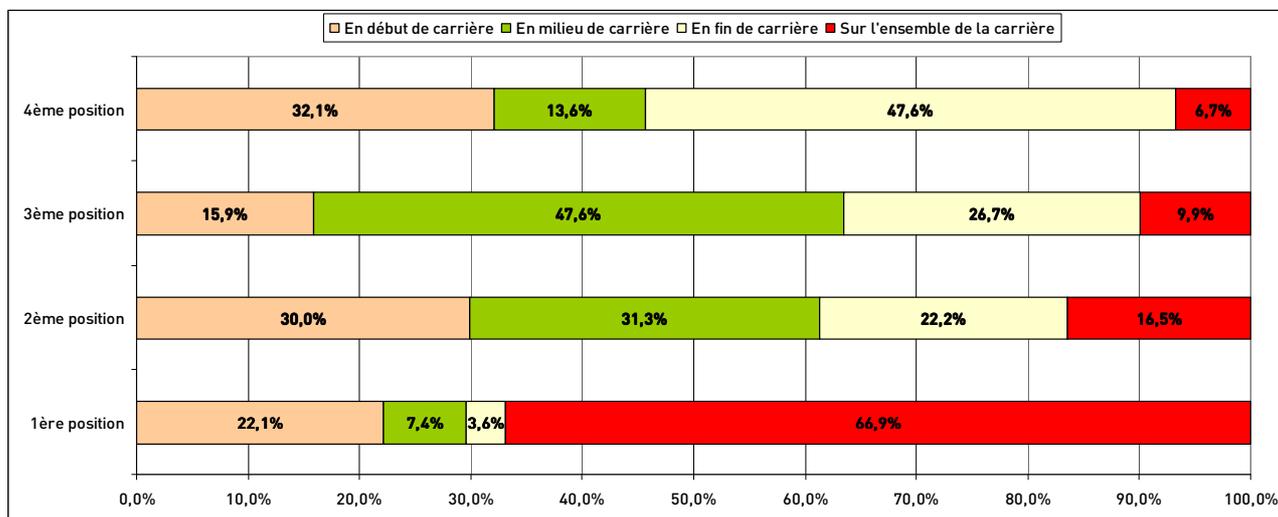
L'intérêt pour la modularité tout au long de la carrière se confirme (91,6%) et l'évolution en fonction du temps de travail, des activités et des projets convenus et évalués fait un score très honorable (70,7%).

Tableau III-5: Niveau d'Importance et de Satisfaction des items du thème 5

Items	Niveau d'importance en % et IC* à 95%				
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total
7. l'évolution des retraites (assiette et niveau de pension)	92,4 [91,2;93,6]	2,4 [1,7;3,1]	0,3 [0,03;0,5]	4,9 [4,0;5,9]	100,0
4. le développement professionnel continu (DPC) (ex: formation médical continue)	90,9 [89,6;92,2]	4,4 [3,5;5,3]	1,3 [0,8;1,8]	3,5 [2,7;4,3]	100,0
6. l'intéressement collectif de l'équipe soignante (médicaux et paramédicaux)	73,0 [71,0;75,0]	14,9 [13,3;16,5]	6,8 [5,7;8,0]	5,3 [4,3;6,3]	100,0
8. le cumul emploi - retraite	71,0 [69,0;73,1]	14,8 [13,2;16,4]	3,3 [2,5;4,1]	10,9 [9,5;12,2]	100,0
3. la rémunération composée d'une part fixe et d'une part variable en fonction du métier, des activités, de la qualité et de l'efficience	56,7 [54,5;58,9]	19,0 [17,3;20,8]	16,4 [14,7;18,0]	7,9 [6,7;9,1]	100,0

*Intervalle de confiance à 95%

Graphique 2 : Période à laquelle l'amélioration de la rémunération est souhaitée



L'amélioration de la rémunération sur l'ensemble de la carrière est fortement sollicitée (66,9%), même si la nécessité d'un relèvement du niveau du début de carrière se confirme.

IV / Comparaison entre typologie d'Etablissement

Un croisement des typologies d'établissement avec les deux items jugés les plus importants de chaque thème est proposé afin de mettre en évidence, l'existence d'une liaison, une relation ou un intérêt particulier entre une catégorie d'établissement et un item donné. Pour ce faire, un indice de liaison est introduit entre les modalités, le PEM ou Pourcentage de l'Ecart Maximum: il s'agit d'un indicateur d'attraction.

Cet indicateur a les qualités suivantes:

- s'il est positif, on est dans une situation de liaison ou attraction entre fonction et sujet ;
- s'il est nul, on est dans une situation d'indépendance ;
- s'il est négatif, on est dans une situation d'opposition ou de répulsion.

Empiriquement, des cas de PEM très élevés (supérieurs à 50%) témoignent d'une liaison tellement forte qu'ils sont l'indice d'une redondance des indicateurs: par exemple, dans une enquête, on vérifie que le PEM entre le fait d'être à la retraite et d'être dans une tranche d'âge supérieur à 60 ans est toujours très élevé. On constate empiriquement que les PEM intéressants se situent entre 10 et 50%.

Quand la liaison est inférieure à 10%, elle peut être l'effet du hasard et c'est pour cette raison qu'on associe toujours au PEM le test du khi-deux pour rendre le tableau significatif. Sur les tableaux, la valeur du PEM est suivie d'une étoile pour signaler qu'elle est issue d'un tableau croisé très significatif.

Le test de signification permet également de se garantir contre le fait de se servir de liaisons fortes mais "insignifiantes" dans la mesure où ces liaisons porteraient sur des effectifs trop faibles pour qu'on puisse en tirer d'utiles informations.

Quand le khi-deux est fort, cela signifie que les écarts sont forts, et donc que la situation d'indépendance de la population de référence devient très improbable.

IV-1) Thème I : Faire envie d'une carrière médicale à l'hôpital

Pour ce thème, c'est la qualité du travail en équipe et la qualité de l'exercice clinique auprès des patients qui ont enregistrées les plus fortes proportions avec respectivement 98,8% et 97,0% des praticiens interrogés.

Il ressort du croisement du premier item une forte attraction de l'importance de la qualité du travail en équipe au niveau des CH plus que dans les autres catégories d'établissements. L'indicateur d'attraction ou PEM de "Important" s'établit à 16,8%). Et d'une manière générale, la qualité du travail en équipe est beaucoup plus appréciée dans les grandes structures.

Tableau IV-1-1: Importance et Satisfaction de la qualité du travail en équipe selon le type d'établissement

%	Niveau d'Importance					Niveau de Satisfaction						
	Khi2	% Attractivité	Sans Opinion	Pas Important	Peu Important	Important	Total	Sans Opinion	Insatisfait	Satisfait	Total	
CHU/CHR			0,3	0,1	0,9	98,8	100,0	0,5	26,9	72,6	100,0	
			0,2	42,0	0,7	-56,1	0,0	4,5	0,0	1,6	56,9	
			0,0	0,0	0,0	1,6	1,0	56,9	0,0	7,2	1,2	8,4*
			0,4	-8,4*	0,4	-8,4*	1,6	56,9	0,0	1,6	33,6	
CH ou Autres			0,2	0,2	0,8	98,89	100,0	0,5	23,2	76,4	100,0	
			0,1	-25,7	0,1	-25,7	0,1	-12,6	0,0	16,8	0,3	33,6
			0,0	0,0	0,0	16,8	0,3	33,6	0,0	-10,8	1,1	-8,3
			0,4	8,3	0,4	8,3	1,6	33,6	0,0	8,3	1,6	33,6
CHS			0,0	0,6	1,3	98,1	100,0	0,0	21,8	78,2	100,0	
			0,3	-100,0	1,5	18,6	0,3	4,2	0,0	-4,4	2,1	7,9
			0,8	-100,0	0,7	-13,8	0,3	15,5	1,9	7,9	7,9	
HL			0,0	3,2	0,0	96,8	100,0	3,2	29,0	67,7	100,0	
			0,1	-100,0	14,0	23,8*	0,3	-100,0	0,0	-2,5	4,3	1,6
			4,5	8,6	0,2	5,0	0,2	-8,7	4,9	1,6	1,6	
Total			0,2	0,2	0,9	98,7	100,0	0,5	25,3	74,2	100,0	
			0,7	16	0,7	0,0	17,7	5,4	3,2	1,3	9,9	

Les praticiens exerçant en hôpital local accordent manifestement peu d'importance à la qualité du travail en équipe, le PEM "Pas important" est très élevé (23,8%*) et s'avère significatif.

Quand à la qualité du travail en équipe à l'hôpital, on constate que ce sont les praticiens exerçant en CHU/CHR, qui en sont manifestement insatisfaits comparativement aux autres. En effet, malgré, une proportion de "satisfait" qui s'établit à 72,6%, on relève une opposition très significative (-8,4%*) de "satisfait" et une attraction très significative (8,4%*) de "Insatisfait".

Tableau IV-1-2: Importance et Satisfaction de la qualité de l'exercice clinique auprès des patients

Khi2	% % Attractivité	Niveau d'Importance					Niveau de Satisfaction				
		Sans Opinion	Pas Important		Peu Important	Important	Total	Sans Opinion	Insatisfait	Satisfait	Total
CHU/CHR		2,8	0,0	0,9	96,3	100,0	5,1	30,8	64,1	100,0	
		1,1	27,8	1,0	-100,0	0,3	22,7	0,0	-21,4	2,6	56,9
CH ou Autres		2,0	0,0	0,6	97,4	100,0	3,8	24,1	75,2	100,0	
		0,3	-14,1	0,7	-100,0	0,2	-20,7	0,0	18,5	1,2	33,6
CHS		0,0	0,6	0,6	98,7	100,0	0,0	32,1	67,9	100,0	
		3,6	-100,0*	4,5	45,7	0,0	-15,6	0,1	59,2	8,1	7,9
HL		3,2	3,2	0,0	93,5	100,0	9,7	25,8	64,5	100,0	
		0,1	1,0	29,9	49,2*	0,2	-100,0	0,0	-3,4	30,3	1,6
Total		2,3	0,1	0,8	96,9	100,0	4,3	27,6	68,1	100,0	
		5,1	36	0,7	0,1	42,2	11	16	7,5	33,9	

Avec un PEM de 22,7%, les praticiens en CHU/CHR semblent accorder moins d'importance à la qualité de l'exercice clinique auprès des patients, comparativement aux praticiens des autres structures.

Les praticiens en CHS affichent la plus forte attraction (59,2%) pour l'importance de la qualité de l'exercice clinique auprès des patients mais n'en sont pas satisfaits (PEM de -0,3%). Les praticiens en CHU/CHR confirment cette insatisfaction avec un PEM de (-16,7%).

IV-2) Thème 2 : Assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital

C'est la valorisation collective de l'équipe médicale et la valorisation de l'activité individuelle qui ont recueilli les plus fortes proportions avec respectivement 96,3% et 91,4% des praticiens interrogés.

