

Attractivité Médicale

Préconisations 2018



RAPPEL DU CONTEXTE

Mobiliser les équipes pour un meilleur service au patient dans un contexte de réforme permanente conjugué à une contrainte économique toujours croissante est devenu un exercice impossible si le cap n'est pas connu et partagé.

Il est donc impératif de redonner de la visibilité sur les réformes en cours et les réorganisations engagées, et de la lisibilité à moyen et long terme.

Au regard des tensions constatées en termes de démographie médicale dans les établissements publics de santé, il y a désormais un enjeu politique fort à redonner du sens à l'exercice médical hospitalier.

Le Conseil d'Administration de la Fédération Hospitalière de France a donc souhaité placer le renforcement de l'attractivité médicale au cœur des préoccupations et des travaux de la Fédération.

Dans cette perspective, le groupe expert Attractivité de la FHF a élaboré un plan d'actions structuré autour de trois axes : la diffusion de bonnes pratiques au moyen d'un MOOC (enseignement en ligne) ad hoc, la communication déployée à l'occasion d'Hôpital Expo avec l'événement annuel Attractive Med à destination des étudiants et des jeunes médecins, et la construction d'une vision prospective prenant appui sur des préconisations.

Pour ce faire, une série d'auditions a été menée en 2017 et restituées auprès du groupe. Des temps d'échanges ont ensuite été organisés sur le Village Attractivité d'Hôpital Expo afin de pouvoir débattre de ces questions.

Le travail de fond ainsi engagé a abouti à la proposition de trois priorités et vingt pistes d'actions concrètes qui se veulent à la hauteur des enjeux et de nature à envoyer des signaux forts aux professionnels.

Il ressort des auditions menées et des échanges au sein du groupe de travail un souhait partagé pour un exercice :

- Garantissant les missions et valeurs de service public ;
- Garantissant la qualité de l'exercice médical ;
- Basé sur le principe de travail en équipe ;
- Permettant la prise d'initiatives ;
- Assurant une qualité de vie au travail satisfaisante ;
- Permettant aux professionnels de santé de se spécialiser un temps donné dans certaines missions et activités, à différentes étapes de leur vie professionnelle ;
- Régi par un statut lisible, permettant la valorisation de l'investissement individuel et collectif ;
- Complémentaire entre les acteurs (ville-hôpital) ;
- Facilitant une diversité des parcours et la mixité des modes d'exercice.

Cette vision partagée constitue le socle des trois priorités détaillées ci-dessous et visant à renforcer l'attractivité des territoires, à valoriser l'exercice médical à l'hôpital et à adapter la formation initiale et continue à l'évolution de l'exercice médical à l'hôpital et à l'échelle territoriale.

Priorité N°1 : Définir une stratégie par les territoires	5
1. Définir une stratégie d'attractivité médicale s'appuyant sur le projet médical partagé et engager une réflexion coordonnée aux différents échelons territoriaux	5
Priorité N°2 : Promouvoir l'exercice hospitalier et mieux le reconnaître	6
Valoriser l'engagement au travers du statut	6
2. Conforter le statut comme le fondement de l'exercice médical à l'hôpital public et améliorer son attractivité par la réduction de l'asymétrie des revenus et des contraintes avec l'exercice libéral	6
Appuyer le management	7
3. Renforcer le management médical hospitalier et accompagner les projets individuels	7
4. Permettre aux médecins de se recentrer sur leur cœur de compétences	8
5. Renforcer les politiques de qualité de vie au travail et de prévention des risques psycho-sociaux à destination des médecins	9
Favoriser l'entrée dans la carrière	9
6. Publier le décret permettant l'exercice en remplacement à l'hôpital public	9
7. Valoriser l'engagement en début de carrière et éviter les périodes de « rupture »	10
Adapter les outils réglementaires au souhait de diversification des carrières	10
8. Permettre la reconnaissance de l'expérience dans une perspective d'intégration dans le statut	10
9. Permettre une plus grande mixité d'exercice	11
10. Valoriser les démarches entrepreneuriales issues d'innovation en santé	12
Sécuriser les parcours	12
11. Instaurer une couverture prévoyance nationale et structurer une politique nationale de santé au travail	12
Accompagner l'exercice territorial	12
12. Accompagner les praticiens à l'occasion de mobilité dans le cadre des recompositions	12
13. Organiser les conditions d'une rémunération complémentaire au parcours fondée sur des objectifs de santé publique partagés sur un territoire	13
14. Faire évoluer la prime d'exercice territorial (PET)	13
Priorité N°3 : Adapter la formation initiale et continue aux évolutions de l'exercice médical	13
Mieux définir les besoins en compétences	13
15. Revoir les conditions de mise en œuvre des réformes pédagogiques	13
16. Repenser les dispositifs de numérisation et de quotas	14
Décloisonner pour préparer au travail en équipe	14
17. Elargir le champ de connaissance des jeunes médecins	14
Former sur un territoire	15
18. Structurer une offre de formation initiale territoriale garantissant l'adéquation entre parcours de santé, parcours de formation et parcours de recherche	15
Améliorer les conditions de formation des médecins hospitaliers tout au long de la carrière	16
19. Garantir la mise à jour des compétences et des connaissances	16
20. Anticiper et accompagner les secondes parties de carrière	16

