

# « To be or not to be PH »

Enquête APH sur l'attractivité des carrières hospitalières médicales en 2023

**ACTION PRATICIENS HOPITAL**

CONTACT : Dr ANNE GEFFROY-WERNET

24 mai 2023

WERNET Anne

Dr Anne Geffroy-Wernet [anne.wernet@snphare.fr](mailto:anne.wernet@snphare.fr) Secrétaire générale adjointe APH 06 63 83 46 70

Dr Jean-François Cibien [jf.cibien@snphare.fr](mailto:jf.cibien@snphare.fr) Président APH

ACTION  
PRATICIENS  
HÔPITAL



# « To be or not to be PH »

Enquête APH sur l'attractivité des carrières hospitalières médicales en 2023

## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION .....                                  | 2  |
| METHODOLOGIE .....                                  | 5  |
| RESULTATS.....                                      | 5  |
| CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES .....               | 5  |
| AVANCEES DU SEGUR, EVOLUTIONS STATUTAIRES .....     | 10 |
| LES 4 ANS D'ANCIENNETE.....                         | 10 |
| LES EVOLUTIONS STATUTAIRES .....                    | 10 |
| LA PRIME DE SOLIDARITE TERRITORIALE (PST).....      | 11 |
| LES CONTRATS DE TYPE 2.....                         | 11 |
| LE TEMPS DE TRAVAIL ET LA PERMANENCE DES SOINS..... | 13 |
| DECOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL .....                  | 13 |
| GARDES .....  | 16 |
| ASTREINTES.....                                     | 21 |
| LA GOUVERNANCE MEDICALE .....                       | 23 |
| DISCUSSION – PERSPECTIVES .....                     | 24 |

## Introduction

**L'attractivité des carrières hospitalières médicales est en chute libre depuis des années, entraînant la désertion des praticiens hospitaliers vers d'autres modes d'exercice : exercice libéral, intérim.** Il y a bientôt 10 ans, le rapport Le Menn « *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester* » donnait déjà des pistes d'améliorations de cette attractivité, qui n'ont que trop peu été suivies, tandis que le rapport Véran « *Hôpital cherche médecins coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi temporaire à l'hôpital public* » s'inquiétait déjà du coût de l'intérim médical pour l'hôpital public. **Les taux de vacance statutaire, rendus publics par le Centre National de Gestion (CNG) chaque année, dépassent 40 % pour de nombreuses spécialités, pour un taux moyen à 30 %, et s'aggravent d'années en années.**

Le Président de la République a annoncé dans son discours du 6 janvier pour ses vœux aux acteurs de la santé avoir pris la pleine mesure de la situation. Il annonçait la nécessité « *de bâtir des actions de court terme mais aussi de long terme ensemble, de donner une impulsion nouvelle dans ce début d'année pour l'ensemble de notre système de santé, et en particulier notre hôpital...* » Le Président de la République a poursuivi ainsi « *ce que je veux vous dire aujourd'hui, ce ne sont pas simplement des vœux mais c'est aussi l'engagement dans la durée de m'engager à votre côté... Et donc, on a un vrai problème d'attractivité. C'est tout particulièrement vrai pour l'hôpital.* » « *Il faut redonner de la visibilité à tout le monde pour se dire "On n'est pas des bouche-trous" et donc on a envie aussi d'avoir des plans de charge sur lesquels on donne de la visibilité. Ce système, **il faut le remettre à plat et je demande que ça soit fait d'ici au 1er juin** pour qu'avec la petite équipe projet qui fera ça auprès du ministre, on puisse rebâtir un système qui est objectivement plus cohérent avec la réalité de votre quotidien. Sinon, on va, je vous le dis, en permanence sur ce sujet, combler les crises...* »