Alors que les CHU/CHR et les CH montrent que la valorisation collective de l'équipe médicale est importante (PEM respectifs de 9,9% et de 23,8%), les CHS et HL lui accordent peu d'importance. Avec une proportion (respectivement de 96,9% pour les CH et de 96,5% pour les CHU/CHR), les praticiens des CH et des CHU/CHR accordent une grande importance à la valorisation de l'activité collective, comparativement aux autres types d'établissement.

Tableau IV-2-1: Importance et Satisfaction de la valorisation collective de l'équipe médicale selon le type d'établissement

Chi2	% Attractivité	Importance					Satisfaction			
		Sans opinion	Pas important	Peu important	Important	Total	Sans opinion	Insatisfait	Satisfait	Total
		0,8	0,4	2,3	96,5	100,0	2,0	56,4	41,6	100,0
		0,7 -24,7	0,1 -12,1	0,0 -2,8	0,0 9,9	0,8 56,9	2,2 -26,5*	2,5 8,5*	1,8 -6,4	6,5 56,9
CHU/CHR		0,6	0,5	2,0	96,9	100,0	2,6	49,7	47,7	100,0
		1,3 -43,4	0,0 -10,8	0,5 17,8	0,1 23,8	1,9 33,6	0,1 -8,1	1,3 -6,1	1,8 6,2*	3,2 33,6
CH ou autres		1,4	0,6	5,1	92,9	100,0	5,1	46,2	48,7	100,0
		0,1 1,8	0,1 2,3	4,9 9,9*	0,2 -6,7*	5,3 7,9	3,1 7,2	1,4 -12,8	0,7 8	5,2 7,9
CHS		19,4	3,2	0,0	77,4	100,0	22,6	32,3	45,1	100,0
		97,5 27,4*	4,5 8,6	0,7 -100	1,1 -19,4*	103,8 1,6	43,6 20,4*	2,5 -39,1	0,0 1,6	46,1 1,6
HL		0,6	0,7	7,3	91,4	100,0	2,7	52,4	44,9	100,0
		99,6	4,7	6,1	1,4	111,8	49,0	7,7	4,3	61,0
Total										

Toutefois, les CHU/CHR se distinguent par un niveau d'insatisfaction de la valorisation de l'activité collective plus élevé que dans les autres types d'établissement (PEM de 8,5%*). Les autres établissements publics de santé, sont quant à eux, satisfaits de la valorisation collective de l'équipe médicale, avec un PEM de 6,2%*.

Tableau IV-2-2: Importance et Satisfaction de la valorisation de l'activité individuelle selon le type d'établissement

Chi2	% Attractivité	Importance					Satisfaction			
		Sans opinion	Pas important	Peu important	Important	Total	Sans opinion	Insatisfait	Satisfait	Total
		0,5	0,9	7,2	91,4	100,0	2,4	48,2	49,4	100,0
		0,1 -12,1	0,1 13	0,0 -1,8	0,0 1,4	0,2 56,9	0,9 -16,7	5,6 14,1*	3,7 -11,9*	10,2 56,9
CHU/CHR		0,5	0,5	7,2	91,8	100,0	3,5	37,2	59,3	100,0
		0,3 -25,7	1,1 -44,3	0,0 -1,6	0,0 7,2	1,4 33,6	0,8 10,1	6,1 -14,5	4,1 12,4*	11,0 33,6
CH ou autres		0,6	1,3	9,6	88,5	100,0	3,2	38,5	58,3	100,0
		0,0 0,5	0,4 5	1,1 2,7	0,1 -3	1,6 7,9	0,1 0,9	0,9 -11,6	0,7 10,2	1,7 7,9
CHS		6,5	3,2	3,2	87,1	100,0	6,5	35,5	58,0	100,0
		17,4 15,3*	2,2 4,8	0,7 -56,1	0,1 -4,5	20,4 1,6	1,4 3,7	0,5 -18,5	0,1 9,6	2,0 1,6
HL		0,9	0,5	2,3	96,3	100,0	3,0	42,4	54,6	100,0
		17,8	3,8	1,8	0,2	23,6	3,2	13,1	8,6	24,9
Total										

Alors que l'importance de la valorisation de l'activité individuelle se confirme sur tous les types d'établissement (87,1% à 91,8%), le niveau d'insatisfaction le plus grand est enregistré par les CHU/CHR (48,2%).

IV-3) Thème 3 : Promouvoir les missions et les conditions de l'exercice médical à l'hôpital

Il semble nécessaire de retenir le décompte du temps de travail en plus des deux items majoritairement jugés importants que sont les conditions de vie au travail (98,7%) et la continuité des soins et la permanence médicale pharmaceutique (97,1%).

La lecture des PEM traduit une forte disparité entre les praticiens selon la structure. L'analyse du décompte du temps de travail souhaité dénote une situation paritaire, diamétralement opposée: alors que les praticiens en CHU/CHR affichent une forte attraction significative de (15,4%*) pour un temps modulable dans le cadre d'un projet d'engagement individuel, leurs homologues des CH et CHS marquent sur le sujet une

forte répulsion signifiante de respectivement (-13,8%*) et (-28%*). Ces derniers préfèrent indubitablement un décompte en 1/2 journées.

Tableau IV-3-1: Importance et Satisfaction du décompte du temps de travail selon Le type d'établissement

Khi2	% % Attractivité	En heures		En 1/2 journées		Modulable dans le cadre d'un projet d'engagement		Total	
CHU/CHR		25,9	33,3	40,8	100				
		0,4	4,7	7,7	-13,4*	5,6	15,4*	13,7	56,9
CH ou Autres		26,5	42	31,5	100				
		0,6	0,3	2,2	5,8*	4,6	-13,8*	7,4	33,6
CHS		12,8	60,9	26,3	100				
		9,3	-48,8*	20,4	36,5*	4,5	-28*	34,2	7,9
HL		22,6	35,5	41,9	100				
		0,1	-9,8	0,1	-7,7	0,2	8,5	0,4	1,6
Total		25,0	38,4	36,5	100				
		10,3	30,4	14,9	55,7				

Tableau IV-3-2: Importance et Satisfaction de la continuité des soins et la permanence médicale pharmaceutique selon le type d'établissement

Khi2	% % Attractivité	Niveau d'Importance					Niveau de Satisfaction				
		Sans Opinion	Pas Important	Peu Important	Important	Total	Sans Opinion	Insatisfait	Satisfait	Total	
CHU/CHR		2,2	0,3	1,7	95,8	100,0	5,2	32,2	62,6	100,0	
		4,4	68*	0,2	-24,7	0,9	31,3	0,1	-41,1*	5,6	56,9
CH ou Autres		0,6	0,3	0,9	98,2	100,0	2,9	32,5	64,6	100,0	
		3,4	-59,0*	0,1	-15,1	1	-33,9	0,1	43,4*	4,6	33,6
CHS		0,0	0,6	1,3	98,1	100,0	0,0	28,2	71,8	100,0	
		2,3	-100,0	0,4	6,9	0	-6,3	0	39,7	2,7	7,9
HL		0,0	3,2	0	96,8	100,0	0,0	29	71	100,0	
		0,5	-100,0	7,2	12,9	0,4	-100	0	0	8,1	1,6
Total		1,5	0,4	1,4	96,8	100,0	3,9	32	64,1	100,0	
		11	7,9	2,3	0,3	21	14	0,9	2,1	16,7	

L'examen par type d'établissement du niveau d'importance de la continuité des soins et de la permanence médicale et pharmaceutique, confirme une forte attraction des praticiens en CH et CHS. Les PEM s'établissent respectivement à (43,4%) et (39,7%).

On note que les PH en CHS sont particulièrement satisfaits de la continuité des soins et de la permanence médicale et pharmaceutique, leur PEM signifiante est de (21,4%*).

Tableau IV-3-3: Importance et Satisfaction des conditions de vie au travail selon le type d'établissement

Khi2	% % Attractivité	Niveau d'Importance					Niveau de Satisfaction												
		Sans Opinion	Pas Important	Peu Important	Important	Total	Sans Opinion	Insatisfait	Satisfait	Total									
CHU/CHR		0,2	0,0	1,0	98,7	100,0	0,8	55,7	43,5	100,0									
		<i>0,7</i>	<i>100,0</i>	<i>0,3</i>	<i>-29,7</i>	<i>0,2</i>	<i>-12,1</i>	<i>0</i>	<i>9,1</i>	<i>1,1</i>	<i>56,9</i>	<i>0,3</i>	<i>28,6</i>	<i>4,6</i>	<i>11,8*</i>	<i>5,2</i>	<i>-12,0*</i>	<i>10,1</i>	<i>56,9</i>
CH ou Autres		0,0	0,0	0,8	99,2	100,0	0,6	45,5	53,9	100,0									
		<i>0,7</i>	<i>-100,0</i>	<i>1,7</i>	<i>-100,0</i>	<i>0,8</i>	<i>-32,4</i>	<i>0</i>	<i>48,7*</i>	<i>3,2</i>	<i>33,6</i>	<i>0</i>	<i>-8,5</i>	<i>4,2</i>	<i>-11,1*</i>	<i>4,5</i>	<i>11,1*</i>	<i>8,8</i>	<i>33,6</i>
CHS		0,0	0,0	2,6	97,4	100,0	0,0	46,2	53,8	100,0									
		<i>0,2</i>	<i>-100,0</i>	<i>0,4</i>	<i>-100,0</i>	<i>2,9</i>	<i>11,2</i>	<i>0</i>	<i>-64,0</i>	<i>3,5</i>	<i>7,9</i>	<i>1</i>	<i>-100,0</i>	<i>0,8</i>	<i>-9,8</i>	<i>1</i>	<i>10,9</i>	<i>2,8</i>	<i>7,9</i>
HL		0,0	9,7	6,5	83,9	100,0	0,0	32,3	67,7	100,0									
		<i>0</i>	<i>-100,0</i>	<i>10,9</i>	<i>59,4*</i>	<i>7,9</i>	<i>7,6*</i>	<i>0,7</i>	<i>-15,9*</i>	<i>17,3</i>	<i>17,3</i>	<i>0,2</i>	<i>-100,0</i>	<i>2,2</i>	<i>-37*</i>	<i>2,5</i>	<i>37,8</i>	<i>4,8</i>	<i>1,6</i>
Total		0,1	0,3	1,1	98,5	100,0	0,7	51,2	48,2	100,0									
		<i>1,5</i>	<i>111</i>	<i>12</i>	<i>0,7</i>	<i>25,1</i>	<i>1,6</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>26,6</i>									

Il ressort du croisement de l'item sur les conditions de vie au travail, la formation de deux groupes: les praticiens en CHU/CHR et CH, d'une part et ceux en CHS et HL, d'autre part. Les premiers accordent une importance évidente aux conditions de vie au travail, tandis que les seconds semblent les considérer comme peu importantes. Au niveau de la satisfaction, seul le second groupe se maintient en affichant une attraction pour la satisfaction de leurs conditions de vie au travail. Par contre, les praticiens en CHU/CHR marquent une insatisfaction, avec un PEM significatif de 11,8%*.