PRIORITE N°1 : DEFINIR UNE STRATEGIE PAR LES TERRITOIRES

Les territoires aujourd'hui font face à des difficultés de recrutement majeures pour lesquelles il est nécessaire de se mobiliser. Pour cela, la FHF propose que des stratégies territoriales soient définies au plus près des besoins des établissements et des professionnels.

1. Définir une stratégie d'attractivité médicale s'appuyant sur le projet médical partagé et engager une réflexion coordonnée aux différents échelons territoriaux

Le défi de l'attractivité ne pourra être relevé sans poursuivre les dynamiques médicales engagées au sein des projets médicaux partagés, de structuration des filières et des organisations médicales. Ils doivent permettre de donner du sens aux transformations annoncées, répondre aux attentes des praticiens tant en terme de qualité des prises en charge que d'efficacité des organisations, et limiter la pénibilité liée à la permanence des soins. Ils doivent faciliter la participation à des actions de recherche et d'enseignement, favoriser l'accès à l'innovation et éventuellement l'hyperspécialisation. La taille des équipes, éventuellement organisée à l'échelon territorial, est dans ce cadre déterminante.

Sur la base de ces projets, l'ensemble des acteurs du territoire, établissements, faculté, représentants des organisations étudiantes, ARS, conseil régional, doivent œuvrer ensemble pour :

⇒ Définir une stratégie d'attractivité médicale coordonnée dans chaque établissement, GHT, puis au niveau de la subdivision et enfin de la région.

Cette stratégie doit prendre appui sur des conférences hospitalo-universitaires, réunissant les coordonnateurs, les chefs de service d'une même spécialité, ainsi que les représentants des établissements, avec pour objectif de faire connaître aux responsables de DES les besoins en compétences médicales sur le territoire.

Ces conférences doivent permettre d'élaborer une gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales à l'échelle de la subdivision et de partager des principes de répartition des stages d'étudiants en médecine. Leur organisation est à sanctuariser à l'occasion de l'élaboration des conventions d'association entre les CHU et les GHT, et dans le cadre de la politique de ressources humaines du GHT dont les CHU sont établissements supports.

Ces travaux pourront faire l'objet d'une agrégation à l'échelle régionale par les ARS en tant qu'autorité de régulation, et servir de support à l'organisation d'états généraux de la démographie médicale (au niveau régional puis national).

⇒ Déployer une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales dans chaque GHT et à l'échelle de la subdivision en prenant appui sur des conférences Hospitalo-Universitaires

- **Sur cette base, organiser des états généraux de la démographie médicale (au niveau régional puis national) en lien avec l'université, les ORDPS, l'ONDPS, la FHF et les conférences**
- **Et s'assurer de la visibilité des postes à pourvoir.**

Ces évolutions constituent les conditions nécessaires d'un équitable accès aux soins et du déploiement du principe de responsabilité populationnelle, principe qui structure les propositions de la FHF dans sa plateforme politique 2017-2022.

Les statuts ne doivent pas être un facteur bloquant, au risque de marginaliser nos hôpitaux. Pour accompagner les évolutions appelées de leurs vœux par les professionnels, il apparaît nécessaire de poser de nouveaux principes managériaux et de lever les verrous identifiés de longue date dans les statuts.

VALORISER L'ENGAGEMENT AU TRAVERS DU STATUT

2. Conforter le statut comme le fondement de l'exercice médical à l'hôpital public et améliorer son attractivité par la réduction de l'asymétrie des revenus et des contraintes avec l'exercice libéral

Une réflexion large doit être conduite afin de réduire l'asymétrie des revenus et des contraintes avec l'exercice libéral.

