



L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public

Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale

Rapport final

Introduction

Chaque statut et mode d'exercice a ses avantages et ses inconvénients : statut plus ou moins rigide, perspectives d'évolution au cours de la carrière plus ou moins incertaines, politiques de rémunération différentes, parfois significativement, environnement, accès à l'investissement et à l'équipement, travail d'équipe, management, enseignement, recherche... L'arbitrage d'un médecin pour tel ou tel mode d'exercice est une équation complexe dépendant de ces facteurs mais également de ses expériences passées, notamment au moment de son internat.

Pour certaines spécialités pour lesquelles l'écart entre statut concernant par exemple les contraintes d'exercice, n'est pas compensé par des avantages autres (rémunération, intérêt, souplesse, perspectives d'évolution...), et/ou pour lesquelles la démographie est à la décroissance, d'importantes tensions existent dès à présent entraînant difficultés de recrutement : postes vacants, recours à des médecins intérimaires, charge de travail croissante pour les équipes médicales et soignantes en place, moindre attractivité des postes à pourvoir.

Ainsi actuellement le nombre de postes vacants de personnel médical est important dans beaucoup d'établissements publics et ce dans de nombreuses spécialités.

Quelques chiffres peuvent illustrer cette situation (sources rapport d'activité 2012 du Centre National de Gestion 2012 - CNG) :

- Le taux de vacances statutaire des postes des Praticiens Hospitaliers (PH) à temps plein est très élevé : au 1^{er} janvier 2013, 24 % en moyenne avec une hétérogénéité importante en fonction des spécialités (37% pour le radiodiagnostic et l'imagerie médicale, 28% pour la chirurgie vasculaire, 27% pour l'anesthésie-réanimation et 26% pour la gériatrie) et des régions : 35% en Basse-Normandie et en 30% en Picardie. Quant à celui des Praticiens Hospitaliers à temps partiels, il est encore plus élevé, atteignant 41% ;
- bien que le nombre d'entrées/sorties soit légèrement positif en 2013 (+ 1389), il est à noter 174 démissions et des disparités selon les spécialités avec par exemple un solde négatif pour l'anesthésie-réanimation ;
- les sorties temporaires de PH temps plein (détachement, disponibilité) sont au nombre de 2388 en 2012, soit en augmentation de 12% par rapport à 2011.
- La part des PH exerçant dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Centres Hospitaliers régionaux (CHR) est en progression sensible quel que soit le statut, témoignant de la plus forte attractivité des CHU/CH/CHS. Elle passe de 31,7% en 2012 à 33 % en 2013 pour les PH temps plein et de 25,6% en 2012 à 27,5% en 2013 pour les PH temps partiel.

Or, le maintien d'un service public de qualité répondant aux besoins des patients nécessite des équipes médicales de taille adaptée et stabilisées dans le temps.

Cette situation structurelle présente de nombreux effets pervers dont les plus importants sont :

- risque de détérioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins des patients ;
- recours massif à l'intérim médical dans les conditions dénoncées par le Député Olivier Véran dans son rapport de décembre 2013 « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte » ;
- difficulté de recrutement liée au grand nombre de postes vacants : instauration d'un « cercle vicieux » ;
- souffrance au travail et burn-out.

Alors que les pouvoirs publics n'ont aucunement anticipé une telle situation et n'ont pas à ce jour pris de mesures adéquates pour enrayer une telle situation, la FHF a mis en place une commission permanente chargée de mieux comprendre cette situation et de faire des propositions au Conseil d'Administration et aux pouvoirs publics pour renforcer l'attractivité pour les médecins et chirurgiens des établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette commission pluridisciplinaire est composée de

jeunes médecins, de praticiens hospitaliers et praticiens hospitalo-universitaires, mais aussi de représentants des conférences des directeurs des établissements publics de santé, des doyens des facultés de médecine et des présidents de CME (voir composition en annexe).

Le présent document présente les pistes de travail identifiées. Certaines seront d'ailleurs applicables à l'ensemble des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements de santé et médico-sociaux. Leur mise en œuvre sera coordonnée par la FHF, avec le soutien d'une dynamique locale et régionale. La commission permanente est chargée du suivi des actions qui seront menées.

Dix propositions à mettre en œuvre par les Etablissements Publics de Santé la Fédération Hospitalière de France et les autorités de tutelle

(Direction Générale de l'Offre de Soins, Centre National de Gestion et Agences Régionale de Santé)

1. Mieux communiquer sur les carrières à l'hôpital public au cours de la formation initiale
2. Accompagner individuellement le développement des carrières des médecins en formation
3. Garantir de bonnes conditions d'accueil et de formation des internes
4. Créer une plateforme de recrutement et d'informations pour les carrières médicales à l'hôpital public : « Bourse aux postes »
5. Valoriser et adapter l'organisation du post-internat
6. Développer les coopérations et les équipes territoriales
7. Renover le régime des rémunérations
8. Favoriser la qualité de vie au travail
9. Gérer les carrières et dynamiser les parcours professionnels
10. Développer les capacités des managers médicaux

Mieux communiquer sur les carrières à l'hôpital public au cours de la formation initiale

Constats

Il existe un manque de connaissance de la part des médecins en formation sur les perspectives de carrières hospitalières.

Ce manque de connaissance porte tant sur les aspects statutaires (nomination et accès aux postes, conditions d'emploi...) que sur le déroulé et les opportunités de carrière.

Il est nécessaire d'informer au plus tôt les futurs médecins sur les possibilités de carrières à l'hôpital public. Ceci n'est pas pris en compte dans la formation initiale au cours des études médicales à l'instar des grandes écoles par exemple.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

La complexité, pour le non initié, liée aux aspects statutaires des carrières médicales hospitalières, peut être un motif de désintéressement de l'orientation hospitalière pour les étudiants.

Egalement, dans la période de choix de leurs orientations professionnelles, les étudiants hospitaliers et médecins en formation n'ont pas naturellement en perspective tous les éléments impactant leurs conditions de travail et leur vie professionnelle : environnement, perspectives d'évolution...

Relativiser les points faibles et mettre en avant les points forts de la carrière hospitalière auprès des médecins en formation est un objectif qui peut être atteint en mobilisant notamment les médecins hospitaliers et responsables de Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) et Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine.

Cette communication / formation devrait être soutenue par les institutions et tutelles en tenant compte des acteurs de terrain plus à même de créer une relation de proximité avec les jeunes médecins. L'implication des jeunes médecins et de leurs structures représentatives dans l'élaboration du programme est pertinente pour répondre à leurs attentes. Les Facultés de médecine et les coordonnateurs locaux de DES et de DESC sont au cœur de cette démarche afin de l'inscrire dans un continuum de formation dès le deuxième cycle des études médicales. L'accent pourra être mis sur les EPS non universitaires où les problèmes de démographie médicale se posent souvent avec une acuité plus marquée que dans les CHU.

Proposition d'actions

- **Promotion du site « PH par intérêt »** (www.ph-parinteret.com) destiné aux futurs médecins et qui reprend témoignages, informations générales et **documents sur la carrière à l'hôpital public** (fiches techniques sur les statuts, modalités d'accès aux concours, rémunérations...);
- **Promotion de l'organisation de séminaires d'échanges avec des pairs « jeunes praticiens »**. L'objectif est de délivrer certains éléments théoriques relatifs aux possibilités de carrière mais surtout de permettre un partage d'expérience avec des médecins d'horizons et d'avancée dans la carrière différents. Une implication forte des ARS et des établissements sur l'organisation de ces journées d'échange sera nécessaire, en lien avec les Facultés de médecine et les représentants des jeunes médecins.

Accompagner individuellement le développement des carrières des médecins en formation

Constats

Les carrières hospitalières et hospitalo-universitaires sont reconnues comme exigeantes et concurrentielles, notamment pour l'obtention de certains postes pour lesquels il peut y avoir beaucoup de candidats et peu d'élus.

Il n'existe pas de réflexion prospective systématique sur les postes à pourvoir et le développement des compétences individuelles.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

En l'absence de mise en cohérence des besoins hospitaliers et des projets professionnels des médecins en formation, le risque de fuite vers d'autres modes d'exercice est élevé et avéré.

Egalement, l'absence de gestion individuelle et systématique peut conduire à ne pas reconnaître, valoriser ou faire émerger des talents potentiels.

Proposition d'actions

- **Développement du compagnonnage de l'interne sous la responsabilité du coordonnateur régional de DES et de DESC.** Un tuteur, praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire, est désigné par le coordonnateur régional du DES et/ou DESC, en accord avec l'interne pour développer son projet professionnel en adéquation avec les objectifs du service, du pôle et de l'établissement hospitalier voire du territoire de santé. Interne, tuteur, coordonnateur de DES et DESC et direction des affaires médicales pourraient se retrouver à l'occasion d'un rendez-vous formel les 3ème, 4ème et 5ème année d'internat pour évoquer son devenir et lui proposer des postes, au sein de l'établissement ou dans une vision territoriale.
- **Mise en place localement de réflexion prospective médicale permettant une évaluation très en amont des besoins et incitant les différents pôles et structures internes à mettre en place une véritable gestion prévisionnelle des métiers et des compétences médicales.** Cette prospective devrait être réalisée avec autant d'attention et de rigueur pour les postes hospitaliers qu'hospitalo-universitaires. Ce travail, piloté par la CME en lien étroit avec les directions des affaires médicales, encourage la définition des parcours hospitaliers dès l'internat et permettent d'offrir des perspectives de carrière dès cette période.
- **Passer d'une simple gestion des postes disponibles à une réflexion prospective, qui déborde l'échelle des établissements, pour une dimension territoriale, suivant les disciplines.** Elaborer une **prospective sur les postes médicaux** au niveau du CHU, des CH et de chacun des territoires. Pour ce faire, il conviendrait de réaliser une enquête régulière au niveau de chaque région, sur les perspectives démographiques au sein des établissements publics de santé. Cette enquête pourrait être réalisée par l'ARS en lien avec la FHF, afin de connaître à échéance de 3 et 5 ans, les postes vacants et les prévisions de départs en retraite, afin de connaître les postes à pourvoir par spécialité et par établissement.
- **Faire évoluer les maquettes de formations pour développer les stages hors CHU.**

Garantir de bonnes conditions d'accueil et de formation des internes

Constats

Les stages hospitaliers des internes constituent la principale composante de la formation reçue au cours de leur 3^{ème} cycle des études médicales.

La mission dévolue aux établissements publics, Centres Hospitaliers Universitaires, Centres hospitaliers, et Centres Hospitaliers Spécialisés d'accueil et d'accompagnement des internes lors de leurs stages, contribue pleinement au processus de formation médicale français. Il s'agit d'une responsabilité qui oblige vis à vis des générations de futurs médecins autant qu'une opportunité, celle de permettre aux praticiens de ces établissements de côtoyer régulièrement de jeunes collègues et de leur transmettre, au-delà de compétences purement médicales, les valeurs portées par l'hôpital public.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

Les conditions dans lesquelles l'accueil et l'accompagnement des internes sont assurées dans les établissements hospitaliers emportent aussi des enjeux majeurs, enjeu pédagogique pour la qualité de la formation pratique délivrée aux futurs praticiens issus de notre système de formation médicale, enjeu en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques mais enjeu également de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux.