IV-4) Thème 4 : S'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications

Pour ce thème, ce sont "l'acquisition de nouvelles qualifications médicales" et "la formation médicale continue" qui recueillent les plus fortes proportions, avec respectivement 97,4% et 96,5% des praticiens interrogés.

Tableau IV-4-1: Importance et Satisfaction de l'Acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles selon le type d'établissement

Khi2	% % Attractivité	Niveau d'Importance					Niveau de Satisfaction												
		Sans opinion	Pas important	Peu important	Important	Total	Sans opinion	Insatisfait	Satisfait	Total									
CHU/CHR		0,4	0,3	1,5	97,8	100,0	2,7	34,9	62,4	100,0									
		<i>0,5</i>	<i>-26,8</i>	<i>0,2</i>	<i>-24,7</i>	<i>0,6</i>	<i>-17</i>	<i>0,0</i>	<i>20,1*</i>	<i>1,3</i>	<i>56,9</i>	<i>0,2</i>	<i>-7,5</i>	<i>0,3</i>	<i>3,6</i>	<i>0,1</i>	<i>-2,5</i>	<i>0,6</i>	<i>56,9</i>
CH ou autres		0,5	0,2	1,7	97,6	100,0	2,7	32,1	65,2	100,0									
		<i>0,3</i>	<i>-25,7</i>	<i>0,8</i>	<i>-57,5</i>	<i>0,1</i>	<i>-9,2</i>	<i>0,0</i>	<i>18,9</i>	<i>1,2</i>	<i>33,6</i>	<i>0,1</i>	<i>-6,1</i>	<i>0,7</i>	<i>-5,6</i>	<i>0,5</i>	<i>5,7</i>	<i>1,3</i>	<i>33,6</i>
CHS		2,6	0,0	4,5	92,9	100,0	4,5	35,3	60,2	100,0									
		<i>9,8</i>	<i>27,6*</i>	<i>0,6</i>	<i>-100</i>	<i>6,1</i>	<i>12,5*</i>	<i>0,3</i>	<i>-13,1</i>	<i>16,8</i>	<i>7,9</i>	<i>1,4</i>	<i>4,8</i>	<i>0,1</i>	<i>1,9</i>	<i>0,2</i>	<i>-4,5</i>	<i>1,7</i>	<i>7,9</i>
HL		0,0	9,7	3,2	87,1	100,0	6,5	35,3	58,2	100,0									
		<i>0,2</i>	<i>-100</i>	<i>76,0</i>	<i>41,9*</i>	<i>0,3</i>	<i>1,4</i>	<i>0,3</i>	<i>-10,4*</i>	<i>76,8</i>	<i>1,6</i>	<i>1,4</i>	<i>3,7</i>	<i>0,0</i>	<i>2,3</i>	<i>0,1</i>	<i>-8</i>	<i>1,5</i>	<i>1,6</i>
Total		0,6	0,3	1,8	97,4	100,0	2,8	33,6	63,6	100,0									
		<i>10,8</i>	<i>77,6</i>	<i>7,1</i>	<i>0,6</i>	<i>96,1</i>	<i>3,1</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>	<i>5,1</i>									

Les praticiens des CHU/CHR (97,8%) et CH (97,6%) accordent une grande importance à l'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles avec des PEM respectifs de 20,1%* et 18,9%. Le niveau de satisfaction reste relativement moyen quel que soit le type d'établissement (entre 58,2% et 65,2%).

Tableau IV-4-2: Importance et Satisfaction de la formation médicale continu selon le type d'établissement

Khi2	% Attractivité		Importance					Satisfaction			
	Sans opinion	Pas important	Peu important	Important	Total	Sans opinion	Insatisfait	Satisfait	Total		
CHU/CHR	0,8 <i>0,3 28,6</i>	0,6 <i>0,7 48,5</i>	2,6 <i>0,0 -2</i>	96,0 <i>0,0 -9,1</i>	100,0 <i>1,0 56,9</i>	5,0 <i>2,4 30,4*</i>	43,8 <i>0,0 -0,1</i>	51,2 <i>0,2 -2,4</i>	100,0 <i>2,6 56,9</i>		
CH ou autres	0,5 <i>0,4 -31,4</i>	0,0 <i>3,0 -100*</i>	2,1 <i>0,7 -20</i>	97,4 <i>0,1 31,7*</i>	100,0 <i>4,2 33,6</i>	2,9 <i>2,3 -29,4*</i>	43,5 <i>0,0 -0,8</i>	53,6 <i>0,3 3,2</i>	100,0 <i>2,6 33,6</i>		
CHS	0,6 <i>0,0 -2,7</i>	0,0 <i>0,7 -100</i>	4,5 <i>2,0 6</i>	94,9 <i>0,0 -3,2</i>	100,0 <i>2,7 7,9</i>	3,2 <i>0,3 -20,9</i>	46,2 <i>0,2 4,1</i>	50,6 <i>0,1 -2,8</i>	100,0 <i>0,6 7,9</i>		
HL	0,0 <i>0,2 -100</i>	6,5 <i>24,4 21,0*</i>	6,5 <i>1,7 3,9</i>	87,0 <i>0,3 -9,5</i>	100,0 <i>26,6 1,6</i>	0,0 <i>1,3 -100</i>	41,9 <i>0,0 -4,4</i>	58,1 <i>0,2 12,5</i>	100,0 <i>1,5 1,6</i>		
Total	0,6 <i>0,9</i>	0,4 <i>28,8</i>	2,5 <i>4,4</i>	96,5 <i>0,4</i>	100,0 <i>34,5</i>	3,9 <i>6,3</i>	43,8 <i>0,2</i>	52,3 <i>0,8</i>	100,0 <i>7,3</i>		

La catégorie d'établissement ayant l'attractivité la plus élevée (97,4% d'importance accordée) pour la formation médicale continue relève des CH. En effet, on observe un PEM significatif de 31,7%*. Les HL ont, quant à eux, la plus forte attractivité (58,1%), avec la modalité « Satisfait », même si tous les établissements dépassent le seuil de 50%.

IV-5) Thème 5 : Faciliter l'évolution des modes d'exercice, du temps de travail et valoriser la carrière et la rémunération

Tableau IV-5-1: Importance et Satisfaction de l'organisation et la gestion du temps de travail selon le type d'établissement

Khi2	% Attractivité		Importance		Satisfaction	
	Fixé tout au long de la carrière	Modulable tout au long de la carrière	Total	Fixé tout au long de la carrière	Modulable tout au long de la carrière	Total
CHU/CHR	7,3 <i>1,6 -13,3*</i>	92,7 <i>0,2 13,3*</i>	100,0 <i>1,8 56,9</i>	7,3 <i>0,2 13,3*</i>	92,7 <i>0,2 13,3*</i>	100,0 <i>1,8 56,9</i>
CH ou autres	9,5 <i>0,9 6,5</i>	90,5 <i>0,1 -6,5</i>	100,0 <i>1,0 33,6</i>	9,5 <i>0,9 6,5</i>	90,5 <i>0,1 -6,5</i>	100,0 <i>1,0 33,6</i>
CHS	12,3 <i>2,7 4,2*</i>	87,7 <i>0,2 -4,2*</i>	100,0 <i>2,9 7,9</i>	12,3 <i>2,7 4,2*</i>	87,7 <i>0,2 -4,2*</i>	100,0 <i>2,9 7,9</i>
HL	6,5 <i>0,1 -23,3</i>	93,5 <i>0,0 23,3</i>	100,0 <i>0,1 1,6</i>	6,5 <i>0,1 -23,3</i>	93,5 <i>0,0 23,3</i>	100,0 <i>0,1 1,6</i>
Total	8,4 <i>5,3</i>	91,6 <i>0,5</i>	100,0 <i>5,8</i>	8,4 <i>5,3</i>	91,6 <i>0,5</i>	100,0 <i>5,8</i>

La modulation de l'organisation et de la gestion du temps de travail tout au long de la carrière semble être préférée au système de fixation du temps de travail tout au long de la carrière, quel que soit le type d'établissement, et en particulier pour les PH de CHU/CHR et d'HL. En effet, ces derniers montrent davantage d'intérêt avec un PEM de 13,3* pour les praticiens de CHU/CHR et de 23,3 pour les praticiens exerçant en HL.

Tableau IV-5-2: Importance et Satisfaction de la gestion de la carrière selon le type d'établissement

Khi2	%		Evolution en fonction du temps de travail, des activités et des projets convenus et évalués		Total		
	% Attractivité	Evolution à l'ancienneté					
		25,6		74,4		100,0	
		5,2	-12,7	2,2	12,7*	7,4	56,9
		31,7		68,3		100,0	
		1,2	4,1	0,5	-4,1	1,7	33,6
		49,0		51,0		100,0	
		20,6	27,9*	8,5	-27,9*	29,1	7,9
		12,9		87,1		100,0	
		2,8	-56,0	1,2	56,0*	4,0	1,6
		29,3		70,7		100,0	
		29,8		12,4		42,2	

Pour les CHU/CHR et les HL, l'évolution de la carrière doit se faire en fonction du temps de travail, des activités et des projets convenus et évalués (PEM respectifs de 12,7%* et 56,0%*). En revanche, cela est moins évident pour les CH et les CHS où l'on observe des proportions importantes de praticiens ayant répondu « Evolution à l'ancienneté » et dont les PEM d'attractivité sont de 4,1% pour les CH et de 27,9%* pour les CHS.

Tableau IV-5-3: Importance et Satisfaction de l'évolution des retraites selon le type d'établissement

Khi2	%		Pas important		Peu important		Important		Total		
	% Attractivité	Sans opinion									
		7,9		0,3		2,8		89,0		100,0	
		0,8	13,4	0,1	-12,1	0,1	9	0,1	-11,4	1,1	56,9
		6,0		0,0		1,7		92,3		100,0	
		1,3	-16,3	2,0	-100	2,2	-35,9*	0,4	23,8*	5,9	33,6
		4,5		1,9		3,8		89,8		100,0	
		1,6	-37,6	13,5	45,7*	1,0	4,2	0,0	-0,2	16,1	7,9
		19,4		0,0		9,6		71,0		100,0	
		6,4	13,1*	0,1	-100	6,0	7,3*	1,2	-21,1*	13,7	1,6
		4,9		0,3		2,4		92,4		100,0	
		10,1		15,7		9,3		1,7		36,8	

Les praticiens des CH accordent une très forte importance à l'évolution des retraites, comparativement aux autres types d'établissement (PEM de 23,8*). Les praticiens exerçant en HL se distinguent par une proportion significative de « Sans opinion » (19,4% et un PEM de 13,1*).