Celle-ci devra avoir pour objectif la plus grande équité dans les conditions d'exercice entre le secteur public et privé, et notamment le partage des contraintes liées à la permanence des soins et aux soins non programmés.

Elle devra également traiter prioritairement de la valorisation de certains actes, dont on sait qu'ils sont surévalués, dans une perspective de rééquilibrage des actes médicaux, chirurgicaux et médicotechniques pour une meilleure équité entre les spécialités et visant une diminution des écarts de rémunération entre public et privé : gisement à la fois d'économies pour l'assurance maladie mais également pour l'hôpital public en permettant de réduire les écarts de rémunération et ainsi de minorer le recours à l'intérim. Cette démarche constitue enfin un levier de pertinence des actes en valorisant l'acte intellectuel, la relation et le diagnostic partagé avec le patient plutôt que l'acte technique.

L'investissement des praticiens doit également être reconnu par la revalorisation de la grille statutaire.

- ⇒ **Mettre fin à l'asymétrie des contraintes en partageant les obligations liées à la permanence des soins et aux soins non programmés entre public et privé**
- ⇒ **Réduire les écarts de rémunération entre public et privé en intervenant sur la valorisation de certains actes en libéral et en revalorisant les grilles indiciaires de praticien hospitalier, plus particulièrement en début et en fin de carrière**
- ⇒ **Reconnaître statutairement les missions du PH**
- ⇒ **Valoriser et reconnaître l'acte intellectuel, privilégiant l'éthique, la pertinence, la relation et le diagnostic partagé avec le patient**

Un travail complémentaire sera mené sur ce sujet par la commission permanente Ressources humaines, attractivité, métiers, management et QVT.

3. Renforcer le management médical hospitalier et accompagner les projets individuels

Un des principaux enjeux est aujourd’hui de développer une véritable politique de management médical s’inscrivant dans le projet d’établissement. Cette politique managériale, portée par la CME, doit se décliner dans la nomination et la formation des responsables médicaux, et dans l’accompagnement des projets individuels des praticiens.

L’ambition institutionnelle de mettre en oeuvre une politique managériale forte se déclinant dans un projet managérial médical doit, au regard des évolutions territoriales, se traduire par le renforcement des CME de GHT, celles-ci pouvant se voir confier des compétences médicales déléguées.

Conformément aux dispositions de la loi HPST et de la loi de modernisation du système de santé, les modalités de **nomination des responsables** médicaux doivent être transparentes et définies. Plusieurs exemples de politiques formalisées d’accès aux postes à responsabilités sont présentés dans le Mooc Attractivité (www.mooc-attractivite.fhf.fr).

Les **formations au management d’équipe** et au travail en équipe doivent également être délivrées en amont de leur prise de responsabilités ou au début de leur mandat. Elles doivent viser des modes de management adaptés au contexte hospitalier et aux motivations de service public des professionnels hospitaliers. La FHF a ainsi proposé dans son mooc Attractivité (<http://mooc-attractivite.fhf.fr>) cinq postures managériales portant sur la coresponsabilité, le sens, la collaboration, l’équité et le soutien. Les expériences internationales confortent également l’intérêt de développer **des outils d’appui au management**, comme des temps d’échange entre pairs, de coaching, ou encore du co-développement managérial. Ces dispositifs doivent être inscrits dans le plan de développement professionnel continu pour les responsables en place. Ils doivent également faire l’objet d’un **financement national ad hoc**.

Les responsables médicaux doivent pouvoir disposer des moyens adaptés à l’exercice de leurs fonctions (temps, secrétariat,...), formalisés le cas échéant dans une charte de gouvernance et managériale d’établissement. L’accompagnement de leur trajectoire professionnelle, y compris lors de fins de mandats, doit aussi devenir une priorité pour capitaliser sur l’expérience acquise et améliorer l’attractivité de ces responsabilités essentielles.

Enfin, le développement du management médical implique de bien articuler les dynamiques médico-soignantes pour faciliter la mise en oeuvre opérationnelle des projets. Le lien entre les responsables médicaux et l’encadrement soignant doit ainsi se voir renforcé.