Proposition d'actions

Les établissements publics, seuls ou au sein de dynamiques régionales, ont commencé à s'engager dans des démarches d'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement des internes au cours de leurs stages. Au-delà de ces initiatives, dont la qualité et la portée peuvent être significatives, il est important que l'ensemble de la communauté hospitalière publique témoigne d'une ambition collective en la matière, définisse un certain nombre d'objectifs qu'elle souhaite atteindre et se mette en situation de partager les bonnes pratiques, en association étroite avec les représentants des internes comme avec les facultés, eu égard aux responsabilités pédagogiques qui leur incombent.

C'est l'objet de la « **Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics** » que de définir les objectifs qui permettront d'atteindre cette ambition. Signée par l'ensemble des parties prenantes, elle est structurée autour de huit thématiques complémentaires :

- L'accueil dans l'établissement
- L'information et le matériel nécessaire à la prise de fonction, en particulier concernant les procédures internes
- L'intégration dans le service d'affectation
- La formation reçue au long des stages
- Les conditions de travail
- La gestion des temps professionnels
- L'implication des internes dans leurs stages
- Le dialogue social avec les internes

Au décours de cette réflexion, il est apparu que l'accueil de tout médecin devait s'organiser selon ce principe, et pas seulement celui des internes.

Créer une plateforme de recrutement et d'informations pour les carrières médicales : « Bourse aux postes »

Constats

Les postes disponibles et opportunités de recrutement sont insuffisamment visibles, notamment concernant les postes non statutaires non gérés par le CNG. En outre, leur contenu et format n'est pas toujours attractifs, se contentant souvent d'une référence à la spécialité, la quotité de temps et l'établissement concerné et présentant insuffisamment l'environnement de travail et les autres éléments formant l'attractivité du poste.

Enfin, en particulier sur des postes difficiles à pourvoir car ayant un potentiel de candidats moindre, les délais inhérents à la recherche de candidats peuvent être longs et pourraient être plus systématiquement anticipés lorsque cela est possible.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

Moins vues, moins attractives, moins vite publiées, les offres de poste sont rapidement moins pourvues, les postes restent plus longtemps vacants.

Proposition d'actions

Le principe d'une « **bourse aux postes** » est simple. Il consiste à mettre à disposition de l'ensemble des médecins les offres de postes hospitaliers vacants ou à venir. Le terme « postes vacants » regroupe l'ensemble des postes vacants ou à venir même à longues échéances, titulaires ou non. Elle prendrait la forme d'un site internet ergonomique et ouvert à tous permettant une recherche multicritères par type d'établissement public de santé, par type de poste statutaire, par région et par discipline. Un outil de veille / alerte pourrait être ajouté pour les utilisateurs en fonction des critères prédéfinis par utilisateur.

La coordination de la « Bourse aux postes » serait assurée par la FHF et le CNG. Ils auraient la responsabilité de sa création, de son développement et de sa mise à jour. Le CNG et la FHF auraient alors le rôle d'architectes pour structurer le projet en partenariat étroit avec les établissements publics de santé. L'ensemble des acteurs du recrutement des médecins hospitaliers publics pourra être impliqué dans son développement : FHF, organisations représentatives des (jeunes) médecins, Agences Régionales de Santé... un gage de réussite réside en l'investissement des acteurs de terrain dans sa conception.

Ce site internet devra être interconnecté avec la page « ressources humaines / recrutement » des établissements publics de santé. Les établissements publics de santé seraient fortement incités à déclarer les postes, dans le cadre d'une charte avec la FHF ou d'un document de cadrage. La déclaration pourrait être d'ordre qualitatif pour signaler une disponibilité, sans décrire l'ensemble des postes d'un même profil disponible. Les EPS et les FHF régionales garderont la maîtrise des informations diffusées sur le site internet de la bourse aux postes. Son bon fonctionnement suppose la mise à jour régulière, idéalement au fil de l'eau, des offres de postes, et une amélioration de la prospective des postes hospitaliers en anticipant les départs à la retraite et les évolutions de carrières. Dans cet esprit, la commission de prospective qui réunit les EPS, la Faculté de médecine et l'ARS devra jouer son rôle pleinement.

Pour rendre le dispositif visible et lisible, le site internet de la « Bourse aux postes » devra être en étroite relation avec l'ensemble des acteurs du recrutement par le biais de liens entre les sites internet et réseaux sociaux professionnels des différents acteurs. Il semblerait nécessaire de tisser des interconnexions avec les organisations représentatives des étudiants hospitaliers, des internes en médecine, des post internes et des médecins hospitaliers ainsi qu'avec les Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) et le référent installation des ARS.

La « Bourse aux postes » devra être conçue comme une véritable plateforme de recrutement et d'informations pour les carrières dans les établissements publics de santé. Elle comportera :

- **Une fiche du poste à pourvoir** : le projet médical de la structure interne, du pôle, de l'établissement voire du territoire, le descriptif du service (activité, équipement, RH...), le statut du poste proposé, les missions, objectifs et moyens. Une fiche de poste type pourrait être proposée.
- **Un descriptif de chaque établissement** : description établissement, lien vers le site internet de l'établissement, projet médical, région.

Valoriser et adapter l'organisation du post-internat

Constats

Le post-internat joue un rôle clef dans la carrière d'un jeune médecin. En effet, il est le premier stade d'une carrière hospitalière et parfois hospitalo-universitaire. Souvent considéré comme un complément de formation, il est requis pour les DESC et est fortement conseillé pour bon nombre de DES.

Le post internat est également déterminant dans le choix du premier lieu d'exercice et dans le développement du projet professionnel. Il impacte donc fortement la fidélisation géographique des jeunes praticiens.

Parmi les statuts du post-internat, les postes sans valence universitaire (Assistants Spécialistes des Hôpitaux en CH, CHS et CHU à temps plein et à temps partagé d'initiative nationale ou régionale, Assistant Spécialiste Recherche, Médaille d'or, PHC, PA) sont peu attractifs. Le tableau en annexe présente un comparatif des différents statuts de post-internat.

Enfin, le nombre de postes offerts a très peu progressé relativement au numerus clausus qui a doublé en 10 ans, constituant aujourd'hui un véritable goulot d'étranglement.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

On constate des inégalités entre établissements, spécialités et régions vis-à-vis de la nature et du volume de postes en post-internat.

La capacité des jeunes médecins à parfaire leur formation et débiter leur carrière hospitalière dans les meilleures conditions est limitée.

Proposition d'actions

- Adéquation du post-internat et du numerus clausus

Le numerus clausus a doublé en 10 ans. Or aucune mesure pérenne n'a permis de mettre en adéquation le nombre de postes de post internat avec les besoins. Il s'avère crucial de mettre en adéquation le nombre de postes de post internat (de tous statuts) avec le nombre de jeunes médecins en formation.

- Harmonisation des statuts de post-internat

Parmi les statuts du post-internat, les postes sans valence universitaire (Assistants Spécialistes des Hôpitaux en CH, CHS et CHU à temps plein et à temps partagé d'initiative nationale ou régionale, Assistant Spécialiste des Hôpitaux « Recherche », Médaille d'or, Praticien Hospitalier Contractuel (PHC), Praticien Attaché (PA)) sont peu attractifs. L'objectif pourrait être de définir un statut unique et souple de post-internat sans valence universitaire. Le tableau en annexe présente un comparatif des différents statuts de post-internat. Les points faibles des différents statuts de post-internat conduisent à proposer les modifications statutaires suivantes :

- **Calquer le dispositif de surnombre sur celui des Chefs de Cliniques des Universités-Assistants des Hôpitaux (CCU-AH) et Assistants Hospitalo-Universitaires (AHU) en cas de congé maternité, paternité ou d'adoption.** Il existe par voie de circulaire une incitation à proposer le dispositif de surnombre mais force est de constater qu'il n'est que peu appliqué sur le terrain. Ceci nécessite donc une modification réglementaire des différents statuts de post-internat sans valence universitaire.
- **Calquer la durée des contrats sur celui des CCU-AH et AHU à 2 ans par défaut sauf demande expresse de l'intéressé.** Certains EPS préfèrent proposer un contrat d'un an généralement renouvelé, la prime d'engagement à exercer à temps plein

pendant 2 ans ou 4 ans n'étant alors pas perçue. Cette prime avait été conçue pour aligner la rémunération des Assistants des Hôpitaux à celle des CCU-AH et AHU.

- **Calquer l'indemnité de service public exclusif sur celle des CCU-AH et AHU.**
- **Calquer l'indemnisation de la garde sur celle des CCU-AH et AHU.** A travail égal et responsabilité égale, il est normal que sa valorisation soit identique. Elle varie aujourd'hui du simple au double et défavorise de manière significative les spécialités « à gardes ».
- **Améliorer la protection sociale des statuts de post-internat en mettant en place le congé parental et les congés de solidarité familiale.**

Un des objectifs majeurs pour rendre les post-internats hospitaliers non universitaires plus attractifs est d'aligner, ou tout du moins, de se rapprocher du niveau de rémunération de celui des CCU-AH et AHU.

- **Postes à temps partagé, entre établissements de santé ou avec des structures ambulatoires**

Les postes à temps partagé présentent l'avantage de favoriser une meilleure répartition des médecins sur le territoire national, notamment en zones médicalement sous denses. Ils devraient faciliter des recrutements de qualité à moyen terme. L'objectif est de renforcer les liens entre les établissements et équipes médicales sur un même territoire. Ce type de poste devra s'intégrer dans une stratégie de recrutement à moyen terme. Par ailleurs, pour être attractifs, ces postes pourraient faire l'objet de :

- bonification de l'avancement de carrière concrétisée par une prime
- une accélération d'1/3 des années passées sur un tel poste.

Pour favoriser un projet de carrière dans l'EPS où a été réalisé le post internat, certaines conditions sont requises. Un premier élément déterminant est l'environnement immédiat du jeune médecin :

- un niveau d'équipement de l'EPS suffisant et moderne,
- un seuil d'activité minimum du service pour une discipline donnée
- une équipe constituée à minima d'un PH, d'un post-interne et d'un interne ou de deux PH. Cette composition d'équipe est nécessaire pour créer un cercle vertueux d'enseignement et de compagnonnage dans le service.
- une ou des coopérations inter-hospitalières, en particulier avec le CHU ou un centre de référence, de façon à favoriser le recours, la collégialité et l'accès aux plateaux techniques hautement spécialisés. Des modalités d'exercice facilitantes devront être organisées (temps de transport entre les deux établissements d'exercice raisonnable, conditions d'accueil).

Ces conditions pourraient s'intégrer dans une procédure de type « agrément des terrains de post internat » au niveau hospitalier et contractualisé, calqué sur le modèle des agréments donnés aux terrains de stage pour les internes en médecine.

- **Etendre les expérimentations réussies**

Face aux difficultés démographiques médicales, certaines régions (Nord-Pas de Calais, Haute Normandie) ont mis en place des modalités de coopération financière innovante. Des valences universitaires financées par le Conseil Régional ont ainsi été développées.

La région Nord-Pas-de Calais a mis en place depuis quelques années des postes « régionaux » correspondant bien statutairement à des postes de CCU-AH.