Tableau IV-5-4: Importance et Satisfaction du développement professionnel continu selon le type d'établissement

Khi2	% % Attractivité		Sans opinion		Pas important		Peu important		Important		Total	
	CHU/CHR		6,2	1,3	5,1	87,4	100,0					
	0,9	15,7	0,0	1,9	0,8	16,6	0,2	-14,4*	1,9	56,9		
	CH ou autres		4,5	0,9	3,3	91,3	100,0					
	1,3	-18,9	0,9	-31,4	2,1	-26,5	0,5	23,4*	4,8	33,6		
	CHS		4,5	2,6	6,4	86,5	100,0					
	0,3	-19,5	1,8	8,1	1,3	3,6	0,1	-2,3	3,5	7,9		
	HL		9,7	3,2	0,0	87,1	100,0					
	0,9	9,7	0,9	2,3	1,4	-100	0,0	-1,7	3,2	1,6		
	Total		3,5	1,3	4,4	90,8	100,0					
	3,4		3,6		5,6		0,8		13,4			

Les praticiens des CH soulignent l'importance du développement professionnel continu par rapport aux autres types d'établissement (91,3% des praticiens de CH avec un PEM de 23,4*).

V / SYNTHÈSE DES SOUHAITS CONSEILS OU ATTENTES EXPRIMÉS

Souhaits, conseils ou attentes portant sur l'évolution de l'exercice médical à l'hôpital

La Mission Nationale a demandé aux praticiens hospitaliers de s'exprimer au travers de l'enquête sur l'évolution de l'exercice médical à l'hôpital. 58,3% de l'ensemble de l'échantillon a répondu à cette partie qualitative, permettant ainsi d'identifier les souhaits et attentes des praticiens dans les différentes parties de l'enquête, avec une insistance particulière notamment sur :

- La qualité du travail en équipe
- La qualité de l'exercice clinique auprès du patient
- La qualité du plateau technique
- La valorisation collective de l'équipe médicale
- Les conditions de vie au travail
- La charge des activités administratives
- La formation médicale continue/le développement professionnel continu
- L'évolution des retraites

On relève d'autres sujets d'intérêt pour les praticiens :

- La revalorisation de la rémunération
- L'attractivité de l'hôpital public chez les jeunes praticiens afin d'éviter leur fuite vers le secteur sanitaire privé
- Une revalorisation des gardes et astreintes considérées aujourd'hui comme insuffisamment rémunérées
- Une évolution de la tarification à l'activité (T2A) pour prendre en compte la pénibilité de certaines spécialités
- La réorganisation de la gestion des hôpitaux, par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) qui a donné plus de pouvoir au directeur
- Une véritable distinction entre public et privé
- Une réelle approche de l'hôpital en tant que service public
- Une meilleure considération, reconnaissance des praticiens hospitaliers
- Une place plus importante des praticiens dans le processus de décision
- Une amélioration de la prise en charge de la formation continue
- Une amélioration du matériel médical et des outils informatiques
- Une augmentation de l'effectif du personnel médical et non médical
- Meilleure prise en charge du patient

ANNEXE 1 : AUTRES TABLEAUX

Tableaux de l'ensemble

Thème I : Faire envie d'une carrière médicale à l'hôpital :

Items	Niveau d'importance en % et IC* à 95%					Niveau de satisfaction en % et IC* à 95%			
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total	Satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total
1. l'engagement dans le service public	92,4 [91,2;93,6]	5,7 [4,7;6,7]	1,4 [0,9;2,0]	0,5 [0,2;0,8]	100	62,8 [60,6;64,9]	34,2 [32,1;36,3]	3,0 [2,3;3,8]	100
2. l'engagement dans des missions d'intérêt général	84,6 [83,0;86,2]	11,2 [9,8;12,6]	1,6 [1,0;2,1]	2,7 [2,0;3,4]	100	53,5 [51,3;55,7]	36,3 [34,1;38,4]	10,3 [9,0;11,6]	100
3. l'attractivité des emplois, des fonctions et des carrières	88,0 [84,5;89,4]	9,9 [8,6;11,2]	1,5 [1,0;2,1]	0,6 [0,3;0,9]	100	38,0 [35,9;40,2]	60,3 [58,1;62,4]	1,7 [1,1;2,3]	100
4. la qualité du plateau technique	95,3 [94,4;96,2]	3,2 [2,4;4,0]	0,7 [0,3;1,0]	0,8 [0,4;1,2]	100	69,8 [67,8;71,8]	28,0 [26,4;30,0]	2,2 [1,5;2,8]	100
5. la qualité de l'exercice clinique auprès du patient	97,0 [94,2;97,7]	0,7 [0,4;1,1]	0,1 [0,0;0,2]	2,2 [1,6;2,9]	100	69,4 [67,4;71,5]	26,4 [24,4;28,3]	4,2 [3,3;5,1]	100
6. la qualité du travail en équipe	98,8 [98,3;99,3]	0,8 [0,4;1,2]	0,2 [0,0;0,4]	0,2 [0,0;0,4]	100	74,6 [72,7;76,5]	24,9 [23,0;26,8]	0,5 [0,2;0,8]	100
7. l'appartenance à une équipe médicale par spécialité (service?)	90,5 [89,2;91,8]	6,7 [5,6;7,8]	1,3 [0,8;1,8]	1,6 [1,0;2,1]	100	77,8 [76,0;79,7]	19,0 [17,2;20,7]	3,2 [2,4;4,0]	100
8. l'appartenance à une équipe médicale dans un pôle d'activité	57,7 [55,6;59,9]	27,7 [25,7;29,6]	11,2 [9,8;12,6]	3,4 [2,6;4,2]	100	46,9 [44,7;49,1]	39,2 [37,1;41,4]	13,9 [12,3;15,4]	100
9. la recherche clinique et les publications scientifiques	70,5 [68,5;72,5]	21,8 [20,0;23,6]	5,0 [4,0;5,9]	2,7 [2,0;3,4]	100	40,0 [37,9;42,2]	46,8 [44,6;49,0]	13,2 [11,7;14,7]	100
10. l'implication dans la vie institutionnelle	74,1 [72,2;76,0]	20,2 [18,4;22,0]	3,7 [2,9;4,5]	2,0 [1,4;2,7]	100	52,2 [50,0;54,4]	38,6 [36,4;40,7]	9,3 [8,0;10,6]	100
11. la prise de responsabilité professionnelle	93,4 [92,3;94,5]	5,3 [4,3;6,3]	0,4 [0,1;0,6]	1,0 [0,5;1,4]	100	77,4 [75,6;79,3]	19,6 [17,9;21,4]	3,0 [2,2;3,7]	100

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

Items	Niveau d'importance en % et IC* à 95%					Niveau de satisfaction en % et IC* à 95%			
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total	Satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total
1. la valorisation collective de votre équipe médicale	96,3 [95,5;97,1]	2,3 [1,6;3,0]	0,5 [0,2;0,8]	0,9 [0,5;1,3]	100	44,9 [42,7;47,1]	52,4 [50,2;54,7]	2,7 [2,0;3,4]	100
2. la valorisation de votre activité individuelle	91,4 [90,1;92,6]	7,3 [6,2;8,5]	0,7 [0,4;1,1]	0,6 [0,2;0,9]	100	54,6 [52,4;56,8]	42,4 [40,2;44,6]	3,0 [2,2;3,7]	100
3. l'exercice de votre spécialité dans une équipe et dans le cadre d'un territoire de santé (réseau, filière, secteur)	84,8 [83,2;86,4]	9,8 [8,5;11,1]	2,2 [1,5;2,8]	3,2 [2,4;4,0]	100	51,4 [49,2;53,6]	39,6 [37,4;41,7]	9,0 [7,7;10,3]	100
4. la reconnaissance de l'implication dans la vie institutionnelle (pôle, structure interne, instance. . .)	75,3 [73,4;77,2]	18,9 [17,1;20,6]	2,6 [1,9;3,3]	3,2 [2,4;3,9]	100	39,8 [37,7;42,0]	47,3 [45,1;49,5]	12,9 [11,4;14,4]	100
5. la possibilité de mixité d'exercice (combinaison de statuts: salarié public+salarié privé ou libéral)	42,1 [39,9;44,2]	26,7 [24,8;28,7]	22,2 [20,4;24,0]	9,0 [7,8;10,3]	100	35,6 [33,5;37,7]	27,5 [25,5;29,4]	37,0 [34,8;39,1]	100
6. la possibilité d'un exercice médical et d'autres activités transversales ou d'intérêt général	74,7 [72,8;76,7]	16,2 [14,6;17,9]	4,3 [3,4;5,1]	4,8 [3,8;5,7]	100	46,6 [44,3;48,8]	34,1 [32,0;36,2]	19,3 [17,6;21,1]	100
7. la possibilité de concilier un exercice médical et une responsabilité managériale (praticien et chef de pôle ou responsabilité de service, de secteur, d'unité...)	68,2 [66,1;70,2]	17,9 [16,2;19,6]	7,0 [5,8;8,1]	6,9 [5,8;8,1]	100	39,2 [37,0;41,3]	40,3 [38,1;42,5]	20,5 [18,8;22,3]	100
8. la possibilité d'un exercice médical public et d'une activité libérale au sein du même hôpital	33,4 [31,4;35,5]	24,9 [23,0;26,8]	27,9 [25,9;29,8]	13,8 [12,3;15,3]	100	34,8 [32,7;36,9]	21,8 [20,0;23,6]	43,4 [41,2;45,6]	100
9. l'adaptation de votre projet personnel au projet collectif	90,0 [88,7;91,3]	5,9 [4,9;7,0]	1,2 [0,7;1,7]	2,9 [2,2;3,6]	100	50,8 [48,6;53,0]*	41,9 [39,7;44,1]	7,3 [6,2;8,4]	100
10. l'acceptation par l'équipe soignante (praticiens et paramédicaux) à une adaptation aux besoins du service	89,1 [87,7;90,5]	3,7 [2,9;4,5]	0,8 [0,4;1,1]	6,5 [5,4;7,5]	100	51,3 [49,1;53,5]*	38,8 [36,6;41,0]	9,9 [8,6;11,2]	100

Thème 3 : Promouvoir les missions et les conditions de l'exercice médical à l'hôpital :