Cette dynamique managériale doit également se décliner au niveau individuel. Il s’agit en effet d’institutionnaliser un **temps d’échange annuel individuel** pour l’ensemble des professionnels

médicaux. Il ressort en effet d'une enquête réalisée en 2017¹ que les médecins hospitaliers souhaitaient être plus accompagnés dans leur parcours professionnel (67,9% des répondants). Ces entretiens doivent permettre de s'exprimer sur l'activité au sein de l'hôpital, les besoins en formation et les dysfonctionnements éventuels existants au sein du service et du pôle. Ce moment d'échange entre le médecin et le responsable médical de son unité, de son service ou de son pôle selon les organisations, est aussi l'occasion d'évoquer les projets professionnels et d'envisager les axes d'amélioration tant au niveau du service que de l'institution. Pour les personnels Hospitalo-Universitaires, il pourrait être envisagé de contractualiser sur quatre ans et au sein d'une équipe entre les missions soins, incluant prévention et promotion de la santé, enseignement, recherche, et management. En appui à ces démarches, le MOOC « Attractivité » de la FHF permet de partager les bonnes pratiques développées dans les établissements en la matière.

- ⇒ **Formaliser un projet managérial médical s'inscrivant dans le projet d'établissement**
- ⇒ **Favoriser l'émergence des compétences managériales des futurs responsables médicaux par une démarche institutionnelle de détection et de formation spécifique et d'accompagnement, inscrite dans le plan de DPC**
- ⇒ **Valoriser l'engagement institutionnel**
- ⇒ **Définir une enveloppe nationale ciblée sur l'accompagnement (formation, coaching) des managers médicaux**
- ⇒ **Formaliser un temps d'échange annuel individuel entre les praticiens et leur responsable médical**

4. Permettre aux médecins de se recentrer sur leur cœur de compétences

Les médecins doivent pouvoir se recentrer sur leur cœur de métier. Pour cela, il convient de simplifier les procédures et outils, et de déterminer rapidement un régime incitatif pour le déploiement des pratiques avancées et de déverrouiller le régime des protocoles de coopération permettant des délégations et des transferts de compétence entre professionnels de santé (en partant d'un principe d'avis réputé acquis au bout de deux mois, en cas de silence de l'ARS ou de la HAS, pour mettre fin au dispositif actuel de nécessité d'avis formels favorables qui s'est révélé lourd et bloquant en pratique).

- ⇒ **Créer les conditions d'un choc de simplification pour une meilleure coordination des autorités sur les questions de qualité et de veille notamment ;**
- ⇒ **Développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé, tant par la simplification des process d'autorisation que par leur reconnaissance financière**
- ⇒ **Prendre appui sur l'exercice en pratique avancée des professionnels paramédicaux, celui-ci devant être reconnu par la création d'un corps spécifique au service des projets médicaux et soignants ;**
- ⇒ **Mieux faire connaître et considérer dans les organisations médico-soignantes les métiers de coordination des parcours de soins**

¹ L'enquête FHF- Arthur Hunt, réalisée en 2017, avait pour objectif d'identifier les besoins et attentes des médecins hospitaliers et des étudiants en médecine en matière de management et de Gestion des Ressources Humaines médicales. 1619 étudiants en médecine et 4003 médecins hospitaliers se sont exprimés à cette occasion.

5. Renforcer les politiques de qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux à destination des médecins

Les responsables médicaux doivent être systématiquement formés à la prévention des risques psychosociaux, et la mise en place de groupes de parole favorisée. Les démarches de mise à jour des Documents Uniques d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) doivent associer tous les professionnels, intégrer leurs particularités et permettre d'établir une cartographie des risques psychosociaux partagée en commission médicale d'établissement et en comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

L'élaboration de plans d'actions et leur évaluation doivent ensuite faire l'objet d'un travail entre le Président de CME, le doyen dans les CHU, et le directeur en charge des affaires médicales et être définis dans le projet social médical. Ceux-ci doivent notamment comprendre la mise à disposition de procédures de conciliation et de repérage des situations de souffrance, qui doit pouvoir émaner de tous les acteurs de la communauté hospitalière.

En appui à ces démarches, le MOOC « Attractivité » de la FHF permet le partage des bonnes pratiques développées dans les établissements en la matière.