Le financement de ces postes est réalisé pour la part hospitalière par les EPS grâce à la T2A et pour la part universitaire par le Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais.

Dans un contexte général de pénurie médicale , **la région Haute Normandie** est confrontée à un manque réel de postes de post –internat (seulement 84 postes de chef de clinique , ce qui est très

insuffisant au regard des promotions d'internes formées) alors que ce dispositif initié en 1999 par le Gouvernement avec la création de postes d'Assistant spécialistes régionaux(ASR) a vocation à fidéliser les jeunes internes formés . Ces postes ont la particularité d'être partagés entre le CHU et un établissement de la région. Ils sont co- financés à hauteur de 50 % par l'ARS et à 50% au prorata du temps passé dans l'établissement d'affectation.

D'autres dispositifs complémentaires ont été créés depuis :

- Assistants spécialistes CHU en 2009. Ces postes ne sont pas destinés à des disciplines fléchées et visent à rééquilibrer le nombre de postes de post-internat entre les régions. Les AS CHU sont recrutés sur des postes partagés entre un CH de la région et le CHU et doivent effectuer la majorité de leur temps de travail au CHU (en général 80%) certains AS CHU ont pu être affectés à titre exceptionnel à 100% au CHU. Les postes sont financés à 100% par des crédits nationaux fléchés et délégués à l'ARS.
- Assistants spécialistes régionaux recherche (AS2R) en 2010. Ces postes sont destinés à de futurs chercheurs. Les AS 2R sont recrutés pour 2 ans sur des postes partagés entre un service clinique du CHU (50%) et un laboratoire de recherche (50%). Le financement est assuré pour 50% par le Conseil Régional, 50 % par le CHU.

Depuis 2011, les évaluations ont démontré l'excellence des travaux réalisés et la pertinence de ce dispositif haut –normand en terme de fidélisation puisque ces jeunes chercheurs sont restés dans la région.

- **Développer une gestion régionalisée du post internat CHU/CH/FHF/ARS pour une meilleure répartition et lisibilité des postes**
- **Faire évoluer les conditions de la période probatoire** (rémunération et protection sociale) et la supprimer dans le cas où le professionnel a réalisé son post internat dans l'établissement.

Développer les coopérations et équipes territoriales

Constats

Parfois décrite comme une profession faite d'individualités, la médecine est en réalité, et de plus en plus, une activité dont l'exercice nécessite une équipe constituée et pérenne : pour pouvoir se spécialiser individuellement et interagir en complémentarité de compétences, pour prendre en charge une file active de patients suffisante, pour assurer la permanence des soins, pour se suppléer, pour faire face aux différentes tâches et modalités de prise en charge etc.

La plupart des activités nécessitent en outre un recours à des équipements ou des plateaux techniques : pour permettre la réalisation des investissements nécessaires en étant efficaces, ceux-ci doivent être mis en regard avec des volumes de patients pris en charge suffisants.

La notion de taille critique en termes d'effectifs et d'équipements est un élément décisif dans le choix des jeunes médecins.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

Considérés à l'échelon d'un établissement, certains volumes d'activité sont trop faibles pour justifier une équipe médicale complète ou la réalisation de certains investissements. La conséquence est l'installation progressive d'un environnement de travail peu attractif : taille d'équipe insuffisante pour assumer la permanence des soins sans imposer à chacun des gardes et astreintes très nombreuses ou recourir à des personnels externes, pour permettre à chacun de se spécialiser, pour bénéficier d'un plateau technique au niveau...

S'en suit un cercle vicieux de départs de professionnels, d'augmentation de la charge de travail, de dégradation de l'attractivité etc.

Proposition d'actions

- **Promouvoir la rédaction d'un projet médical de territoire** : analyse de flux de patients, identification des activités en difficultés, dimensionnement des projets médicaux sur des parcours de soins ciblés.
- **Faire progresser la réflexion sur l'intégration des Communauté Hospitalières de Territoire (CHT) par des mesures incitatives.** Avoir une vision territoriale de l'intéressement basé sur un projet médical de territoire.

- **Valoriser la création de postes de PH de territoire et d'équipes de territoire**

Dans ce contexte, la constitution d'équipes territoriales fédérant les praticiens de plusieurs établissements peut permettre de concilier :

- une attractivité pour les médecins : appartenance à une équipe, accès à un plateau technique, développement d'activités de recours, meilleure gestion des compétences ;
- une proximité et accessibilité pour les patients ;
- une qualité du service rendu ;
- une efficacité de l'organisation : mutualisation des investissements, de la permanence des soins, délégations de tâches...
- un accès aux projets de recherche clinique pilotés par le CHU.

Une attention particulière doit être portée sur le management de ces équipes. Il s'agit de faciliter l'intégration des praticiens partagés sur plusieurs sites à chacune de leurs équipes soignantes.

Afin de favoriser la création de telles équipes, ces postes de PH doivent pouvoir **être attractifs en termes financier et de déroulement de carrière. Ils doivent faire l'objet d'une prime spécifique et de bonification en termes d'avancement de carrière.**

Les ARS devraient en faciliter et promouvoir la création.

- **Assurer un accès au plateau technique des établissements en lien avec les autorisations**

Permettre aux praticiens d'exercer une activité de soins soumise à autorisation, sur chacun des sites où ils sont amenés à intervenir dès lors que le plateau technique le permet (exemple : traitement du cancer) : étendre la notion de site associé à de nouvelles activités dans le cadre d'équipes de territoire ou attribuer l'autorisation à l'équipe de territoire par dérogation.

Développer un modèle médico-économique pour les projets de coopérations territoriales pour permettre les investissements nécessaires au développement des pratiques médicales et chirurgicales innovantes.

- **Assurer un accès aux compétences, à la connaissance et aux bases de données** dans une logique territoriale.

- **Faire évoluer et assouplir la gestion des primes multi-sites**

- Laisser l'initiative de l'attribution des primes multi-sites aux établissements qui en informent l'ARS, en enlevant la référence à une quotité de temps ;
- Elargir à tous les médecins quel que soit le statut, ainsi qu'aux médecins qui s'impliquent dans une activité ambulatoire de 1er recours (maison de santé, pôle de santé...) la prime multi-sites ;
- Revaloriser le montant des primes multi sites, en particulier pour inciter davantage la mise en place d'équipes territoriales lorsque les praticiens sont déjà sur deux sites et perçoivent déjà à ce titre la prime multi sites de base.

- **Mettre en place une valorisation financière pour les postes dans les zones de faible densité médicale**

- Mettre en place une valorisation financière pouvant être conjoncturelle (prime, avancement accéléré..) pour les postes situés dans les déserts médicaux (géographiques et/ou de spécialités) ;
- Cette valorisation particulière doit toutefois s'intégrer dans une réflexion territoriale entre établissements de santé pour éviter les surenchères.

Rénover le régime des rémunérations

Constats

Le niveau de rémunération connaît de fortes disparités entre médecins exerçant à l'hôpital et médecins exerçant dans le secteur privé surtout en début de carrière, et suivant les spécialités, ce qui détourne de jeunes talents de l'hôpital public.

Egalement, la rémunération à l'hôpital est massivement fondée sur l'ancienneté sans valorisation de l'effort, qu'il s'agisse d'un investissement dans le développement d'activité, dans le renforcement de la qualité ou encore dans la participation à la vie institutionnelle.

Pour faire face aux besoins (postes vacants), les établissements hospitaliers ont été contraints parfois de revoir leurs attentes à la baisse en termes de qualité de recrutement et en dernier recours de se tourner vers le recrutement de remplaçants, le plus souvent par l'intermédiaire d'agences d'intérim. Le coût de ces recrutements, au regard des rémunérations légales devient difficilement supportable pour la collectivité publique (Cf. Rapport Véran).

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

Une conséquence directe de ce phénomène est la désaffection des praticiens hospitaliers pour les postes statutaires à l'hôpital public au profit de remplacements à des tarifs largement plus élevés, accentuant encore les difficultés des EPS.

Les postes vacants, le départ de PH vers le « mercenariat », accentuent encore le manque d'attractivité des établissements.

Proposition d'actions

L'impact des mesures ci-dessous sur la masse salariale doit être justement évalué au décours des réflexions à venir. Toutefois, si elles permettent un plus fort engagement et une diminution du recours à l'intérim, elles pourraient en partie s'auto financer.

- **Mieux informer les jeunes médecins sur les éléments complémentaires** de rémunération (protection sociale et retraite, assurance) et leur appréciation tout au long de la vie ;
- **Revaloriser la rémunération des PH, en particulier en début de carrière.** A minima, compenser le manque à gagner de l'année probatoire par une possibilité d'exercer une activité libérale ;
- Prévoir un tassement des grilles de salaires de PH afin de donner moins de poids à l'ancienneté et atteindre plus rapidement les niveaux de rémunération du libéral ;
- **Valoriser financièrement les postes considérés difficiles car en désert médical** à l'instar des postes de directeur d'hôpital et en fonction des spécialités les plus en crise ;
- **Revaloriser la rémunération des gardes et des astreintes** : lors du passage de CCU-AH ou AHU à PH, la rémunération de la garde est divisée par deux, aboutissant à une perte de salaire. C'est probablement une des rares professions où une promotion correspond à une perte de salaire pour un travail identique réalisé ;
- **Revaloriser la rémunération des remplaçants** (4^{ème} échelon + 10%) sur un barème plus attractif, afin de lutter contre l'intérim médical, et faire revenir des médecins à l'hôpital public, dans un cadre légal ;
- **Prévoir des indemnités pour les PH ayant des responsabilités spécifiques, ou des avancements accélérés** : chef de service/unité, responsabilités transversales...
- **Envisager qu'une partie de la rémunération soit variable.**

Ce dernier point est un sujet qui fait l'objet de nombreux débats tant conceptuels que dans la possibilité de mise en œuvre. Plusieurs pistes méritent d'être envisagées. Elles sont présentées schématiquement ci-dessous.

- **Faut-il privilégier certaines spécialités** pour lesquelles les contraintes de Permanence des soins ou les différentiels de rémunération avec d'autres statuts sont importants ou raisonner globalement ?
- **Une rémunération individuelle variable en fonction de l'activité ou d'objectifs** est-elle possible ? Elle posera inévitablement le problème des spécialités sans décompte précis de l'activité et entraînerait très certainement une « course à l'activité valorisée » au détriment d'autres activités éventuellement plus utiles. Elle ne pourrait pas prendre en compte les autres champs d'action des médecins, tels que la recherche, la participation à des actions de prévention, d'enseignement...
- **Une rémunération à la performance est-elle intéressante ?** Sur le principe certainement, encore faudrait-il bien définir la notion de performance avec des critères valables pour toutes les spécialités. S'agirait-il d'une performance individuelle ou collective ? Afin de renforcer le travail d'équipe et l'amélioration de la prise en charge des patients, elle devrait avoir dans tous les cas une part collective.
- **Une « prime individuelle d'intéressement » n'est-elle pas une piste à explorer ?** alors que la gestion du personnel médical tend, sur certains aspects, à se rapprocher de celle du personnel non médical n'est-il pas possible d'adapter le système de la prime de service des personnels non médicaux aux médecins sans tomber dans le travers de celle-ci trop basée sur l'ancienneté et pas assez sur les résultats ?