Items	Niveau d'importance en % et IC* à 95%					Niveau de satisfaction en % et IC* à 95%			
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total	Satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total
1. l'impact de l'ARTT sur l'exercice médical	66,5 [64,4;68,6]	14,6 [13,0;16,1]	3,5 [2,7;4,3]	15,5 [13,9;17,1]	100	36,4 [34,3;38,5]	42,7 [40,5;45,0]	21,0 [19,2;22,8]	100
2. la diversité des lieux d'exercice (dans le territoire de santé, dans l'hôpital, dans le secteur)	56,7 [54,5;58,9]	23,1 [21,2;25,0]	7,1 [6,0;8,2]	13,1 [11,6;14,6]	100	45,7 [43,5;47,9]	25,4 [23,5;27,3]	28,9 [26,9;30,9]	100
4. la continuité des soins et la permanence médicale et pharmaceutique (gardes et astreintes)	97,1 [96,3;97,8]	1,3 [0,8;1,8]	0,3 [0,08;0,6]	1,3 [0,8;1,8]	100	64,2 [62,0;66,3]	32,1 [30,0;34,2]	3,7 [2,9;4,6]	100
5. les conditions de vie au travail	98,7 [98,2;99,2]	1,0 [0,6;1,5]	0,2 [0,0;0,4]	0,1 [0,0;0,2]	100	49,1 [46,9;51,3]	50,2 [48,0;52,4]*	0,7 [0,03;0,1]	100
6. la charge des activités administratives	79,7 [78,0;81,5]	15,7 [14,1;17,3]	3,0 [2,2;3,7]	1,6 [1,0;2,1]	100	23,7 [21,8;25,5]	71,8 [69,8;73,8]	4,6 [3,6;5,5]	100
7. la prévention des risques psycho-sociaux	77,7 [75,9;79,6]	13,2 [11,7;14,7]	1,8 [1,2;2,4]	7,2 [6,1;8,4]	100	29,9 [27,9;32,0]	51,0 [48,8;53,2]*	19,1 [17,4;20,8]	100
8. la prévention des autres risques professionnels	81,1 [79,3;82,8]	11,5 [10,0;12,9]	1,7 [1,1;2,2]	5,8 [4,8;6,9]	100	46,8 [44,6;49,1]	34,3 [32,2;36,4]	18,9 [17,1;20,6]	100
9. la prévention et la gestion des conflits	89,1 [87,7;90,5]	6,4 [5,3;7,5]	1,4 [0,9;1,9]	3,2 [2,4;3,9]	100	32,4 [30,3;34,4]	57,6 [55,4;59,7]	10,1 [8,7;11,4]	100
10. l'accès à la médecine du travail	70,6 [68,6;72,3]	19,5 [17,7;21,2]	6,0 [5,0;7,1]	3,9 [3,0;4,7]	100	52,1 [49,9;54,3]	32,4 [30,4;34,5]	15,5 [13,9;17,1]	100
11. le dialogue social	84,1 [82,5;85,7]	8,7 [7,4;9,9]	2,3 [1,6;3,0]	5,0 [4,0;5,9]	100	38,8 [36,6;40,9]	46,6 [44,4;48,8]	14,7 [13,1;16,2]	100

Le décompte du temps de travail ayant de l'importance :		Part en % et IC* à 95%
En heures		25,4 [23,4;27,3]
En 1/2 journées		39,0 [36,8;41,1]
Modulable dans le cadre d'un projet d'engagement		35,6 [33,5;37,8]
Ensemble		100,0

Le décompte du temps de travail :	Niveau d'importance en % et IC* à 95%					Niveau de satisfaction en % et IC* à 95%			
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total	Satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total
En heures	94,0 [92,9;95,0]	4,5 [3,6;5,4]	1,0 [0,6;1,5]	0,4 [0,1;0,7]	100	31,2 [29,1;33,2]	64,5 [62,4;66,6]	4,3 [3,4;5,2]	100
En 1/2 journées	78,5 [76,7;80,3]	16,8 [15,1;18,4]	2,5 [1,8;3,2]	2,2 [1,5;2,8]	100	69,8 [67,8;71,8]	23,8 [21,9;25,7]	6,4 [5,3;7,5]	100
Modulable dans le cadre d'un projet d'engagement	79,9 [78,1;81,7]	11,7 [10,3;13,1]	5,1 [4,1;6,0]	3,3 [2,5;4,1]	100	45,7 [43,5;47,9]	43,8 [41,6;46,0]	10,5 [9,1;11,9]	100

Thème 4 : S'inscrire dans une approche métiers, compétences et qualifications :

Items	Niveau d'importance en % et IC* à 95%				
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total
1. l'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles	97,4 [96,7;98,1]	1,8 [1,2;2,4]	0,3 [0,05;0,5]	0,6 [0,2;0,9]	100
2. l'acquisition des compétences médico économiques, managériales,...	68,0 [66,0;70,0]	24,2 [22,3;26,1]	5,6 [4,6;6,6]	2,2 [1,6;2,9]	100
3. la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités, et/ou des modes d'exercice	95,6 [94,7;96,5]	2,8 [2,1;3,5]	0,2 [0,01;0,4]	1,4 [0,9;1,9]	100
4. l'évaluation des pratiques professionnelles	85,1 [83,6;86,7]	11,0 [9,6;12,4]	2,5 [1,8;3,1]	1,4 [0,9;1,9]	100
5. la formation médicale continue (FMC)	96,5 [95,7;97,3]	2,5 [1,8;3,2]	0,4 [0,09;0,6]	0,6 [0,3;1,0]	100
6. la coopération entre professionnels de santé (répartition et/ou partage de compétences entre médicaux et paramédicaux)	94,2 [93,1;95,2]	3,5 [2,7;4,3]	0,6 [0,3;1,0]	1,8 [1,2;2,3]	100
7. le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences	78,0 [76,2;79,8]	9,9 [8,6;11,2]	2,0 [1,4;2,6]	10,1 [8,8;11,4]	100

Niveau de satisfaction en % et IC* à 95%			
Satisfait	Insatisfait	Sans opinion	Total
63,5 [61,4;65,6]	33,6 [31,6;35,7]	2,8 [2,1;3,6]	100
34,7 [32,6;36,8]	46,0 [43,8;48,2]	19,3 [17,6;21,0]	100
43,2 [41,0;45,4]	50,2 [48,0;52,4]*	6,6 [5,5;7,7]	100
47,6 [45,3;49,8]	42,6 [40,4;44,7]	9,9 [8,6;11,2]	100
52,4 [50,1;54,5]	43,8 [41,6;46,0]	3,9 [3,0;4,7]	100
62,8 [60,6;64,9]	31,7 [29,7;33,8]	5,5 [4,5;6,5]	100
20,3 [18,6;22,1]	56,8 [54,7;59,0]	22,8 [21,0;24,7]	100

Thème 5 : Faciliter l'évolution des modes d'exercices, du temps de travail et valoriser la carrière et la rémunération :

1ère Partie : Selon vous, l'organisation et la gestion du temps de travail devrait être :

La Gestion du temps	
Fixé tout au long de la carrière	8,4 [7,2;9,6]
Modulable tout au long de la carrière	91,6 [90,4;92,8]
Total	100,0

Niveau de d'Importance				
Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total
92,9 [91,8;94,1]	5,9 [4,9;6,9]	0,7 [0,3;1,0]	0,5 [0,2;0,9]	100,0

La gestion de la carrière :	
Evolution à l'ancienneté	29,3 [27,3;31,3]
Evolution en fonction du temps de travail, des activités et les projets convenus et évalués	70,7 [68,7;72,7]
Total	100,0

Niveau de d'Importance				
Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total
92,3 [91,1;93,5]	6,2 [5,1;7,2]	0,3 [0,08;0,6]	1,2 [0,7;1,7]	100,0

Items	Niveau d'importance (en %)				
	Important	Peu important	Pas important	Sans opinion	Total
3. la rémunération composée d'une part fixe et d'une part variable en fonction du métier, des activités, de la qualité et de l'efficacité	56,7 [54,5;58,9]	19,0 [17,3;20,8]	16,4 [14,7;18,0]	7,9 [6,7;9,1]	100,0
4. le développement professionnel continu (DPC) (ex: formation médicale continue)	90,9 [89,6;92,2]	4,4 [3,5;5,3]	1,3 [0,8;1,8]	3,5 [2,7;4,3]	100,0
6. l'intéressement collectif de l'équipe soignante (médicaux et paramédicaux)	73,0 [71,0;75,0]	14,9 [13,3;16,5]	6,8 [5,7;8,0]	5,3 [4,3;6,3]	100,0
7. l'évolution des retraites (assiette et niveau de pension)	92,4 [91,2;93,6]	2,4 [1,7;3,1]	0,3 [0,03;0,5]	4,9 [4,0;5,9]	100,0
8. le cumul emploi - retraite	71,0 [69,0;73,1]	14,8 [13,2;16,4]	3,3 [2,5;4,1]	10,9 [9,5;12,2]	100,0

Amélioration de la rémunération :

Période	1ère position	2ème position	3ème position	4ème position	Total
En début de carrière	22,1 [20,3;24,0]	30,0 [27,9;32,0]	15,9 [14,2;17,5]	32,1 [30,0;34,1]	100,0
En fin de carrière	7,4 [6,2;8,6]	31,3 [29,2;33,4]	47,6 [45,4;49,8]	13,6 [12,1;15,2]	100,0
En milieu de carrière	3,6 [2,8;4,4]	22,2 [20,4;24,1]	26,7 [24,7;28,6]	47,6 [45,3;49,8]	100,0
Sur l'ensemble de la carrière	66,9 [64,8;69,0]	16,5 [14,8;18,1]	9,9 [8,6;11,2]	6,7 [5,6;7,9]	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Ministère du Travail, de
l'Emploi et de la Santé

Annexe V - 1

Groupe de travail national sur l'exercice médical à l'hôpital

Débat interrégional Lille le 18 mai 2011

Etaient présents au titre de la mission:

- M. le Docteur François Aubart, PH
- M. Le Docteur Alain Jacob, PH
- M. le Docteur Olivier Veran, PH
- M. Le Docteur Jean-Pierre Pruvo, PU-PH
- M Didier Delmotte, directeur d'hôpital
- Mme le Docteur Marie-Ange Desailly-Chanson, DGOS
- Mme Martine Laborde-Chiocchia, DGOS
- Mme Danielle Toupillier, CNG

Etaient représentés dans la salle (près de 70 personnes):

- L'ARS Nord-Pas-de-Calais, l'ARS Picardie,
- Des présidents de CME, des chefs de pôle,
- Des PH, des PU-PH, du Nord-Pas de Calais, de Picardie, de Haute-Normandie
- Des chefs de clinique,
- La FHF Nord-Pas-de Calais,
- Des associations d'usagers,
- Des chefs d'établissements, directeurs adjoints (DAM ou qualité) et attachés.

Le débat s'est organisé autour de 6 temps, D. Delmotte ayant accepté d'animer les échanges :

- Ouverture par D. Lenoir, DGARS Nord-Pas-de Calais,
- Présentation par D. Toupillier, DG CNG, du cadre de la mission nationale sur « l'exercice médical à l'hôpital, demain » et de la méthodologie retenue.
- Présentation du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge » par O. Véran,
- Présentation du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » par F. Aubart,
- Présentation du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation » par A. Jacob.
- Synthèse - remerciements.

Les principaux éléments qui ressortent du débat :

1/ S'agissant du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge »

- La notion d'équipe demeure ce qui distingue l'exercice médical à l'hôpital des autres modes d'exercice en ville ou dans le secteur privé hospitalier (le but lucratif est par essence contraire à l'équipe).
- La notion d'équipe constitue un élément d'attractivité fort car elle emporte des conséquences en termes de qualité du temps de travail et du temps hors travail.