- ⇒ **Définir un plan d'actions en faveur de la qualité de vie au travail et de prévention des risques professionnels dans le projet social médical, et les évaluer ;**
- ⇒ **Mettre en place les dispositifs de signalement et de prise en charge des RPS ;**
- ⇒ **Organiser une visite médicale annuelle pour tous les médecins, ou a minima s'assurer que les médecins hospitaliers ont déclaré un médecin traitant, conformément aux engagements des partenaires de la campagne « Dis Doc t'as ton doc ? »**

FAVORISER L'ENTREE DANS LA CARRIERE

6. Publier le décret permettant l'exercice en remplacement à l'hôpital public

En vertu de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique modifié par la loi Fourcade de 2011, les étudiants de troisième cycle répondant aux conditions peuvent effectuer des remplacements, y compris en établissements de santé, sous réserve de la délivrance d'une licence de remplacement par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins. Si cette possibilité est régulièrement confirmée par l'ordre, le décret précisant le statut de remplacement est lui toujours en attente.

Au regard des difficultés rencontrées par les hôpitaux publics dans les recrutements, il devient indispensable de :

- ⇒ **Confirmer cette analyse du CNOM et de préciser le statut de remplacement.**

7. Valoriser l'engagement en début de carrière et éviter les périodes de « rupture »

A ce jour, il apparaît que la prime d'engagement dans la carrière hospitalière est autorisée dans la plupart des établissements qui en font la demande auprès des ARS, et ainsi pour certaines spécialités, génère un effet d'opportunité pour les étudiants qui auraient choisi d'exercer la spécialité concernée.

Afin de préserver l'aspect « attractif » de cette prime pour les zones sous-denses, il conviendrait de :

- ⇒ **Revoir les critères d'attribution de la prime d'engagement en les priorisant sur la réponse à des besoins territoriaux.**

Par ailleurs, les premiers échelons de la grille de praticien hospitalier ne sont pas attractifs pour les médecins souhaitant s'investir dans une carrière hospitalière. Au regard de ce constat, il apparaît aujourd'hui pertinent de :

- ⇒ **Revaloriser le début de carrière des médecins hospitaliers afin d'inciter les jeunes praticiens à embrasser une carrière hospitalière publique et éviter toute perte de rémunération lors de la titularisation.**

Enfin, il est proposé de rendre optionnelle la période probatoire lorsqu'un praticien a réalisé son début de carrière (assistantat/clinicat puis recrutement en temps de praticien contractuel) dans le même établissement que celui dans lequel il est nommé après la réussite du concours sur un poste de praticien hospitalier.

Si cette période probatoire était maintenue, nous proposons pendant celle-ci de :

- Permettre l'exercice à temps partiel et la réalisation d'une activité libérale.
- Et, afin d'éviter des écarts de rémunération trop importants tout au long de l'évolution de la carrière, maintenir le versement de l'IESPE lors d'évolutions statutaires justifiant du passage en période probatoire. Par exemple, un assistant spécialiste en perd le bénéfice s'il est recruté en tant que praticien contractuel (ou PH en période probatoire) avant d'entrer sous un statut de titulaire (de même un PH titulaire devant MCUPH en période probatoire).

Dans l'hypothèse où les modalités du concours étaient revues, la question de la période probatoire se poserait de nouveau.

- ⇒ **Rendre optionnelle la période probatoire sous certaines conditions ;**
- ⇒ **Assouplir les conditions d'exercice et revoir le régime indemnitaire pendant cette période.**

ADAPTER LES OUTILS REGLEMENTAIRES AU SOUHAIT DE DIVERSIFICATION DES CARRIERES

8. Permettre la reconnaissance de l'expérience dans une perspective d'intégration dans le statut

Il est proposé de reprendre l'ancienneté d'un médecin ayant eu une activité libérale en ville lorsqu'il

décide de poursuivre son exercice médical à l'hôpital public. Ce dispositif permettrait de faciliter les passerelles entre les secteurs public et privé.

Il s'agit concrètement de :

- ⇒ **Permettre à titre dérogatoire, lors du recrutement des médecins contractuels, la reprise d'ancienneté dans le respect de la grille de praticien hospitalier et dans une perspective d'intégration dans le statut ;**
- ⇒ **Reconnaître l'intégralité de l'expérience médicale au titre d'une reprise d'ancienneté lors de l'entrée dans une carrière hospitalière statutaire (nomination comme praticien hospitalier de médecin libéraux ou salariés).**

9. Permettre une plus grande mixité d'exercice

L'exercice mixte en ambulatoire et en hôpital ou établissement médico-social est une chance pour les jeunes médecins de par la diversification de leurs activités, la structuration de ces établissements très ouverts sur le premier recours et le suivi du patient tout au long de son parcours. Ce désir de mixité d'exercice converge avec le déploiement des GHT pour proposer de nouvelles formes d'exercice médical dans le cadre de coopérations entre établissements publics de santé, et demain entre la ville et l'hôpital dans l'optique du déploiement du principe de responsabilité populationnelle.