On pourrait rajouter que la quasi-totalité des entreprises ont aussi un système d'intéressement pour leurs salariés, de même que les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

Bien évidemment, les critères et modalités d'attribution méritent d'être discutés, de même que le montant global de la masse salariale pouvant être consacré à cette prime.

- Enfin, pour favoriser un décloisonnement ville hôpital par la même occasion, ouvrir la « **rémunération sur objectifs de santé publique** » prévue dans la convention des libéraux aux médecins hospitaliers, sur des indicateurs spécifiques ou non, est une piste à discuter avec l'Assurance Maladie.

Un bon système d'intéressement et d'incitation doit toutefois être adapté aux valeurs de l'hôpital public et à ses missions, et doit privilégier en premier lieu le fonctionnement collectif et l'atteinte de résultats qualitatifs.

Favoriser la qualité de vie au travail

Constats

L'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail (QVT) font partie des attentes légitimes des jeunes médecins (et moins jeunes) comme des autres professionnels à l'hôpital public.

L'accélération du turn-over des patients, les contraintes de sécurité, les pathologies lourdes, des effectifs tendus induisent des conditions de travail difficiles.

La Haute Autorité de Santé (HAS) est en train d'élaborer un référentiel dans le domaine de la QVT qui concernera tous les personnels y compris médicaux.

La DGAFP vient de lancer un chantier inter fonctions publiques sur ce sujet.

Toutes les structures publiques et entreprises privées mettent en place des politiques dans ce domaine.

Concernant l'hôpital, il est à souligner une relation très forte entre QVT et fonctionnement en équipe pluri professionnelle et qualité des soins.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

De très nombreux médecins sont demandeurs d'actions dans ce domaine. C'est un élément majeur d'attractivité et de fidélisation aujourd'hui. Cela peut être un élément de différenciation avec le secteur libéral et avec celui des cliniques privées.

La relation au travail à l'hôpital comme dans les autres secteurs d'activité a beaucoup évolué. Les politiques RH du personnel médical doivent en tenir compte.

Ce point est naturellement important tout au long d'une carrière.

Proposition d'actions

Beaucoup d'actions contribuent à l'amélioration des conditions de travail, et d'une façon plus globale à la QVT. Le champ est très vaste. Les propositions concernant le management ainsi que celles sur la gestion des carrières y contribuent. Concernant les internes, la charte citée dans ce document y contribue aussi. Il ne s'agit donc pas de dresser une liste exhaustive mais de mettre en place une politique de Gestion des Ressources Humaine pour le personnel médical qui prenne en compte cet objectif. On peut citer quelques éléments majeurs :

- **Améliorer les conditions matérielles d'exercice ;**
- **Ouverture du Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) aux médecins ;**
Actuellement le CGOS délivre des prestations au personnel non médical (loisirs, aides individuelles, complément de salaires en cas de congé maladie...) ;
Une réflexion est en cours sur les modalités d'extension du dispositif au corps médical.
- **Intégration du personnel médical dans la politique de prévention des risques et plus particulièrement des risques psycho-sociaux, renforcement de la représentation médicale au CHSCT, accès à la médecine du travail ;**
- **Prise en compte de la pénibilité ;**
- **Intégration des préoccupations concernant la QVT du PM dans le projet social de l'établissement et favoriser l'équilibre vie privée – vie professionnelle (en développant par exemple les services à la personne) ;**

Le contenu d'un projet social peut être plus ou moins important d'un établissement à l'autre (gestion prévisionnelle des emplois, santé au travail, compétences et qualifications, protection sociale, formation, organisation du travail, développement des potentialités, relations sociales...).

Dans le projet social est abordée l'organisation du travail au bénéfice des professionnels et de l'institution en veillant à la santé et la qualité de vie au travail. Il s'agit aussi de rechercher comment mieux concilier la vie professionnelle et la vie privée compte tenu des contraintes spécifiques des établissements publics de santé.

Plusieurs modalités sont envisageables: soit un projet spécifique personnel médical soit de préférence un projet social intégrant le personnel médical avec éventuellement des aspects spécifiques.

- **Se rapprocher des collectivités territoriales qui peuvent faciliter l'arrivée du médecin et de sa famille.**

Gérer les carrières et dynamiser les parcours professionnels

Constat

Actuellement, la gestion prévisionnelle des carrières médicales n'existe pas.

Aucune cartographie des besoins d'établissements ou des besoins régionaux n'existe.

Souvent l'analyse des situations professionnelles à l'hôpital public reposent sur les 2 axes verticaux de la spécialisation et la hiérarchie. Dans une vision horizontale, l'attractivité des carrières est le croisement entre aspiration personnelle et besoins de l'Hôpital tout au long d'une vie professionnelle.

Sans aucune visibilité sur les carrières hospitalières, un certain nombre de médecins s'engagent dans l'intérim médical. Le rapport Véran fait le point sur le recours à l'intérim médical en réponse aux difficultés structurelles rencontrées par l'hôpital public, et identifie un (parmi quatre) axe d'amélioration de l'attractivité médicale. Parmi les points mis en exergue dans cet axe, figure la personnalisation des parcours à travers une gestion prévisionnelle des emplois.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

Tout médecin a besoin d'avoir de la visibilité sur son avenir professionnel. Il doit pouvoir se « projeter » pour garder motivation et engagement.

L'absence d'informations sur les possibilités de son déroulé de carrière ne peut qu'entraîner désenchantement voire frustration. C'est un point majeur à prendre en compte pour les managers administratifs comme médicaux.

Une information et une prise en compte de la dimension hospitalo-universitaire devrait aussi développer l'attractivité.

Une plus grande préoccupation de l'intégration du médecin dans la vie hospitalière doit se manifester dès son recrutement. Elle doit se poursuivre tout au long de sa carrière et aussi couvrir « les aléas » d'une vie professionnelle.

La notion de couple est également importante à prendre en compte puisque plus de la moitié des jeunes médecins sont en couple avec un médecin. Cela ne veut pas dire que l'Hôpital Public devra embaucher le couple mais réfléchir aux possibilités de recrutement sur un territoire de santé.

Une véritable gestion des ressources humaines des médecins : potentialités, développement des talents doit se mettre en place. Elle s'inscrit dans une politique institutionnelle qui dépasse le cadre de la relation confraternelle ou de la relation au chef de service.

Propositions d'actions

1. Mise en place de journées d'intégration

Tous les nouveaux médecins visitent tous les services, rencontrent la CME et les chefs de pôle, la DG. Ils reçoivent une information complète sur la structure et l'environnement (présentation des chiffres clés de l'hôpital) et sont sensibilisés sur leur empreinte professionnelle quotidienne. Ils présentent leur projet professionnel à la communauté médicale et soignante.

2. Développement de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (établissement, régional, national)

Les directions des affaires médicales avec les commissions médicales d'établissement anticipent les besoins en personnel médical au sein d'une commission dédiée, à l'instar de ce qui se fait pour les postes d'internes.

3. Mentoring

Chaque médecin en formation est accompagné dans son projet professionnel personnel par une personne de confiance (sans conflit d'intérêt), dont l'activité est hors de son propre champ de compétences (pas de concurrence). Il peut s'agir d'un praticien d'un autre établissement ou d'une personnalité de la société civile qui agit dans l'intérêt général.

4. Mieux identifier et utiliser les talents managériaux

Dissocier la fonction du titre pour utiliser au mieux les compétences existantes indépendamment des aspects hiérarchiques, des titres et des statuts, former très tôt au management et à la gestion de projets et dans le cadre de formations conjointes avec les directions d'établissement et encadrement soignant.

5. Repérer les « hauts potentiels » pour les faire progresser et les faire contribuer en mode collectif (Talent management) ;

6. Planification et suivi individuel des carrières (« job planning ») : chaque médecin dispose d'une fiche de poste, avec des missions et objectifs clarifiés et des perspectives de moyens termes. Cela est revu, évalué et éventuellement ajusté périodiquement entre le médecin et son responsable (chef de pôle) ;

7. Favoriser la promotion de la dimension universitaire dans la formation et l'encadrement des jeunes praticiens en formation.

8. Création d'un réseau social d'entreprise (RSE) à l'échelle du métier (FHF).

Pour renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe, faciliter les échanges professionnels et personnels ainsi que l'accès à la documentation.

9. Créer un dispositif statutaire de reconversion professionnelle complémentaire de la mise en recherche d'affectation existant pour les personnels statutaires et qui pourrait s'apparenter aux dispositifs existants pour les personnels non médicaux (Congé de formation Professionnelle, Droit Individuel à la Formation et Validation des Acquis de l'Expérience).

Un médecin peut au cours de sa carrière souhaiter exercer une autre activité ou y être contraint pour des problèmes d'incapacités physiques ou mentales de poursuivre son activité professionnelle. Or actuellement aucun dispositif de reconversion n'existe.

Développer les capacités des managers médicaux

Constats

La mutation du management hospitalier a débuté en 2007 avec la nouvelle gouvernance hospitalière. Des campagnes budgétaires qui n'ont pas toujours couvert les augmentations mécaniques de charges ont entraîné une course aux volumes d'activité et à la diminution des coûts. Ces conséquences ont largement occupé la « vie institutionnelle » et le « dialogue de gestion » et ont conduit l'ensemble des professionnels de santé à s'interroger sur leurs missions. Ces derniers ont commencé à douter de leur capacité future à pouvoir assurer ces missions. Avec la préoccupation parallèle croissante pour la sécurité et la qualité des soins, notamment depuis la publication du rapport «TO ERR IS HUMAN », la place des médecins dans le système managérial est incontournable.

Pour autant, tant par les contenus techniques que par les savoir-faire et savoir-être, être manager ne s'improvise pas, notamment dans un environnement aussi complexe que l'hôpital public.

Impact sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins

Le contexte d'exercice parfois difficile, le sentiment de gaspillage, la lassitude des réformes non abouties, le poids de la hiérarchie, l'inertie de la structure, sont des facteurs de désengagement et de désenchantement pour les médecins.

Le manager médical par sa formation et son positionnement doit permettre d'équilibrer les différentes pressions d'enjeux qui s'expriment naturellement dans ce contexte complexe qu'est un établissement et les pôles d'activités médicales qui se sont mis en place.

Comme dans d'autres domaines (business, sport, etc.), le rôle des managers et au mieux des leaders d'une profession est crucial dans l'engagement des équipes et, lorsque nécessaire, dans la conduite du changement.

Propositions d'actions

- 1- Repositionner la fonction de management chez les médecins dès la formation initiale ;
- 2- Former les praticiens désireux d'occuper des positions de manager aux rôles clés de la fonction ;
- 3- Réconcilier contrainte économique et médecine par la notion de pertinence des soins ;
- 4- Evaluer les pratiques managériales (entretien annuel) ;
- 5- Renforcer la place des femmes dans les fonctions managériales ;
- 6- Limiter le « cumul des mandats » aboutissant à la stérilisation des idées novatrices ou originales, au manque de temps pour développer les projets, à la multiplication des liens d'intérêts et *in fine* à l'impossibilité pour les médecins de s'investir dans l'institution.