- La notion d'équipe est une notion évolutive. Elle dépasse aujourd'hui les « murs » de l'hôpital avec des équipes qui exercent sur plusieurs sites, dans plusieurs établissements. Les équipes sont de plus en plus « territoriales ».
- La notion d'équipe est fragile. Elle implique en son sein un individu qui soit fédérateur, au-delà du chef, il s'agit d'un leader avec un certain charisme. Cette fonction de leader-manager intéresse potentiellement les jeunes praticiens.
- L'équipe requiert une taille critique (en dessous de 5-6 praticiens : impossibilité de gérer correctement), elle permet également de dépasser les barrières des statuts (l'arrivée d'un interne favorise aussi des remise en question) et d'exprimer un consentement à l'ouverture.
- L'équipe aujourd'hui ne reflète et respecte qu'imparfaitement les normes réglementaires imposées par les textes.

2/ S'agissant du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel »

- Les conditions initiales de la formation médicale ne favorise pas la répartition des médecins hors des grandes métropoles régionales et contribue aux difficultés de planification de l'offre médicale et à une répartition déséquilibrée des médecins sur les territoires.
- Il y a encore des médecins qui veulent travailler à l'hôpital et pour l'hôpital mais le rapport au temps de travail et au temps libre, constitue une donnée essentielle. Il faut néanmoins veiller à éviter des contradictions ou oppositions entre choix personnels et besoins de l'établissement.
- La question des gardes est sensible (cf. l'existence de « gardes blanches », de gardes non choisies par les plus jeunes ou les moins anciens...).
- L'équilibre entre les responsabilités accessibles aux PU-PH et aux PH, reste une préoccupation pour les PH. L'évolution des effectifs HU doit être prise en considération. La recherche et l'enseignement contribuent à soutenir les équipes.
- Les passerelles entre les disciplines ou activités sont à approfondir.
- Le territoire doit permettre demain d'offrir des solutions collectives pour accompagner les carrières et parcours professionnels. La CHT doit être regardée comme un levier pour aborder les questions de la démographie médicale, de la ressource médicale et de la GPEC. La CHT doit permettre de réguler la concurrence entre les établissements et de gérer les ressources médicales rares. Le projet médical au sein de la CHT est un point fondamental car de lui découle le niveau de mobilisation de la ressource médicale.
- L'accompagnement des parcours professionnel ne doit pas générer des délais de prise de décision trop longs. Ces délais sont contreproductifs et nuisent à la lisibilité.
- La modularité, la contractualisation peuvent se concevoir au sein de l'équipe.
- L'architecture de la modularité du parcours professionnel doit se construire sur un territoire, selon un modèle inter-établissement mais également un schéma intra-établissement, avec une dimension GPEC et des outils de régulation.

3/ 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation »

- L'exercice médical à l'hôpital s'inscrit dans une logique de marché. (A noter qu'en Picardie, une charte de non concurrence entre les établissements a été élaborée).
- Il convient de poser la question de l'alignement des rémunérations Public/Privé.
- Nécessité d'aller vers plus de transparence dans les rémunérations.
- Le statut de PH devient obsolète. Les chefs d'établissements prennent aujourd'hui des risques en termes de responsabilités civile et pénale, pour recruter et rémunérer de façon suffisamment attractive des PH. La contractualisation serait une des solutions car elle apporterait de la souplesse sur les niveaux de rémunération.

- Le rôle de la CME est à repenser (fonctionnement plus difficile depuis la loi HPST).
- La valorisation doit être liée à la notion de contrat et de modularité. Ces deux notions renvoient par ailleurs à l'équipe.
- L'évaluation annuelle doit se réaliser sur la base des éléments contractualisés.
- On évolue vers une rémunération variable, contractualisée avec une reconnaissance de l'activité exercée.



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Ministère du Travail, de
l'Emploi et de la Santé

Annexe V - 2

Groupes de travail national sur l'exercice médical à l'hôpital

Débat interrégional Bordeaux le 1^{er} juin 2011

Etaient présents au titre de la mission:

- M. le Docteur François Aubart, PH
- M. Le Docteur Jean-Pierre Pruvo, PU-PH
- Mme Danielle Toupillier, CNG
- Mme Martine Laborde-Chiocchia, DGOS

Etaient représentés dans la salle (près de 70 personnes):

- Les DG ARS Aquitaine, ARS Poitou-Charentes, ARS Midi-Pyrénées, ARS Guyane.
- Des présidents de CME, des chefs de pôle,
- Des PH, des PU-PH, d'Aquitaine
- Des chefs de clinique,
- La FHF Aquitaine,
- Des associations d'usagers,
- Des chefs d'établissements, directeurs adjoints (DAM ou qualité) et attachés.
- Parmi les CHU et CH représentés : Bordeaux, Pau, Mont de Marsan, Bayonne, Périgueux, Agen, Villeneuve sur Lot, Dax, Libourne, Cadillac, Limoges, Marmande, Niort, Montmorillon, Decazeville, Angoulême, Condom, Montauban, Vauclaire, Bergerac, Cayenne.

Le débat s'est organisé autour de 5 temps, D. Toupillier ayant également accepté d'animer les échanges :

- Ouverture par Mme Nicole Klein, DGARS Aquitaine,
- Présentation par D. Toupillier, DG CNG, du cadre de la mission nationale sur « l'exercice médical à l'hôpital, demain », de la méthodologie retenue et de quelques éclairages au vu des premiers tendancielles du sondage en cours auprès des praticiens.
- Présentation du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge » par J.P Pruvo
- Présentation du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » et du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation » par F. Aubart,
- Synthèse - remerciements.

Les principaux éléments qui ressortent du débat :

1/ S'agissant du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge »

- L'équipe reste la motivation première du travail à l'hôpital avec comme but commun le soin au patient.
- La notion d'équipe peut-elle et doit-elle recouvrir également plusieurs statuts dont celui de praticien libéral ? Le projet professionnel commun des radiologues dans la région Nord-Pas-de-Calais conduit à penser que cela est possible.

- La notion d'équipe est-elle compatible avec une ligne hiérarchique et un pouvoir hiérarchique du chef ? Souvent le chef s'auto désigne dans les faits, c'est celui qui est le plus consensuel et légitime. Il y a une sorte de pilotage naturel de l'équipe médicale.
- Toutefois, il apparaît plus que nécessaire aujourd'hui de favoriser le développement des aptitudes au management. Il faut donner une place à la formation au management dans les études médicales. Le clinicat apparaît de façon plutôt unanime comme le moment opportun pour renforcer des aptitudes au management c'est aussi le moment où l'on porte des projets et où l'on est conduit à évaluer, sachant que la formation tout au long de la vie peut également être mobilisée. Ces formations au management pourraient être plus particulièrement proposées aux praticiens « repérés » comme ayant des prédispositions à ces fonctions et responsabilités.
- L'équipe est essentielle dans la transmission des savoirs, cela implique de pouvoir dégager du temps pour cela. Le jeune praticien qui arrive dans une équipe doit se voir confier des responsabilités, car l'équipe fonctionne aussi d'abord sur la confiance, l'implication et la reconnaissance par ses pairs.
- Les pôles et les territoires offrent de nouvelles possibilités pour les équipes :
 - o S'agissant du pôle, il peut être un espace où se développe une démocratie interne qui permette aux jeunes praticiens de trouver leur place.
- S'agissant des territoires, ils peuvent conduire les praticiens à rester motivés et ce d'autant quand il y a des pénuries de professionnels dans certaines spécialités. Toutefois, l'équipe territoriale suppose une juste répartition des activités, des contraintes, des devoirs et des avantages. Les équipes qui fonctionnent sur des CHU et CH sont en général motivées (temps partagé).
- La féminisation doit être prise en considération.
- L'équipe c'est aussi parfois l'espace des conflits, des jalousies, des luttes contre une hiérarchie installée. Il faut réfléchir à des modalités et outils de régulation.
- L'équipe ne doit pas être un frein à la construction des parcours professionnels et à la mobilité. Elle doit au contraire permettre à des PH de se distinguer et de pouvoir accéder à des responsabilités de chef de pôle.

2/ S'agissant du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » et du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation »

- Le contrat de clinicien, issu de la loi HPST, n'offre pas une temporalité suffisante pour permettre de construire durablement un parcours professionnel.
- Les jeunes préfèrent un statut de praticien contractuel plutôt qu'un statut d'assistant en raison de la rémunération qui y est associée.
- La pénurie de praticiens sur des champs et des projets qui pour autant sont financés constitue un vrai problème.
- L'activité de recherche est souvent difficile en raison de sous effectifs médicaux ou de flux tendus.
- Il est nécessaire de donner de la lisibilité aux parcours professionnels et de sécuriser ces parcours. Les jeunes internes ont besoin de savoir s'ils pourront rester pour un clinicat, les jeunes chefs de clinique ont besoin de savoir si un poste de PH sera ouvert dans leur spécialité et dans un établissement du ressort géographique, les PH ont besoin d'avoir de la lisibilité sur leur possibilité de gagner en responsabilité etc...
- Le principe de la modularité de la carrière doit être posé dès la dernière partie de l'internat. Les universités doivent travailler sur les parcours professionnels des internes et non uniquement sur le projet Internat. Les internes ne pourront dans l'avenir plus s'installer avec assurance dans la métropole où ils effectuent leur internat. Très tôt ils doivent être sensibilisés aux possibilités qui existent dans leur région et sur la construction d'un parcours professionnel cohérent. Il faut profiler les parcours professionnels et les carrières : Besoin fort d'une GPEMC.

- La PDS reste un véritable complément de salaire pour les plus jeunes et n'est pas intéressante pour les plus âgés ce qui génère des difficultés ensuite quant à son organisation. Les gardes sont de plus en plus pénibles. Par ailleurs, la PDS génère de véritables disparités de salaires selon les spécialités, ainsi un jeune chef de clinique peut avoir un salaire qui varie de 2.600 € à 7.200 € net par mois selon sa spécialité.
- L'attention doit être portée sur les « sorties » de responsabilité, telle la sortie d'une chefferie de pôle, ou la transition au moment des départs à la retraite.