Source de complexité, il est proposé de **mettre fin à la distinction entre le statut de praticien hospitalier à temps plein et celui de praticien hospitalier à temps partiel** au profit d'un statut unique de médecin titulaire. Cette évolution supposera toutefois de revoir les modalités d'exercice d'activité d'intérêt général et d'activité libérale (en interne comme à l'extérieur de l'hôpital).

Par ailleurs, en l'état actuel de la réglementation, il n'est pas possible pour un praticien d'être **mis à disposition ou détaché** vers une administration ou une structure de soins privée (ex : crèche privée). Il est proposé de revoir cette restriction sous réserve de l'avis du référent déontologue de l'établissement.

Enfin, concernant l'activité d'intérêt général, la rédaction actuelle de l'article R. 6152-30 du CSP laisse planer un flou sur le fait de savoir si l'activité d'intérêt général peut être autorisée entre deux établissements publics de santé. Il est donc proposé d'étendre l'activité d'intérêt général à l'ensemble des statuts médicaux et de clarifier la rédaction de l'article R. 6152-30 du CSP en ajoutant de manière claire que l'activité d'intérêt général peut être réalisée entre deux établissements publics de santé.

- ⇒ **Créer un statut unique de praticien hospitalier**
- ⇒ **Refondre le régime juridique de la mise à disposition et du détachement afin de répondre aux nouveaux besoins exprimés**
- ⇒ **Confirmer par décret la possibilité d'exercer une activité d'intérêt général entre deux établissements publics de santé et l'étendre à l'ensemble des statuts médicaux**

10. Valoriser les démarches entrepreneuriales issues d'innovation en santé

Il est proposé de mieux accompagner les praticiens investis dans les démarches d'innovation en santé. Des dispositifs, souvent méconnus des praticiens et des établissements de santé, existent déjà. Ils sont notamment issus des dispositions de la loi Allègre du 12 juillet 1999 relative à la recherche et à l'innovation :

- La création d'entreprise pour les personnels de la recherche (articles L. 531-1 à L. 531-7 du code de la recherche)
- Le concours scientifique et la participation au capital d'une entreprise qui valorise les travaux de recherche des personnels (articles L. 531-8 à L. 531-11 du code de la recherche)
- La participation des personnels de la recherche à la gouvernance d'une société anonyme (articles L. 531-12 à L. 531-14 du code de la recherche)

Actuellement en discussion, le projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises prévoit de mieux faire connaître ces dispositifs et d'en assouplir les conditions d'accès avec notamment la suppression de l'avis obligatoire de la commission de déontologie dans ce cas de figure.

Il s'agit aujourd'hui d'aller plus loin et de :

- ⇒ **Renforcer les liens entre les établissements publics de santé et les start-up spécialisées dans l'innovation en santé par le biais de partenariats.**

SECURISER LES PARCOURS

11. Instaurer une couverture prévoyance nationale et structurer une politique nationale de santé au travail

Une réflexion nationale doit être menée afin de définir les critères d'une protection prévoyance garantissant aux médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires la compensation des pertes de rémunération lors d'arrêts maladie de longue durée.

Cette préconisation doit s'inscrire dans une politique nationale de santé au travail à destination des médecins en lien avec les établissements.

ACCOMPAGNER L'EXERCICE TERRITORIAL

12. Accompagner les praticiens à l'occasion de mobilité dans le cadre des recompositions

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de mettre en place des dispositifs d'accompagnement à l'acquisition de nouvelles compétences dans le cadre de mobilités liées à une recomposition.

13. Organiser les conditions d'une rémunération complémentaire au parcours fondée sur des objectifs de santé publique partagés sur un territoire

Il est proposé d'ouvrir la possibilité aux prescripteurs hospitaliers d'émarger à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans le cadre d'un engagement d'équipe. En ville, ce dispositif complète le paiement à l'acte et repose sur le suivi d'indicateurs permettant de valoriser notamment la qualité de la pratique médicale.