CONCLUSION

L'amélioration de l'attractivité de l'hôpital public et de la fidélisation de l'ensemble du corps médical est un enjeu majeur pour maintenir un service public de qualité et de proximité.

Il demande volonté des pouvoirs publics (DGOS et ARS) et engagement de tous les acteurs, CNG et établissements hospitaliers (directions, CME, chefs de pôle). Ce sont par des actions complémentaires et coordonnées que nous redonnerons confiance et fierté aux médecins de travailler à l'hôpital public.

Il faut actionner des leviers internes aux établissements, de nouvelles modalités de coopérations et faire évoluer certains aspects réglementaires.

Un certain nombre d'entreprises sont en train de développer ce qu'on appelle la « marque employeur », afin d'attirer, retenir les profils les plus recherchés et être compétitif sur le marché de l'emploi. Il s'agit de développer une stratégie dans divers domaines de ressources humaines et de communication interne pour attirer et fidéliser les talents et le faire savoir à l'extérieur.

Pourquoi pas une marque « employeur hôpital public » ?

ANNEXES

ANNEXE 1

—

Commission permanente sur l'attractivité médicale

- Henry COUDANE, doyen, professeur des universités, praticien Hospitalier (Animateur)
 - Bertrand MAS, praticien hospitalier (Animateur jusqu'à fin décembre 2013)
 - Philippe PAQUIS, président de CME, professeur des universités, praticien Hospitalier (Animateur)
 - Antoinette BERNABE-GELOT, praticien hospitalier (Animateur à compter de janvier 2014)
-
- Aline GILET-CAUBERE, déléguée FHF-Midi Pyrénées
 - Béatrice AUBRIOT-DELMAS, praticien hospitalier (conférence des présidents de CME de CHS)
 - Benjamin BIRENE, étudiant en médecine, ancien vice-président chargé des problématiques professionnelles (ANEMF)
 - David GOETBEGHEUR, praticien hospitalier (conférence des présidents de CME de CHU)
 - David PINEY, praticien hospitalier (conférence des présidents de CME de CH)
 - Delphine MAUCORT-BOULCH, maître de conférences des universités, praticien hospitalier
 - Emmanuel BAGOURD, interne en médecine, ancien président (ISNAR-IMG)
 - Emmanuel LOEB, interne en médecine, président (ISNI)
 - Florence DE ROHAN-CHABOT, assistante des hôpitaux, président ISNCCA)
 - Floriane RIVIERE, directrice des affaires médicales (Conférence des directeurs généraux de CHU)
 - Guy-Pierre MARTIN, directeur d'hôpital (conférence des directeurs de CH)
 - Jean-Christophe FAIVRE, chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux, ancien président (ISNI) actuel secrétaire général (ISNCCA)
 - Jean-Pascal BAUGE, praticien hospitalier (personnalité qualifiée)
 - Julien POIMBOEUF, interne en médecine, président (ISNAR-IMG)
 - May FIANI, interne en médecine, secrétaire générale (ISNAR-IMG)
 - Michel TSIMARATOS, professeur des universités, praticien hospitalier (conférence des présidents de CME de CHU)
 - Nicolas KOUTLIDIS, chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux trésorier puis vice-président ISNCCA)
 - Nicolas ROMAIN-SCELLE, Vice-président chargé des problématiques professionnelles (ANEMF)
 - Patricia DE BONNAY, déléguée FHF Haute-Normandie
 - Pierre CATOIRE, étudiant en médecine, ancien président (ANEMF)
 - Raphaël GAILLARD, professeur des universités, praticien hospitalier (personnalité qualifiée)
 - Sébastien AUDIGIE, interne en médecine, chargé de mission Statut de l'Interne (ISNAR-IMG)
 - Stéphanie HADDAD, interne en médecine, vice-présidente mission insertion professionnelle (ISNI)
 - Yann BUBIEN, directeur d'hôpital (conférence des directeurs généraux de CHU)
-
- Nadine BARBIER, responsable du pôle ressources humaines hospitalières, référent FHF
 - Christine BARA, conseiller médical, référente FHF
 - Maxime CAUTERMAN, conseiller médical, référent FHF

Annexe 2

—

Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics

PREAMBULE

Les stages hospitaliers des internes constituent la principale composante de la formation reçue au cours de leur 3^{ème} cycle d'études.

La mission dévolue aux établissements publics, Centres hospitaliers universitaires et Centres hospitaliers, d'accueil et d'accompagnement des internes lors de leurs stages, contribue pleinement au processus de formation médicale français. Il s'agit d'une responsabilité qui oblige vis à vis des générations de futurs médecins autant qu'une opportunité, celle de permettre aux praticiens de ces établissements de côtoyer régulièrement de jeunes collègues et de leur transmettre, au-delà de compétences purement médicales, les valeurs portées par l'hôpital public.

Les conditions dans lesquelles l'accueil et l'accompagnement des internes sont assurés dans les établissements hospitaliers constituent dès lors un marqueur de mobilisation de la communauté hospitalière publique. Ces conditions emportent aussi des enjeux majeurs, enjeu pédagogique pour la qualité de la formation pratique délivrée aux futurs praticiens issus de notre système de formation médicale, enjeu en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques mais enjeu également de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux.

Les établissements publics, seuls ou au sein de dynamiques régionales, ont commencé à s'engager dans des démarches d'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement des internes au cours de leurs stages. Au-delà de ces initiatives, dont la qualité et la portée peuvent être significatives, il est important que l'ensemble de la communauté hospitalière publique témoigne d'une ambition collective en la matière, définisse un certain nombre d'objectifs qu'elle souhaite atteindre et se mette en situation de partager les bonnes pratiques, en association étroite avec les représentants des internes comme avec les facultés, eu égard aux responsabilités pédagogiques qui leur incombent.

C'est l'objet de cette « Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics » que de définir les objectifs qui permettront d'atteindre cette ambition. Elle est structurée autour de huit thématiques complémentaires :

- L'accueil dans l'établissement
- L'information à la prise de fonction
- L'intégration dans le service d'affectation
- La formation reçue au long des stages
- Les conditions de travail
- La gestion des temps professionnels
- L'implication des internes dans leurs stages
- Le dialogue social avec les internes

La mise en œuvre de cette charte, portée par le directeur, le président de la CME, le doyen et les représentants des internes s'inscrit dans le respect des dispositions statutaires, réglementaires et pédagogiques concernant les internes, leurs droits, leurs devoirs, leur formation et leur activité à l'hôpital.

I - L'ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- **L'accueil des internes au sein de l'hôpital dans lequel ils sont affectés** constitue la première condition, indispensable, d'un stage réussi. Il doit leur permettre, au-delà du geste symbolique de bienvenue fait en leur direction par les responsables de l'établissement, de découvrir et de comprendre l'hôpital dans lequel ils effectueront leur stage.

⇒ Une journée d'accueil institutionnelle est organisée par la direction et la présidence de CME, à l'attention de l'ensemble des internes effectuant leur 1^{er} stage dans l'établissement¹. Les doyens ainsi que les représentants des internes y sont invités.

Cette journée a vocation à présenter l'hôpital, son organisation, le projet d'établissement et le projet médical, les droits et devoirs des internes ainsi que les principales modalités de fonctionnement pratiques (organisation de la gestion des ressources humaines des internes, rôle de la CME, accès aux prestations, modalités d'organisation et de participation à la permanence de soins, organisations représentatives des internes,...) permettant aux internes de disposer des repères nécessaires pour un bon déroulement de leur stage.

L'ensemble des thématiques constitutives de la présente Charte est abordé lors de cette journée d'accueil, présentées ou mises en perspective lorsqu'elles seront traitées à d'autres moments.

La réunion est programmée au plus tard dans le 1^{er} mois du 1^{er} stage réalisé dans l'établissement.

Des supports d'information (incluant notamment les organigrammes et répertoires utiles) sont remis aux internes dans ce cadre. La remise de documents dématérialisés, ou l'accès à des bases de données informatiques, sont privilégiés.

Les services hospitaliers s'organisent pour permettre la participation des internes à cette journée d'accueil.

Cette journée d'accueil ne se substitue pas au temps d'accueil réalisé par les facultés en présence des coordonnateurs de spécialités, présentant en particulier les conditions de réalisation et de validation des enseignements et des stages dans le cadre des DES / DESC.

- Une attention particulière est apportée aux **conditions dans lesquelles les internes se voient remettre leurs équipements personnalisés** (blouses, badges, codes d'accès individuels,...) afin que le processus soit rationalisé, compact et limite les démarches à effectuer. La recherche d'une procédure de remise en un lieu unique le 1^{er} jour de l'internat est privilégiée et à la charge de l'établissement
L'objectif est de permettre aux internes d'être opérationnels le plus tôt possible dans leur stage.

¹ Le séminaire d'accueil semestriel peut, le cas échéant, être fait annuellement en accord avec la structure représentative des internes, s'il y a peu de mouvement d'internes.

II - L'INFORMATION A LA PRISE DE FONCTION

- Afin que les internes puissent réaliser leur stage de manière la plus autonome et éclairée possible, diverses informations institutionnelles portant sur des politiques ou procédures spécifiques leur sont délivrées.
 - ⇒ Ces informations concernent en particulier :
 - La politique qualité et la sécurité des soins de l'établissement
 - Les principaux logiciels utilisés dans l'établissement (dossier médical, prescriptions d'actes, commandes, codage PMSI,...)
 - Les vigilances, les procédures de gestion des risques associées ainsi que les procédures de déclaration des événements indésirables graves
 - Les politiques de bon usage des prescriptions et le circuit du médicament
 - Les modalités de représentation et de participation des usagers au sein de l'établissement ainsi les conditions de traitement des réclamations et plaintes
 - La prévention des risques d'accidents ou de maladies professionnelles
 - Les protocoles internes de conduite à tenir en cas d'urgence vitale

Ces informations sont délivrées aux internes dans le 1^{er} mois du 1^{er} stage réalisé dans l'établissement, soit dans le cadre de la journée d'accueil, soit le cas échéant lors de temps spécifiques.

III - L'INTEGRATION DANS LE SERVICE D'AFFECTATION

- L'organisation d'un temps institutionnel ne saurait suffire à accueillir les internes dans de bonnes conditions. Leur accueil et intégration dans la structure où ils sont affectés sont également très importants. C'est avant tout au sein de cet environnement de proximité qu'ils réaliseront leur stage et seront appelés à évoluer. Il est donc essentiel qu'ils s'y sentent à l'aise et attendus.
 - ⇒ **Un accueil, organisé par le responsable de service, est prévu** afin de présenter l'organisation des structures (unités, services, cliniques, pôle), les organigrammes médical et paramédical, le projet de service, les modalités organisationnelles, les procédures de fonctionnement médicales, les temps de coordination entre professionnels, et d'une manière générale, tout ce qui présente une spécificité médicale ou technique particulière par rapport aux informations reçues dans le cadre de l'information générale à la prise de fonction.
Cet accueil de proximité est organisé au cours de la 1^{ère} semaine de chaque stage.