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Ministère du Travail, de
l'Emploi et de la Santé

Annexe V - 3

Groupe de travail national sur l'exercice médical à l'hôpital

Débat interrégional Paris le 15 juin 2011

Etaient présents au titre de la mission:

- M. le Docteur Alain Jacob, PH
- M. Le Docteur Olivier Véran, PH
- Mme Danielle Toupillier, CNG
- Mme Marie-Ange Desailly-Chanson, conseillère médicale de la DGOS
- Mme Martine Laborde-Chiocchia, DGOS

Etaient représentés dans la salle (près de 60 personnes):

- Les ARS Ile de France, ARS Alsace, ARS Bretagne, ARS Bourgogne, ARS Lorraine.
- Des fédérations (Samu-Urgences France - La FHF - délégation régionale Bourgogne, Franche-Comté),
- Des présidents de CME y compris la conférence nationale, des chefs de pôle,
- Des PH, Praticiens attachés, des PU-PH,
- Des chefs de clinique, des assistants spécialistes,
- Des associations d'usagers,
- Le conseil national de la chirurgie,
- Des chefs d'établissements, directeurs adjoints (DAM ou qualité) et attachés.
- Parmi les CHU, CH et CHS représentés :
 - o Pour l'Ile de France : APHP Hôtel Dieu, Bichat, Ste Anne, CHU Antoine Béclère, Groupe hospitalier Paul Guiraud Villejuif, CHI Créteil, CH Rambouillet, CH Neuilly-Courbevoie, CHSF Evry, CH St Denis, CH Montfermeil, CHI Poissy St Germain, CH Provins.
 - o Pour les Pays de Loire : CH Mayenne,
 - o Pour la Bourgogne : CH Auxerre, CHU Dijon, CH Nevers,
 - o Pour la Lorraine : CH de Jury les Metz, Centre Psychothérapique de Nancy,
 - o Pour l'Alsace : CH Sélestat, CH Mulhouse, Thann et Cernay,

Le débat s'est organisé autour de 5 temps, M. Steudler, Professeur d'université en sociologie de la santé, ayant accepté d'animer les échanges :

- Ouverture par M. Claude Evin, DGARS Ile de France, qui a souligné l'évolution démographique des médecins en Ile de France. Si celle-ci n'est pas alarmante par rapport à d'autres régions, les 18% de médecins ne parviennent pas à endiguer un certain nombre de difficultés : une augmentation du nombre de départs à la retraite et de démissions, une inégale répartition de la ressource médicale sur le territoire, une concurrence entre l'AP-HP et les autres CH de la région, des contraintes fortes sur le plan matériel en Ile de France (coût du logement, gardes d'enfants, temps de transports etc..). Des chantiers sont à mener : la recomposition de l'offre sur le territoire, la permanence des soins. L'ARS IDF a programmé de mettre en place un groupe de travail à l'automne sur les conditions de travail des praticiens.

- Présentation par D. Toupillier, DG CNG, du cadre de la mission nationale sur « l'exercice médical à l'hôpital, demain », de la méthodologie retenue et de quelques éclairages au vu des premiers tendanciels du sondage en cours auprès des praticiens.
- Présentation du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge » par O. Véran
- Présentation du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » et du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation » par A. Jacob,
- Synthèse - remerciements.

Les principaux éléments qui ressortent du débat :

1/ S'agissant du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge »

- L'équipe reste la motivation première du travail à l'hôpital.
- L'équipe doit conserver une taille « humaine ». Attention aux trop grosses structures qui perdent l'enjeu de la proximité avec le malade (Cf. les pôles) et constituent des systèmes bureaucratiques.
- L'équipe renvoie souvent à une communauté de métiers et d'activités. L'équipe paramédicale doit être intégrée dans la notion d'équipe évoquée. L'ensemble constitue une complémentarité.
- L'équipe doit permettre de renforcer des spécialités qui n'attirent plus autant (Cf. chirurgie, anesthésie).
- L'équipe pluridisciplinaire favorise les temps de partage, évite les replis catégoriels et contribue à atténuer le burn out, les risques psycho-sociaux.
- La qualité des soins est très souvent liée à l'équipe et à son mode d'organisation et de relations.
- L'ambiance d'une équipe est souvent un critère de choix pour le futur praticien.
- La reconnaissance passe par la valorisation collective.
- Le manager-chef de pôle est rapidement submergé par les questions liées à la gestion administrative, une assistante de gestion pour couvrir 400 agents c'est très insuffisant. Le temps institutionnel n'est pas suffisamment reconnu.
- La formation au management du médecin est à développer.
- La notion d'équipe médicale de territoire n'est pas encore suffisamment précise et déclinée. Quels leviers doit-on privilégier pour inciter à la constitution d'équipes de territoire ? L'organisation et les conditions de travail sont à approfondir.
- La féminisation doit être prise en considération.
- L'équipe doit permettre de garantir une articulation vie professionnelle/vie familiale.
- Les praticiens et les équipes doivent pouvoir déposer des brevets sans se confronter à la réglementation actuelle qui les pénalise financièrement.

2/ S'agissant du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » et du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation »

- L' « ascenseur social » ne fonctionne pas correctement pour les professions médicales (combien de professions paramédicales accèdent aux formations médicales ?) – des comparaisons européennes montrent que la France ne favorise pas, par son dispositif de formation, la construction de parcours professionnels dans le champ de la santé.
- Le financement de la formation médicale continue constitue un vrai problème. Le crédit formation d'un pilote à Air France est de 10.000 €/an, celui d'un praticien est de 200 € - Dans les deux cas le risque reste la mort du « client » mais l'effort financier est diamétralement opposé.
- Le tutorat doit être davantage développé.
- La modularité du parcours doit être favorisée et ouverte dès le début de la carrière.

- Veiller à permettre des temps partagés entre secteurs publics et privés: aujourd'hui un praticien du privé peut venir à l'hôpital mais un praticien hospitalier public ne peut aller exercer dans le secteur privé.
- Il faut repenser la permanence des soins. Certaines gardes génèrent de terribles stress et font fuir les praticiens. Il n'est plus possible de concevoir une carrière de 30 ans avec un système de garde tel qu'en application aujourd'hui (il faut réfléchir à des binômes comme pour les pilotes d'Air France, à des pauses de 4h,... c'est à des conditions de travail améliorées qui sous-entendent également un allègement des tâches de gestion).
- Besoin de souplesse afin de faciliter les mobilités des praticiens.
- Aujourd'hui les plateaux techniques des hôpitaux publics et privés sont comparables. L'attractivité de l'hôpital ne passe plus par le plateau technique. C'est la rémunération et les possibilités offertes en termes d'enseignement, de recherche,... qui font la différence.
- La sortie du clinicat est trop souvent mal préparée et pose une vraie difficulté en termes de rémunération. A 30 ans ou 35 ans le niveau des revenus est très important (installation dans la vie familiale, projets personnels...). Les jeunes praticiens compensent leur faible rémunération statutaire par les gardes.
- Il faut repenser l'indemnité de service public exclusif.
- La contractualisation doit permettre de favoriser l'intéressement et une rémunération à la performance. Toutefois l'attribution d'une part variable doit être objectivée pour éviter tout favoritisme et sanction voilée. La modularité contractuelle doit être visible et sécurisée.
- Le statut unique reste une attente pour certains professionnels (PH temps plein et PH temps partiel) mais le régime de retraite demeure un obstacle.
- La question des CET demande à être traitée.
- La pratique de l'évaluation et de l'entretien professionnel des médecins doit être développée.



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Ministère du Travail, de
l'Emploi et de la Santé

Annexe V - 4

Groupe de travail national sur l'exercice médical à l'hôpital

Débat interrégional Lyon le 22 juin 2011

Etaient présents au titre de la mission:

- M. le Docteur Alain Jacob, PH
- M. Le Docteur Olivier Véran, PH
- Mme Danielle Toupillier, CNG

Etaient représentés dans la salle (près de 40 personnes):

- Les ARS Rhône-Alpes, ARS Auvergne, ARS Corse, ARS Languedoc-Roussillon, ARS Franche Comté
- Un représentant de la FHF régionale Rhône Alpes
- Des présidents de CME, des chefs de pôle,
- Des PH (parmi lesquels des représentants des 4 intersyndicats de PH), des PU-PH
- Des chefs d'établissements, directeurs adjoints (DAM ou qualité) et attachés.

Le débat s'est organisé autour de 5 temps :

Ouverture par M. Christian DUBOSC, DGARS adjoint de Rhône Alpes, qui a souligné les enjeux pour les conditions d'exercice des praticiens des mutations organisationnelles (nouvelle gouvernance, organisation des pôles) et du développement des coopérations impliquant le partage des temps médicaux entre elles.

Présentation par D. Toupillier, DG CNG, du cadre de la mission nationale sur « l'exercice médical à l'hôpital, demain », de la méthodologie retenue et de quelques éclairages au vu des premiers tendanciels du sondage en cours auprès des praticiens.

- Présentation du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge » par O. Véran
- Présentation du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » et du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation » par A. Jacob,
- Synthèse - remerciements.

Les principaux éléments qui ressortent du débat :

1/ S'agissant du 1^{er} thème « L'équipe médicale et l'organisation de la prise en charge »

- Plusieurs participants ont déploré les effets des dernières réformes de la gouvernance : suppression des services, une animation d'équipe pluriprofessionnelle mise à mal par l'organisation en pôle, le rôle pivot du cadre de pôle
- L'organisation territoriale des activités doit être médicale, elle ne peut pas être imposée par l'administration

- La taille de l'équipe médicale doit être suffisante, compte tenu de l'obligation d'assurer la permanence des soins
- L'équipe de territoire implique de définir un groupe qui dépasse le service.
- L'équipe de territoire se constitue dans le cadre de la mise en place de CHT. Elle se constitue autour d'une spécialité et de la prise en charge du patient, alors que le pôle permet l'organisation des moyens mis à la disposition des équipes.
- La coopération territoriale implique que l'équipe intègre la coopération public-privé
- La constitution d'une équipe implique d'apprendre à travailler ensemble (formation au management des responsables de structures)
- La motivation des responsables de structures passe par la reconnaissance de leur autorité fonctionnelle
- La problématique de la permanence des soins ne peut être réglée que par le regroupement des professionnels de santé publics, privés et libéraux ; elle ne peut se faire que si les niveaux de rémunération sont harmonisés

2/ S'agissant du 2^{ème} thème « La carrière et le parcours professionnel » et du 3^{ème} thème « Reconnaissance et valorisation »

- La modularité du parcours est acceptable mais il faut garantir une sécurité statutaire et valoriser la compétence et la responsabilité
- Il est dommage que le projet social ne concerne qu'une partie des personnels hospitaliers. Il faut lui adjoindre un volet médical
- Il est important d'avoir un socle statutaire national et de permettre des valences correspondant à la prise de responsabilités assorties d'une rémunération
- Le statut unique est compatible avec une modularité de la quotité d'exercice, de l'exercice public versus l'exercice libéral. La modularité suppose de fournir à chaque praticien un profil de poste qui permette de contractualiser l'exercice des missions. Il convient de veiller à la bonne répartition des charges entre les praticiens (PDS notamment)
- D'autres éléments de la modularité peuvent être : la remise à niveau professionnelle, l'aide à la reconversion, la diversification de l'expérience (ex recherche, enseignement).
- La reconnaissance professionnelle fonctionne avec la reconnaissance institutionnelle (la CME a été mise à mal par la dernière réforme de la gouvernance, c'est symboliquement essentiel)
- La reconnaissance professionnelle passe par la valorisation du tutorat, de l'accueil et de la formation des internes et jeunes médecins
- La valorisation de l'exercice sur plusieurs établissements est insuffisante (prime multi établissement forfaitaire identique quel que soit le volume de l'exercice partagé)
- L'activité libérale est vue par certains comme facteur d'asymétrie entre praticiens et par d'autres comme élément d'attractivité

Conclusion du DGARS adjoint : le projet médical de territoire est au cœur des coopérations hospitalières ; l'allocation du financement de la PDSSES rend inéluctable la mutualisation des équipes hospitalières.