Cette proposition présenterait l'avantage d'intégrer plus encore les pratiques entre la ville et l'hôpital par des mesures touchant les praticiens quels que soient leurs modes d'exercice, sous réserve de faire le lien entre les mesures qui s'appliquent au niveau de l'établissement (modulation du remboursement des molécules onéreuses et dispositifs médicaux de la liste en sus, sanctions prévues dans les CAQHOS transports ou prescriptions hospitalières dispensées en ville...) et les véritables leviers d'actions qui sont aux mains des prescripteurs. Il s'agit également de s'assurer des conditions permettant l'équilibre et l'équité du système : son équilibre budgétaire ; la nécessaire formation des responsables médicaux; le pilotage d'ensemble par la direction et la CME tout en permettant une reconnaissance individuelle.

14. Faire évoluer la prime d'exercice territorial (PET)

La prime d'exercice territorial doit devenir un levier réel pour permettre le développement d'un exercice partagé et coordonné et une reconnaissance aux niveaux individuels et collectifs. Pour ce faire :

- ⇒ **Revoir les conditions d'attribution de la PET,**
- ⇒ **Reconnaître l'engagement d'équipe pour assurer la continuité des soins à l'échelle territoriale, en prenant en compte les contraintes associées à la permanence des soins pour les praticiens en postes partagés.**

PRIORITE N°3 : ADAPTER LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE AUX EVOLUTIONS DE L'EXERCICE MEDICAL

Pour la FHF, il s'agit de passer d'un système de régulation de l'offre de soins par la tension et les capacités de formation, à un système de régulation par les besoins de la population.

MIEUX DEFINIR LES BESOINS EN COMPETENCES

15. Revoir les conditions de mise en œuvre des réformes pédagogiques

Les établissements publics de santé ont dû s'adapter à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle qui a souvent eu pour impact une plus grande affectation des internes de médecine générale en ville, et des internes de spécialité hors médecine générale en phase socle dans les CHU.

Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, mais aussi de répartition, avec des interventions très variables des ARS, notamment dans le recours aux dérogations au taux d'inadéquation.

Si la FHF partage l'objectif prioritaire de qualité pédagogique de la formation délivrée aux étudiants, il nous semble aujourd'hui fondamental de revoir les conditions de mise en œuvre de la réforme. Il s'agit d'accompagner l'évolution de la répartition de stages entre la ville et l'hôpital, entre CH et CHU, et ce afin de permettre la continuité de l'offre de soins.

Aussi, nous appelons à une harmonisation entre les régions des conditions de mise en œuvre de ces réformes, mais également à ce que les établissements soient mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, ce suivi devant aborder les aspects aussi bien pédagogique, organisationnel que budgétaire, et être décliné en région.

Enfin, les évolutions pédagogiques, et plus particulièrement des maquettes, doivent intégrer les évolutions sociétales mais également réglementaires en matière de temps de travail, et plus particulièrement la réforme du temps de travail des internes afin d'en permettre le respect.

- ⇒ **Associer les établissements à la gouvernance, à l'évaluation et au suivi des réformes pédagogiques**
- ⇒ **Harmoniser entre les subdivisions les conditions de mise en œuvre des réformes pédagogiques**
- ⇒ **Revoir les conditions de dérogation, voire supprimer le taux d'inadéquation et le remplacer par un meilleur accompagnement des trajectoires étudiantes sur les territoires**
- ⇒ **Evaluer les nouvelles maquettes (sur le volet pédagogique et sur le volet offre de soins)**

16. Repenser les dispositifs de numéris clausus et de quotas

Cette concertation approfondie sur les besoins du territoire et ses capacités de formation permettra d'engager progressivement la révision du numerus clausus, et à court terme de revoir les quotas de Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE).

- ⇒ **Engager progressivement, suite à une phase de concertation approfondie, la révision du numerus clausus**
- ⇒ **Revoir les quotas de Procédure d'Autorisation d'Exercice (augmenter la liste A)**

DECLOISONNER POUR PREPARER AU TRAVAIL EN EQUIPE

17. Elargir le champ de connaissance des jeunes médecins

Alors que les frontières de prise en charge sont de plus en plus fongibles et que la pluri-professionnalité, la coopération et le fonctionnement en réseau sont de règle à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, la persistance des barrières interprofessionnelles est un frein à la pratique collaborative et peut être facteur d'une qualité de vie au travail détériorée. Les formations

professionnelles organisées en silos peuvent contribuer à instiller des conflits d'intérêts entre corps de métiers différents et cacher l'interdépendance de leurs actions et des problèmes qu'ils auront à résoudre.