IV - LA FORMATION AU LONG DES STAGES

- L'architecture, le contenu et l'évaluation de la dimension pédagogique des stages de formation réalisés par les internes dans les établissements hospitaliers relèvent de cadres nationaux et de prérogatives légales et réglementaires dévolues aux Unités de Formation et de Recherche. Le rôle reconnu dans ce cadre aux coordonnateurs universitaires de spécialités est essentiel.
- L'accueil reçu par les internes, les compétences transmises, les échanges avec les équipes médicales et paramédicales, l'évaluation et l'accompagnement dont ils bénéficient tout au long de leurs stages contribuent néanmoins de manière très importante à la qualité formative de leur expérience hospitalière et au final à la plus-value pédagogique reçue.
La **formalisation**, dans le cadre d'un livret de stage, **des objectifs du stage hospitalier, des missions confiées à l'interne et de la participation à la permanence de soins** doit fortement contribuer à la mise en valeur et à l'amélioration continue de la formation reçue dans l'établissement, en conformité avec le projet pédagogique défini par la commission de subdivision
- Il est également important qu'un accompagnement personnalisé puisse être apporté à des internes qui rencontreraient des difficultés particulières au cours de leur stage.

L'identification au sein de la CME d'un référent médical en charge des relations avec les internes pourra faciliter entre autre l'accompagnement des situations spécifiques en lien avec la direction de l'hôpital. Les directeurs d'UFR seront saisis de toute difficulté le justifiant.

⇒ Les acteurs hospitaliers sont conscients de cette responsabilité qui est affirmée et reconnue par la présente Charte.

V - LES CONDITIONS DE TRAVAIL

- **Les conditions de travail des internes constituent un autre facteur important de reconnaissance et d'attractivité.** L'attention qui y est apportée concerne différents aspects de l'exercice professionnel :
 - Les espaces de travail au sein des services d'affectation, ou dans la meilleure proximité possible, permettant aux internes de travailler dans de bonnes conditions (consultation de dossiers, accès à des moyens informatiques et de communication,...)
 - L'accès aux chambres de gardes au sein des services où la garde est réalisée, ou dans une proximité compatible avec la permanence de soins à assurer, répondant à des standards normaux de confort (équipement, état, entretien)
 - La prestation de restauration délivrée à l'internat ou sous forme de collation dans le cadre de la participation aux gardes qui doit être quantitativement suffisante et qualitativement satisfaisante
 - L'espace dédié que constitue l'internat qui permet aux internes de se retrouver.
- **Les internes sont associés aux démarches susceptibles d'améliorer ou d'impacter leurs conditions de travail** dans les différentes dimensions décrites ci-dessus (réorganisation ou rénovation des chambres de garde ou de l'internat par exemple). A ce titre, la formalisation de convention pour la gestion de l'internat avec les structures représentatives des internes est encouragée.
- Afin de faciliter par ailleurs la conciliation de la vie familiale avec la vie professionnelle, et en raison de la féminisation croissante du corps médical, les mêmes conditions d'accès aux crèches de l'établissement sont proposées aux internes qu'aux autres professionnels de l'établissement.

Une information adaptée leur est délivrée pour cela.

VI - LA GESTION DES TEMPS PROFESSIONNELS

- Les obligations légales et réglementaires concernant le temps de travail des internes doivent être respectées dans le cadre de l'organisation et de l'accomplissement de leurs activités hospitalières.
- Cela porte sur leurs obligations de service hebdomadaires, sur la participation à la permanence de soins, et sur le respect du repos de sécurité, y compris en cas de participation à de la permanence des soins hors de l'établissement.
- Les sujétions, imposées aux internes dans le cadre de leur participation à la permanence des soins, s'inscrivent dans le respect du plan général des gardes et astreintes de l'établissement, dont la COPS, à laquelle participent les représentants des internes (action 7 du programme national), est garante.

VII - L'IMPLICATION DES INTERNES DANS LEURS STAGES

- Les dispositions de la présente Charte témoignent d'une ambition d'amélioration régulière de l'accueil et de la formation reçus par les internes dans le cadre de leurs stages hospitaliers. Leur mise en œuvre doit s'accompagner de l'implication et d'engagements spécifiques des internes eux-mêmes, acteurs de l'amélioration continue des pratiques.
- Dans ce cadre, que les internes s'engagent notamment à :
 - o participer de manière active à leur formation
 - o respecter les obligations professionnelles et déontologiques liées à l'exercice médical public
 - o respecter le règlement intérieur de l'établissement
 - o participer aux temps d'accueil et d'intégration organisés à leur intention
 - o participer à la vie collective et aux instances de l'établissement au sein desquelles ils sont représentés (CME, COPS, autres commissions ou groupes ad-hoc)
 - o réaliser leurs obligations de service
 - o respecter le matériel, les équipements et les locaux, d'exercice professionnel, de repos ou de détente, mis à leur disposition
 - o participer à la permanence de soins au sein de l'établissement
 - o solliciter de leurs responsables médicaux et administratifs l'autorisation de participer à la permanence des soins hors établissement.

VIII - LE DIALOGUE SOCIAL AVEC LES INTERNES

- La représentation des internes au sein des instances de l'établissement et l'organisation d'un dialogue social de qualité avec leurs représentants sont importantes.
- Les internes participent aux travaux de la CME, selon les conditions prévues par les textes notamment concernant leur nomination. Cela leur permet d'être informés sur la vie de l'établissement, sur les enjeux à relever et sur la manière dont la communauté médicale se mobilise pour y contribuer.
- Leur participation aux travaux de la COPS permet aux internes d'aborder en particulier les problématiques liées à leur participation à la permanence de soins, dans comme hors de l'établissement le cas échéant, au respect du repos de sécurité, et d'une manière générale aux questions relatives à leur temps de travail.
- Le dialogue social est facilitée par l'organisation de temps d'échanges réguliers, au minimum une fois par semestre, entre des représentants des internes, de la CME et de la Direction générale.

Ces rencontres, dans un cadre plus ou moins formalisé, au sein d'une instance locale ad hoc le cas échéant, permettent d'organiser le dialogue social, autour des problématiques qui concernent spécifiquement les internes dans l'établissement et qu'il peut être difficile d'aborder dans le cadre des réunions des autres instances.

IX. EVALUATION

- La Fédération hospitalière de France, soucieuse de promouvoir la signature et la mise en œuvre de la présente Charte par le plus grand nombre possible d'établissements, confiera à sa commission permanente sur l'attractivité médicale, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif.
- Les associations représentatives des internes pourront réaliser pour ce qui les concerne leurs propres évaluations, selon la fréquence et les modalités qui leur agréeront.
- Cela permettra d'assurer un suivi dans la durée du respect de la Charte et de l'amélioration des pratiques.

Annexe 3

—

Tableau comparatif des statuts post-internat

—

avril 2014

Tableau comparatif statuts post internat avril 2014

	CCU-AH / AHU	CCU-MG	CCU-AH régionaux	ASH Initiative nationale temps plein / partagé	PHC	PA	Médaille d'or
Qui finance ?	CHU/UFR	UFR+/- ARS/CPAM si contrat de collaboration	CHU/CH	ARS en totalité ou en partie CHU/CH	EPS		CHU
			UFR				
Qui décide ?		UFR	CHU/CH	ARS/CHU/CH	EPS/ARS	EPS	
			UFR				
Recrutement	par Directeur EPS et UFR sur proposition interne après consultation CME et Conseil UFR		Directeur EPS et UFR sur proposition interne après consultation CME et Conseil UFR	par Directeur EPS sur proposition responsable de structure interne après accord Président CME et Directeur ARS		par Directeur EPS sur proposition responsable de structure interne après accord Président CME	Participation au choix par ordre de classement
Conditions de diplômes	3 ans suivant la fin de l'internat						
Lieu d'exercice : CHU / Hôpitaux périphériques	CHU	Ambulatoire, Collaborateur libéral ou libéral hors collaboration ou salarié en centre de santé	CHU/CH		EPS/ARS	EPS	CHU
Nomination ou contrat	Nomination			Contrat			
	Agent non titulaire de l'état						
Durée initiale des fonctions	2 ans		1 an ou 2 ans	6 mois à 3 ans	1 an maximum renouvelable	1 an	
	renouvelable 2 fois 1 an 8 ans maximum		6 ans maximum	puis CDI	A l'issue de cette période de 24 mois, contrat de 3 ans renouvelable puis CDI		
	2 ans de fonction effective pour avoir le titre d'ancien CCU-AH	2 ans de fonction effective pour avoir le titre d'ancien CCU-M	2 ans de fonction effective pour avoir le titre d'ancien CCU-AH				
Ancienneté prise en compte pour le recrutement comme Praticien Hospitalier	OUI						
Surnombre pour congés maternité (sur demande de l'intéressée)	OUI						
(même disposition théoriquement pour les congés paternité, d'adoption et maladie)							
Accès au secteur 2 et modalités	OUI après 2 ans de fonctions effectives (obtention du titre d'Ancien CCU-AH ou AHU)	OUI après 2 ans de fonctions effectives (obtention du titre d'Ancien CCU)	OUI après 2 ans de fonctions effectives (obtention du titre d'Ancien CCU-AH ou AHU)	OUI après 2 ans de fonctions effectives (obtention du titre d'Ancien Assitant des Hôpitaux)			

Tableau comparatif statuts post internat avril 2014

		CCU-AH / AHU	CCU-MG	CCU-AH régionaux	ASH Initiative nationale temps plein / partagé	PHC	PA	Médaille d'or
1) EMOLUMENTS								
a) Emoluments hospitaliers								
Salaire annuel (brut)	1 ^{er} echelon					48 978	30 084	25348 (équivalence rémunération interne 4 ^{ème} année)
	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	17 550		17 550	31 644			
	2 ^{ème} echelon					49 809	31 644	
	3 ^{ème} et 4 ^{ème} année	20 437		20 437	34 449			
	5 ^{ème} et 6 ^{ème} année				38 928	50 973	34 449	
Indemnité de service public exclusif (mensuel) (brut)		487		487			oui (attaché temps plein) 487	
Indemnité d'activité sectorielle et de liaison (brut) Pour les psychiatres exclusivement		415		415				
Prime d'engagement à exercer à temps plein (brut)	Pour 2 ans				5 329			
	Pour 4 ans				10 658			
Indemnité multi-sites (brut)					416		416	
Activité libérale possible		OUI		OUI		NON		
Indemnité de sujétion particulière								371
b) Emoluments universitaires								
Salaire annuel (brut)	1 ^{er} echelon		16 714					
	2 ^{ème} echelon		19 464					
c) Permanence des soins								
Gardes (brut) / ISJ		473		473		264		130
forfait Astreinte opérationnelle (brut)		42				42		
Forfait Astreinte de sécurité (brut)		30				30		
Rémunération des déplacements : demi-garde pour les HU ou demi ISJ pour les hospitaliers (par plage de 05 heures cumulées en déplacement)		236,5		236,5	132			59
Rémunération des déplacements en TTA pour les hospitaliers (par plage de 05 heures cumulées en déplacement)					236,5	132		