Centre National de Gestion
des Praticiens Hospitaliers
et des Personnels de Direction de
la Fonction Publique Hospitalière



Ministère du Travail, de
l'Emploi et de la Santé

Annexe V - 5

Groupes de travail national sur l'exercice médical à l'hôpital

Synthèse des auditions réalisées les 11 et 25 mai, 8 juin et 11 juillet 2011.

Etaient présents au titre de la mission:

- M. le Docteur François Aubart, PH
- M. Le Docteur Alain Jacob, PH
- M. le Docteur Olivier Veran, PH
- M. Le Docteur Jean-Pierre Pruvo, PU-PH
- M. Didier Delmotte, directeur d'hôpital
- Mme Danielle Toupillier, CNG
- Mme le Docteur Marie-Ange Desailly-Chanson, DGOS
- Mme Martine Laborde-Chiocchia, DGOS

Ont été auditionnés :

- M. le Docteur Thévenin, Président de la CME du CH de Lens, chef de pôle (11 mai 2011).
- M. Patrick Lambert, Délégué général adjoint de la FHF, (25 mai 2011)
- Mme le Docteur Rachel Bocher, Président de l'inter-syndicat de l'INPH, (25 mai 2011)
- Mme les docteurs FARAGGI, PENOCHET et TREVIDIC, inter syndicat CPH (11 juillet 2011)
- M. le Docteur Francis FELLINGER, Président de la conférence des présidents de CME de CH (18 juillet 2011)
- Mme Monique Ricomes, Secrétaire générale de l'AP-HP, (25 mai 2011)
- M. Fréchou, Conférence des CH, (25 mai 2011)
- M. le Professeur Steudler, sociologue – Université de Strasbourg, (25 mai 2011)
- M. Julien Adam, ISNCCA., (25 mai 2011)
- M. Jacques Meyohas, DGA CHU Rouen, (25 mai 2011).
- Mme le Docteur Annie Sobaszek, PU-PH, responsable de l'équipe Médecine du travail - CHU de Lille (8 juin 2011).

Après une présentation par D. Toupillier, DG du CNG, du cadre de la mission nationale sur « l'exercice médical à l'hôpital, demain » et de la méthodologie retenue, un débat sur la base d'une libre expression, de questions d'approfondissement et de riches échanges a permis de mettre en exergue les idées force suivantes :

1/ Le médecin hospitalier exprime trois préoccupations principales :

- o un intérêt fort pour l'équipe médicale – c'est elle qui donne du sens au mode d'exercice. L'équipe doit être reconnue et être identifiée dans l'institution hospitalière car elle porte un projet
- o la recherche de la modularité. Le praticien n'assume pas que du soin. Il exerce des missions de service public, participe aux instances de l'établissement, investit le champ de la recherche, enseigne et reste soucieux de sa vie privée. Aujourd'hui les CHT lui offrent une nouvelle possibilité d'exercice (ouverture sur l'extérieur – l'hôpital hors les murs). Par ailleurs, la carrière se construit souvent en 3 ou 4 temps – le premier module correspond à la période « installation dans la vie », le dernier à une période « d'expertise ».

- Ses conditions d'exercice y compris sous l'angle de sa rémunération.
 - Il est dans l'attente d'un socle de rémunération plus sécurisant et d'une part contractuelle. Le contrat ne doit pas se substituer au statut de PH.
 - Même si des tâches administratives sont inéluctables et inhérentes au système, il faut en détacher au maximum le praticien.
 - La carrière de HU est perçue comme moins prestigieuse et attractive.

2/ Les résultats de l'enquête de l'I.S.N.C.C.A - de Mai 2010 qui portait sur un échantillon représentant respectivement : des chefs de clinique assistants et des assistants hospitalo-universitaires (88%), des attachés hospitaliers (4,3%), des praticiens hospitalo-universitaires (1,7), des PHC (3%) et d'autres catégories (3,2%). Près de 94,5% d'entre exercent en CHU. L'âge médian des répondants dont 52% des femmes, est de 32 ans.

A la question « quel type de carrière envisagez-vous ? » les professionnels concernés confirment leur intérêt pour l'hôpital public puisque 71,6% se projettent en premier choix, en établissement public de santé universitaire ou non. Cette motivation s'exprime d'autant plus pour les spécialités « Médicales » (près de 80%), « Technico-médicales » - imagerie, biologie, médecine nucléaire, ACP – et « Anesthésie réanimation » (plus de 75%), et dans une moindre proportion pour la spécialité « Chirurgie – gynécologie – obstétrique » (55%).

L'attractivité de la carrière à l'hôpital reste prééminente (sur une grille de cotation de 0 à 4, celle-ci obtient la meilleure note soit 3,44) et varie relativement peu selon les spécialités recensées.

Par ailleurs, lorsqu'une carrière dans le secteur privé ou libéral (27,6%) est immédiatement envisagée, 79,2% de ces professionnels expriment le souhait d'être néanmoins attaché dans un service hospitalier.

D'ores et déjà, il apparaît que les jeunes praticiens sont pour près de 60% en responsabilité d'une unité de soins, responsabilité partagée avec un PH titulaire dans 79,6% des cas.

Il ressort toutefois de l'étude que le temps consacré à l'activité hospitalière pendant le clinicat est ressenti dans 41,4% des situations comme excessif et très excessif et que les conditions de travail sont jugées mauvaises voire très mauvaises par plus d'un quart des professionnels.

Malgré ce contexte, 85,3% des personnes interrogées envisagent à l'issue de leur post-internat un poste à temps complet, contre 13,4% à temps partiel.

Enfin, la recherche d'un lieu d'exercice qui s'inscrive dans un tissu social qui permette d'articuler vie professionnelle et vie privée ou familiale, constitue indéniablement un facteur de choix déterminant.

Ainsi, sont notées par ordre d'importance : la qualité de vie dans la région : 4,18/4,5, la qualité de vie commune : 4,13/4,5, et le parcours professionnel du conjoint : 4,10/4,5.

3/ L'amélioration nécessaire de l'accueil des jeunes internes dans l'hôpital,

4/ Le besoin de mieux coordonner le post internat (clinicat notamment) et la prise de fonction en qualité de PH en veillant à fluidifier et sécuriser les parcours :

- en évitant la baisse de rémunération réelle par une revalorisation des bas de grilles salariales qui constitueraient un 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 et libéral), en évaluant sur la base de la contractualisation individuelle et collective, en favorisant l'intéressement.

5/ La recherche d'une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie privée/familiale, en raison de la féminisation de la profession de médecin. La thématique de la qualité de vie au travail est prégnante. Les services de médecine du travail doivent être mobilisés quelque soit l'ancienneté du praticien, et constituent une ressource évidente (collaboration possible avec la CME, dépistage organisé, risques psycho-sociaux, pénibilité, prévention des conflits, ergonomie du travail...).

6/ L'intérêt à susciter le plus tôt possible les vocations de praticiens pour une participation à la gestion administrative et au management.

7/ La prise en compte de la spécificité de l'exercice médical à l'hôpital en permettant une représentation des médecins dans les CHSCT et un volet propre aux personnels médicaux dans le projet social de l'établissement.

Annexe VI

Bibliographie

Ouvrages :

- Santé- Sortir des crises – Pr. Laurent Degos – Janvier 2011 – Editions le Pommier.
- Santé au travail - Conditions de travail des médecins hospitaliers - Financement des systèmes de santé - Revue française des affaires sociales - Numéro 4 – Octobre/Décembre 2010 – La Documentation française. (dont « Comment les médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail ? » Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale – M. Estryn-Behar, F. Leimdorfer et G. Picot)

Rapports :

- Rapport de la Mission relative à la retraite des hospitalo-universitaires – IGAS- IGAENR – M. M. Duraffourg, J-B. de Reboul, P. Blemont et F. Dontenwille - février 2011.
- Rapport de la mission concernant la promotion et à la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital – E. Aboud – F. Aubart – A. Jacob – B. Mangola – D. Thevenin. Juillet 2009.
- Rapport de la commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires – Pr. J. Marescaux – Mai 2009.
- Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers – IGAS – L. Chambaud – M. Khennouf – C. Iannelongue - P. Mordelet – E. Dusehu – L. Geffroy - janvier 2009
- Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ? situation actuelle et perspectives. G. Vallencien – F. Aubart – P. Cuq – 25 mars 2008.
- Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Rapport IGAS – P. L. Bras – Dr G. Duhamel – Juin 2008.
- Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : Etat des lieux et perspectives. Haute Autorité de Santé HAS - Juillet 2008.
- La rémunération liée aux performances dans l'administration – OCDE – Octobre 2005.
- Mission Gaillard : rapport de mai 2011 sur l'évaluation du statut hospitalo-universitaire.
- Mission de la commission nationale de l'internat et du post-internat – rapport prévu en septembre 2011.

Enquêtes – Etudes - Sondages

- Études et résultats DREES - Juin 2011 - N° 767 - Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010 - Laurent Fauvet.
- Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale – ISNAR-IMG – Juillet 2010 à janvier 2011.
- Extraits des résultats de l'enquête ISNCCA de mai 2010 relative aux carrières envisagées, à leur attractivité, au choix du lieu d'exercice médical, au temps consacré aux activités hospitalières et aux conditions de travail.
- Études et résultats DREES - Juillet 2010 - N° 735 - Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 - Vanessa Bellamy.

- Études et résultats DREES - N° 709 - Novembre 2009 - L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. Marie Cordier.
- Dossier DREES - N° 16 - Juillet 2010 - Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Michel Pepin et Jean-Claude Moisdon - CGS École des Mines.
- Série Etude et recherche DREES « Activité et emplois du temps des médecins libéraux » - Julie Micheau, Éric Molière - Plein Sens - Mai 2010.
- La démographie médicale à l'horizon 2030 – DREES – numéro 679 – février 2009.
- Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006 – V. Borjes-Maskulova – Numéro 23. CNAMTS – décembre 2008.
- Enquête d'opinion auprès des praticiens hospitaliers FHF – TNS SOFRES –décembre 2005.

Articles :

- Médecins hospitaliers, qu'avons-nous fait de nos talents ? Pour une vision médicale de l'hôpital – Pr François-René Pruvot – CHRU de Lille – 26 octobre 2004.
- Chirurgie générale et digestive en France = La sortie de choix des vocations mérite réflexion - Pr François-René Pruvot – CHRU de Lille – 30 août 2010
- « En finir avec les mégapoles d'urgences labyrinthiques » – Le Monde – 4 février 2011.
- Hôpital public en 2030 = Comment attirer et fidéliser le personnel médical par un exercice plus libre et stimulant tout au long de la carrière – Club jeune génération – SMPS – 2011.

Documents :

- Diaporama du Pr Annie Sobaszek - CHRU Lille « Qualité de vie au travail – conditions de vie et de santé au travail et qualité et sécurité des soins » - Juin 2011.
- Diaporama du Pr René Mornex – « Pertinence des actes médicaux » – Décembre 2010.
- Charte INPH 2008 – Statuts des médecins, pharmaciens et odontologistes des hôpitaux ».
- Documentation statistique du CNG.