Des cours ayant trait à l'éthique, à la déontologie, aux compétences communicationnelles et à la réflexivité sur les normes et les valeurs dans le soin pourraient ainsi rassembler de multiples métiers, mais aussi les patients, autour de la transmission d'une même conception de la prise en charge à l'hôpital. Ces formations permettraient une meilleure connaissance du rôle de chaque professionnel dans une équipe et une vision plus globale du soin apporté au patient. Il est donc essentiel de :

- ⇒ **Décloisonner au plus tôt les formations entre les différentes professions, dans le respect des spécificités de chacun**
- ⇒ **Créer des modules de formation initiale partagés dédiés à l'organisation de la prise en charge et au management.**

FORMER SUR UN TERRITOIRE

18. Structurer une offre de formation initiale territoriale garantissant l'adéquation entre parcours de santé, parcours de formation et parcours de recherche

Les GHT pourraient, en coordination avec l'Université, structurer une offre de formation en lien avec le CHU et les maîtres de stage en CH et en ambulatoire avec pour objectif une lisibilité accrue des parcours de formation, à l'échelle des GHT et des subdivisions.

Ce dispositif permettrait de favoriser la connaissance du terrain, des structures hospitalières et des professionnels de ville du territoire.

Pour ce faire, il sera nécessaire de :

- ⇒ **Envisager une augmentation des stages de 2^d cycle en Centres Hospitaliers, qui ont une réelle plus-value pédagogique et en termes d'apprentissage clinique et technique,**
- ⇒ **En 3^{ème} cycle, créer la possibilité « d'agrément partagé » entre plusieurs établissements ou structure d'accueil dans le cadre d'un projet médical et pédagogique clairement défini.**
- ⇒ **Ouvrir la commission des stages et des gardes comme la commission de répartition à des représentants des CH, y compris dans leurs travaux de préparation.**

Il est également proposé de développer des dispositifs de coopération pérenne entre les centres hospitaliers ultra-marins et un ou plusieurs CHU métropolitains volontaires afin de faire connaître ces établissements, renforcer leur attractivité, y limiter le recours à l'intérim médical, proposer une réponse alternative aux besoins de post-internats et assurer une formation complémentaire intégrant les spécificités ultra-marines. Ces coopérations justifieraient de la création de postes d'assistants partagés avec un exercice pour partie en métropole, pour partie en outre-mer, bénéficiant d'un appui financier au niveau national.

19. Garantir la mise à jour des compétences et des connaissances

Les établissements publics de santé accompagnent les projets professionnels, conformément aux aspirations individuelles, aux besoins identifiés par les travaux de GPMC et aux projets institutionnels. Afin de renforcer cet appui institutionnel, il importe aujourd'hui de simplifier le fonctionnement du DPC, d'élargir son champ aux compétences transversales (management, recherche, nouvelles modalités de prise en charge) et de permettre une plus grande souplesse dans l'utilisation des crédits de formation.

La dynamique d'équipe doit également être encouragée, y compris en formation continue. Les procédures d'accréditation collective nous semblent à ce titre à promouvoir.

Enfin, la mise en œuvre d'un dispositif de recertification peut être un dispositif efficace au service de la qualité des soins, dont la FHF attend cependant les modalités plus précises.

- ⇒ **Simplifier le fonctionnement du DPC et élargir le champ du DPC aux compétences transversales (management, recherche, nouvelles modalités de prise en charge)**
- ⇒ **Encourager l'accréditation individuelle et collective**
- ⇒ **Associer les hospitaliers à la définition des conditions de déploiement de la recertification aux médecins hospitaliers**

20. Anticiper et accompagner les secondes parties de carrière

Enfin, afin d'accompagner au mieux les évolutions professionnelles des médecins, notamment ceux exerçant des spécialités à fortes sujétions et désormais régies par un DES spécifiques, la FHF appelle à la simplification des procédures de requalification et à l'accompagnement de la requalification par l'acquisition d'un second DES.

- ⇒ **Renforcer les relations entre les conseils départementaux de l'ordre et les établissements pour mieux accompagner les réorientations par le dispositif de requalification**
- ⇒ **Le cas échéant, envisager un droit à reconversion, c'est à dire un statut des praticiens en formation initiale lors d'un changement de spécialité par l'acquisition d'un second DES.**