Tableau comparatif statuts post internat avril 2014

	CCU-AH / AHU	CCU-MG	CCU-AH régionaux	ASH Initiative nationale temps plein / partagé	PHC	PA	Médaille d'or
2) TEMPS DE TRAVAIL							
Congés annuels (nombre de jours)	30 le samedi est décompté comme jour ouvrable. Maximum 24 jours consécutifs.				25		30
RTT (nombre de jours)					19		
Congés formation (nombre de jours)	DPC obligatoire mais durée de congés non prévue dans les statuts			15		8	
Congés sans solde (nombre de jours) pour assurer des remplacements	30 puis 45						
Exercice des fonctions temps plein / temps partagé (répartition)		50/50 UFR et libéral	50/50 CHU et CH	Si partagé, 80/20 entre CHU et CH puis 50/50			
Exercice des fonctions temps plein / temps partiel	Temps plein			Temps plein / Temps partiel possible après 2 ans		Temps plein/partiel	Temps plein
Service hebdomadaire (demi-journée)	11				10		11
Dont nombre de demi-journées universitaires	Rien ne définit dans les textes la répartition du temps entre les fonctions universitaires et hospitalières	6 à 7	Rien ne définit dans les textes la répartition du temps entre les fonctions universitaires et hospitalières	0 peuvent être nommés chargé d'enseignement			
Repos quotidien / de sécurité	OUI						
Durée du travail	48 heures hebdomadaires						
Temps de travail additionnel					OUI		
Eligible au DPC (jours ouvrables)	Oui obligatoire mais durée de congés non prévue par le statut			15	Temps plein : 8 Temps plein avec nécessité de service ou fonction temporaire : 5 Temps partiel : 5	10 vacances /semaine : 8 6 vacances/semaine : 6 3 vacances/semaine : 2 Cumulable sur 2 ans	
CET					OUI		

Tableau comparatif statuts post internat avril 2014

	CCU-AH / AHU	CCU-MG	CCU-AH régionaux	ASH Initiative nationale temps plein / partagé	PHC	PA	Médaille d'or
3) PROTECTION SOCIALE							
Congés maternité (nombre de jours)	Congés légal prévu par le régime général de la sécurité social		Congés légal prévu par le régime général de la sécurité social Grossesse simple : 16 semaines : 6 semaines prénatales et 10 semaines postnatales Grossesse gémellaire : 34 semaines : 12 semaines prénatales et 22 semaines postnatales Grossesse triple ou plus : 46 semaines : 24 semaines prénatales et 22 semaines postnatales Grossesse simple à partir du troisième enfant : 8 semaines prénatales et 18 postnatales				
Congés paternité (nombre de jours)	Congés légal prévu par le régime général de la sécurité social : 11 jours en cas de naissance simple, 18 jours en cas de naissance multiples. Ce congé peut être reporté dans un délai de 4 mois après la naissance. L'employeur doit être prévenu 1 mois avant la naissance. Les congés paternité s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés accordés par l'employeur pour la naissance d'un enfant.						
Congés d'adoption (nombre de jours)	Congés légal prévu par le régime général de la sécurité social : La durée varie selon le nombre d'enfants adoptés et le nombre d'enfant à charge et selon qu'il est partagé ou non entre les parents adoptifs. Adoption d'un enfant avec 1 ou 2 enfants à charge après l'adoption : 10 semaines Adoption d'un enfant avec 3 enfants à charge ou plus après l'adoption : 18 semaines Adoption de 2 enfants ou plus : 22 semaines Lorsqu'il est partagé entre les deux parents, la durée du congé d'adoption est augmentée de 11 jours pour l'adoption d'un enfant et de 18 jours pour l'adoption de 2 enfants ou plus. Il débute soit le jour de l'arrivée du ou des enfants dans le foyer soit dans les 7 jours précédents et peut être pris de manière séquentielle ou concomitante par les parents.						
Congés de maladie ordinaire	2/3 pendant 3 mois puis 1/2 pendant 6 mois			100% pendant 3 mois puis 50% pendant 6 mois			
Congés de longue maladie	2/3 pendant 6 mois puis 1/3 pendant 24 mois			100% pendant un an puis 50% pendant 2 ans.		2/3 pendant 18 mois puis 1/2 pendant 18 mois	
Congés de longue durée	2/3 pendant 18 mois			2/3 rémunération pendant 5 ans		2/3 pendant 12 mois puis 1/2 pendant 24 mois	
Maladie professionnelle / accident du travail	100% pendant 12 mois puis 2/3 pendant 24 mois			100 % pendant 2 ans		100% pendant 12 mois puis 2/3 pendant 24 mois	
Capitaux versés en cas de décès				CET			
Congés parental				3 ans non rémunéré 1 an en cas d'un enfant âgé de plus de 3 ans			
Autorisations spéciales d'absence							
Mariage / PACS	5 jours						
Mariage d'un enfant	1 jour						
Naissance ou adoption	3 jours						
Décès ou maladie grave du conjoint, père, mère, enfant	3 jours						
Congés de solidarité familiale / aide à la fin de vie				3 mois renouvelable une fois Temps partiel possible. Non rémunéré Versement d'une indemnité (57 euros par jour)			
Conges de presence parentale				310 jours ouvrés sur 36 mois maximum sur présentation d'un certificat médical. Fractionnable en jours entiers. Non rémunéré par l'établissement			
Enfant victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap grave							
	Décret 84-135 du 24/02/84	Décret 2008-744 du 28/07/2008	Expérimentation	R 6152-501 et s. Décret 87-788 Décret 2009-24 circ.DHOS/RH/2009/26	R6152-402 et s.	R6152-601	R6153-CSP
Pour le salaire	Arrêté du 12 juillet 2010 relatif aux émoluments, remunerations ou indemnités... Arrêté du 26 août 2010 relatif à la remuneration universitaire... Arrêté du 12 juillet 2010 relatif à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique						

Annexe 4

—

Éléments statistiques

Source : CNG rapport d'activité 2012

Occupation statutaire des postes de PH par région au 01/01/2013

Praticiens hospitaliers temps plein

Après plusieurs années de progression, le taux de vacance des postes de PH temps plein amorce, pour la première fois, une légère baisse en passant de 24,2% en 2012 à 23,7% en 2013 (-0,5 point), et ce, malgré l'augmentation des postes budgétés : 47 014 en 2012, contre 48 519 en 2013 (+3,2%).

	PH Temps plein				PH Temps partiel		
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire ^(*)	Variation du taux entre 2012 et 2013	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire
Alsace	1 469	1 185	19,3%	-0,2	119	65	45,4%
Aquitaine	2 065	1 655	19,9%	0,2	255	153	40,0%
Auvergne	1 070	764	28,6%	-0,8	196	105	46,4%
Basse-Normandie	1 350	882	34,7%	1,9	250	98	60,8%
Bourgogne	1 331	978	26,5%	-0,4	281	127	54,8%
Bretagne	2 480	1 986	19,9%	-1,1	286	165	42,3%
Centre	2 051	1 489	27,4%	0,2	272	137	49,6%
Champagne-Ardenne	1 114	812	27,1%	0,1	217	122	43,8%
Corse	252	202	19,8%	0,6	38	18	52,6%
Franche-Comté	1 064	780	26,7%	-0,2	188	118	37,2%
Haute-Normandie	1 322	970	26,6%	0,2	214	107	50,0%
Île-de-France	8 208	6 668	18,8%	-1,9	2 086	1 472	29,4%
Languedoc-Roussillon	1 721	1 405	18,4%	-1,4	288	156	45,8%
Limousin	743	537	27,7%	0,8	130	67	48,5%
Lorraine	1 705	1 256	26,3%	0,4	302	154	49,0%
Midi-Pyrénées	1 927	1 503	22,0%	-0,6	330	212	35,8%
Nord-Pas-de-Calais	3 212	2 347	26,9%	0,3	574	318	44,6%
Pays de la Loire	2 488	1 853	25,5%	1,1	414	161	61,1%
Picardie	1 756	1 219	30,6%	-0,5	324	168	48,1%
Poitou-Charentes	1 560	1 205	22,8%	-2,1	175	98	44,0%
PACA	3 204	2 650	17,3%	0,1	652	463	29,0%
Rhône-Alpes	4 662	3 472	25,5%	-0,9	890	531	40,3%
France métropole	46 754	35 818	23,4%	-0,5	8 481	5 015	40,9%
Guadeloupe	394	250	36,5%	0,4	48	20	58,3%
Guyane	190	104	45,3%	2,3	13	4	69,2%
Martinique	461	308	33,2%	1,8	56	24	57,1%
Mayotte	122	68	44,3%	2,9	2	0	100,0%
Réunion	598	476	20,4%	-0,7	51	33	35,3%
DOM et Coll. Territ.	1 765	1 206	31,7%	0,8	170	81	52,4%
France entière	48 519	37 024	23,7%	-0,5	8 651	5 096	41,1%

() Taux de vacance statutaire : ces données, à utiliser avec précaution, sont une photographie à un moment donné : le nombre de postes vacants variant de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel.*

Cette diminution du taux de vacance résulte de la progression relativement plus importante des postes statutairement occupés par des praticiens hospitaliers titulaires ou en période probatoire (+3,8%) par rapport à celle des postes budgétés (+3,2%). 12 régions enregistrent une baisse du taux de vacance statutaire, allant de -0,2 point en Alsace à -2,1 points en Poitou-Charentes. Cette progression a pour effet de réduire légèrement le nombre de régions dont le taux de vacance statutaire est supérieur à la moyenne nationale (17 régions en 2013, contre 18 régions en 2012). La Basse-Normandie (34,7%) rejoint ainsi les DOM-COM (à l'exception de la Réunion) qui se démarquent par des taux de vacance statutaire très supérieurs à la moyenne nationale (23,7%).

Praticiens hospitaliers temps partiel

Le taux de vacance statutaire des PH temps partiel poursuit, quant à lui, sa progression en passant de 39,5% en 2012 à 41,1% en 2013 (+1,6 point). Le nombre de régions qui se situe au-delà du taux national de vacance statutaire (41,1%) reste stable (20 régions).

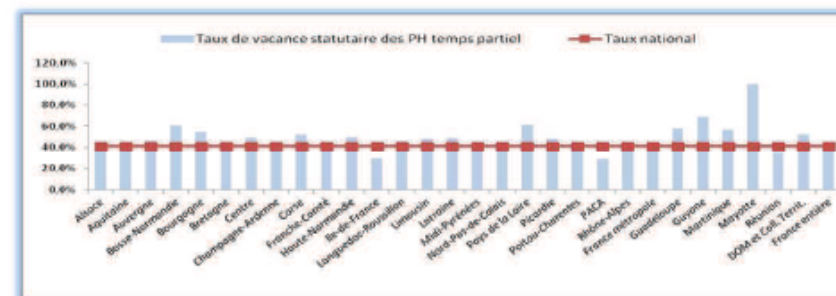
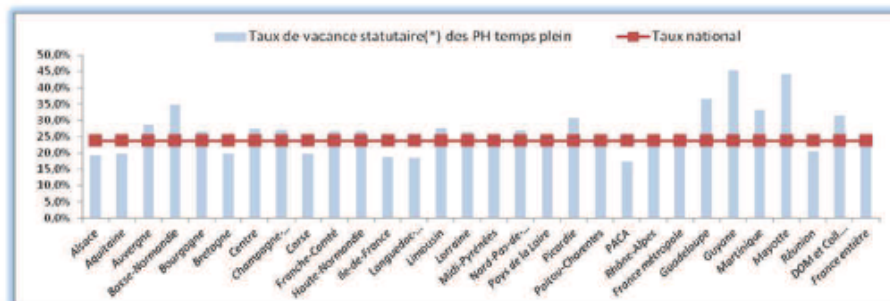


Tableau des emplois médicaux par discipline (SIGMED au 1er janvier 2013)

Praticiens hospitaliers temps plein

Le tableau des emplois par discipline affiche une baisse du taux de vacance statutaire des PH temps plein dans toutes les disciplines, à l'exception de la chirurgie qui enregistre une légère progression (+0,4 point).

Praticiens hospitaliers temps partiel

Le taux de vacance statutaire a progressé dans toutes les disciplines, à l'exception de la pharmacie qui connaît une baisse de son taux de vacance de 0,6 point.

Discipline	PH temps plein				PH temps partiel			
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire(*)	Variation du taux entre 2012 et 2013	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire(*)	Variation du taux entre 2012 et 2013
Biologie	2 108	1 788	18,2%	-0,9	214	132	38,3%	0,3
Chirurgie	6 162	4 649	24,6%	0,4	1 410	942	33,2%	1,2
Médecine	29 484	22 461	23,8%	-0,5	4 699	2 719	42,1%	2,1
Odontologie	101	82	18,8%	-2,8	140	83	40,7%	3,6
Pharmacie	2 186	1 982	9,3%	-1,5	400	218	45,5%	-0,6
Psychiatrie	6 369	4 728	25,8%	-0,2	1 233	715	42,0%	0,8
Radiologie et Imagerie médicale	2 109	1 334	36,7%	-0,5	555	287	48,3%	2,4
Total	48 519	37 024	23,7%	-0,5	8 651	5 096	41,1%	1,6

La radiologie-imagerie médicale reste la discipline qui affiche le taux de vacance statutaire le plus élevé chez les PH temps plein (36,7%), et ce, malgré la baisse globale enregistrée de -0,5 point. Elle devient également la discipline qui connaît le plus fort taux de vacance statutaire chez les PH temps partiel, avec 48,3%.

Quelle que soit la discipline, le taux de vacance statutaire reste toujours plus élevé pour les PH temps partiel que pour les PH temps plein.

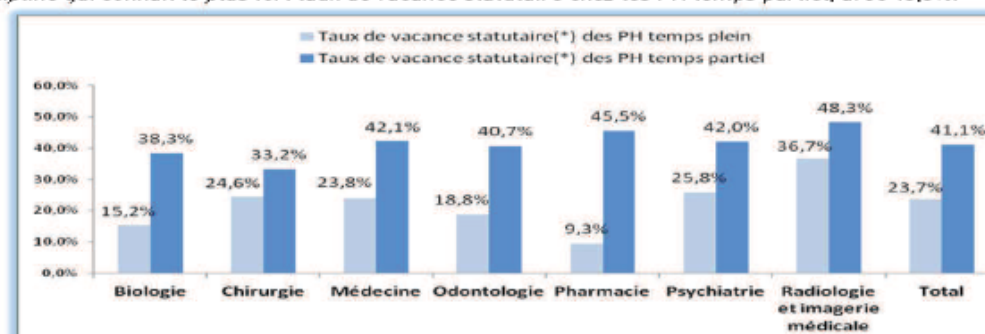


Tableau des emplois médicaux par spécialités (SIGMED au 1er janvier 2013)

Le tableau des emplois par spécialité montre que contrairement à la majorité des spécialités médicales, les taux de vacance de PH temps plein ont, comme l'anesthésie-réanimation (+0,9 point), progressé dans six spécialités. Il s'agit de la gastro-entérologie et hépatologie (+0,8 point), la médecine physique et de réadaptation (+1,7 point), l'oncologie médicale (+1,3 point), l'oncologie radiothérapique (+0,2 point), la réanimation médicale (+0,3 point) et la santé publique (+0,5 point). En revanche, les taux de vacance statutaire de cinq des quatorze spécialités chirurgicales ont baissé. Il s'agit de la chirurgie infantile (-0,3 point), la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (-0,1 point), la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (-0,8 point), la chirurgie urologique (-0,1 point) et la gynécologie et obstétrique (-0,3 point).

Praticiens hospitaliers temps plein :

Le nombre de spécialités dépassant 30% de vacance statutaire se réduit, en passant de 7 spécialités en 2012 à 6 spécialités en 2013. Il s'agit, comme en 2012, de la radiologie (38,5% en 2013, contre 38,7% en 2012), la médecine légale (37,0% en 2013, contre 42,7% en 2012), l'oncologie médicale (39,9% en 2013, contre 38,6% en 2012), la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (33,9% en 2013, contre 34,0% en 2012), la chirurgie urologique (33,1% en 2013, contre 33,2% en 2012) et l'oncologie radiothérapique (32,4% en 2013, contre 32,2% en 2012). Seule la médecine du travail (29,6%) passe en dessous du seuil de 30% de vacance statutaire avec une baisse notable de son taux de vacance de postes statutaires (-4,2 points).

Praticiens hospitaliers temps partiel

Le faible effectif des PH temps partiel dans la plupart des spécialités, rend difficile l'interprétation des taux relativement très élevés de vacance de postes statutaires enregistrés. On retiendra simplement que plus de la moitié des postes autorisés en anesthésie -réanimation, en gériatrie et en santé publique sont statutairement vacants. Le taux de vacance en radiologie -imagerie s'amplifie sensiblement en passant de 45,9% en 2012 à 47,8% en 2013, spécialité qui connaît, comme les années précédentes, des difficultés de recrutement, quel que soit le statut.

Tableau des emplois médicaux par spécialités (SIGMED au 1er janvier 2013)

Spécialités	Spécialités	PH Tps plein				PH Tps partiels		
		Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire ⁽¹⁾	Variation du taux entre 2012 et 2013	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire ⁽¹⁾
Biologie	Biologie	2 108	1 798	15,2%	-0,9	214	132	38,3%
Chirurgie	chirurgie générale	396	304	23,2%	0,2	24	15	37,5%
	chirurgie infantile	180	152	15,6%	-0,3	21	15	28,6%
	chirurgie maxillo-faciale	67	48	28,4%	4,5	25	16	36,0%
	chirurgie orthopédique et traumatologique	1 101	822	25,3%	0,2	78	51	34,6%
	chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	62	41	33,9%	-0,1	28	24	14,3%
	chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	179	141	21,2%	-0,8	16	14	12,5%
	chirurgie urologique	344	230	33,1%	-0,1	58	31	46,6%
	chirurgie vasculaire	162	116	28,4%	1,3	28	17	39,3%
	chirurgie viscérale et digestive	824	636	22,8%	0,0	67	42	37,3%
	gynécologie et obstétrique	1 871	1 430	23,6%	-0,3	399	233	41,6%
	neurochirurgie	168	127	24,4%	3,8	3	2	33,3%
	ophtalmologie	364	258	29,1%	0,8	253	177	30,0%
	oto-rhino-laryngologie	406	311	23,4%	2,9	313	238	24,0%
	stomatologie	38	33	13,2%	0,0	97	67	30,9%
	Ensemble chirurgie	6 162	4 649	24,6%	0,4	1 410	942	33,2%

Suite du Tableau des emplois médicaux par spécialités (SIGMED au 1er janvier 2013)

Spécialités	Spécialités	PH Tps plein				PH Tps partiels		
		Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire ⁽¹⁾	Variation du taux entre 2012 et 2013	Nb de postes budgétés	Nb de postes occupés	Taux de vacance statutaire ⁽¹⁾
Médecine	anatomie et cytologie pathologiques	353	290	17,8%	-0,6	95	64	24,7%
	anesthésie-réanimation	5 748	4 162	27,6%	0,9	308	137	55,5%
	cardiologie et maladies vasculaires	1 544	1 125	27,1%	-1,2	403	262	35,0%
	dermatologie et vénéréologie	187	161	13,9%	-7,6	80	60	25,0%
	endocrinologie et métabolisme	442	379	18,0%	-1,8	83	64	22,9%
	explorations fonctionnelles	61	54	11,5%	-3,5	19	16	15,8%
	gastro-entérologie et hépatologie	1 042	800	23,2%	0,8	173	127	24,6%
	génétique médicale	86	70	18,6%	-5,8	8	5	37,5%
	gériatrie	2 523	1 854	26,5%	-1,4	480	221	54,0%
	hématologie clinique	307	240	15,3%	-3,3	12	9	25,0%
	hématologie transfusion	213	179	14,0%	0,0	11	7	34,4%
	hygiène hospitalière	219	178	18,7%	-1,0	32	21	34,4%
	immunologie clinique	12	10	14,7%	-4,8	4	3	25,0%
	maladies infectieuses, maladies tropicales	199	162	18,6%	-2,3	12	4	64,7%
	médecine de la reproduction et gynécologie médicale	25	19	24,0%	-5,6	20	14	30,0%
	médecine d'urgence	4 691	3 720	20,7%	-0,6	671	382	43,1%
	médecine du travail	81	57	29,6%	-4,2	6	5	14,7%
	médecine générale	3 375	2 578	23,6%	-0,9	974	496	49,1%
	médecine interne	716	593	17,2%	-1,7	42	27	35,7%
	médecine légale	100	63	37,0%	-5,7	32	13	59,4%
	médecine physique et de réadaptation	496	352	29,0%	1,7	96	53	44,8%
	néphrologie	608	482	20,7%	-0,4	56	35	37,5%
	neurologie	881	685	22,2%	-0,5	133	100	24,8%
	oncologie médicale	351	211	39,9%	1,3	45	17	62,2%
	oncologie radiothérapique	179	121	32,4%	0,2	19	14	24,3%
	pédiatrie	2 431	1 934	20,4%	-1,4	523	345	34,0%
	pharmacologie clinique et toxicologie	47	40	14,9%	-7,1	6	4	33,3%
	pneumologie	955	743	22,2%	-0,2	167	112	32,9%
	réanimation médicale	654	473	27,7%	0,4	14	4	71,4%
	rhumatologie	288	247	14,2%	-2,6	93	70	24,7%
	santé publique	650	459	29,4%	0,5	89	28	68,5%
	Spécialité non signalée	0	0	-	-	3	-	-
	Ensemble médecine	29 484	22 441	22,8%	-0,5	4 699	2 719	42,1%
Odontologie	Odontologie polyvalente	101	82	18,8%	-2,8	140	83	40,7%
Pharmacie	Pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	2 186	1 982	9,3%	-1,5	400	218	45,5%
Psychiatrie	Psychiatrie polyvalente	4 369	4 728	25,8%	-0,2	1 233	715	42,0%
Radiologie et imagerie médicale	médecine nucléaire	182	149	18,1%	-4,3	24	10	58,3%
	radiologie	1 927	1 185	38,5%	-0,2	531	277	47,8%
	Radiologie et imagerie médicale	2 109	1 334	34,7%	-0,5	555	287	48,3%
TOTAL, toutes spécialités confondues		48 519	37 024	23,7%	-0,5	8 651	5 096	41,1%