**La crise sanitaire COVID a mis en lumière les défaillances majeurs de l'hôpital public, liées principalement à un manque de professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Le Ségur de la Santé**, qui s'est déroulé sur un temps record à l'issue de la première vague virale, **devait provoquer un « choc d'attractivité »**, a fait l'objet pour les praticiens hospitaliers d'un protocole d'accord refusé par la moitié des organisations syndicales représentatives – ces organisations étant largement majoritaires chez les praticiens hospitaliers. Ce protocole d'accord consistait à la poursuite des travaux engagés sur les évolutions statutaires dans le cadre de « Ma Santé 2022 » et à deux mesures-phares financières : l'augmentation de l'indemnité d'exercice de service public exclusif (IESPE) à 1010,00 euros bruts, et la création de 3 échelons en fin de la grille d'échelon des praticiens hospitaliers. La demande d'Action Praticiens Hôpital (APH) de valoriser la permanence des soins, et de donner 4 échelons aux praticiens hospitaliers, en compensation de la fusion des 3 premiers échelons, qui donnait aux futurs nommés l'équivalent de 4 ans d'ancienneté, n'avait pas été retenue par le Ministre chargé de la Santé.

**En miroir, la limitation de l'intérim médical, via l'encadrement de ses tarifs, a fait l'objet d'une législation** (loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé, ordonnance devenue loi 2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi Rist), suivie de réglementations coercitives (décret 2017-1605 du 24 novembre 2017, circulaire Braun applicable au 3 avril 2023). L'ordonnance Rist votée en mars 2020 devait s'appliquer au plus tard six mois plus tard : les organisations syndicales avaient averti la DGOS et le cabinet du Ministre de la Santé et de la Prévention que sans attractivité pour les PH, les hôpitaux publics ne pourraient, pour une grande partie d'entre eux, fonctionner sans recours aux intérimaires. Devant de nombreuses situations de fermetures de service d'urgences et de blocs opératoires pressenties, le gouvernement avait rétrogradé juste avant la deadline, reportant aux calendes grecques l'application de cette loi. La promesse dans l'intervalle était une amélioration de l'attractivité du statut de praticien hospitalier.

**Les évolutions du statut de praticien hospitalier ont consisté, dans l'intervalle, en deux mesures :**

- La **réforme** – très timide – **du statut de praticien hospitalier**, facilitant l'exercice mixte et valorisant l'activité non clinique des praticiens
- La création d'une **prime** dite de « **solidarité territoriale** », permettant aux praticiens hospitaliers de faire, sans être dans l'illégalité, des remplacements au-delà de ses obligations de service. Cette mesure très juteuse pour les praticiens a pour corollaire un impact non négligeable sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et sur la santé à moyen et long terme des praticiens, car elle impose de travailler bien au-delà de 48 heures par semaine et, en pratique, de travailler plusieurs week-ends par mois en sus du travail en journées ouvrables ; l'impact sur la qualité des soins a été également négligé par les tutelles.

**L'efficacité de ces mesures sur le taux de vacance statutaire n'a pas, à notre connaissance, été évaluée.**

Sans réelle étude d'impact, le gouvernement a pris date au 3 avril 2023 pour appliquer l'encadrement des tarifs de l'intérim. Devant les catastrophes annoncées, des **mesures-rustines** ont été déployées dans la semaine précédant son application :

- Majoration (temporaire) du plafond de l'intérim
- Détournement des « contrats de type 2 » et incitation à la signature de ces contrats, qui ouvrent à une rémunération 2 à 4 fois plus haute que la rémunération d'un praticien hospitalier
- Majoration de la prime de solidarité territoriale

Ces mesures, non dirigées vers le travail statutaire du praticien hospitalier, et ne reconnaissant pas l'engagement et la fidélité des praticiens dans l'hôpital public : soins au patient, mais aussi vie institutionnelle, ont été jugées déloyales pour nombre d'entre eux et ont conduit APH, ses composantes syndicales et d'autres à **envisager une grève massive des praticiens hospitaliers**.

En réponse à cette menace ressentie jusqu'au Ministère, et dans un contexte de tension majeure dans le secteur de la santé (grève des médecins libéraux et échec des négociations conventionnelles, grève des médecins intérimaires) **le Ministre de la Santé et de la Prévention a engagé des concertations** abordant les thématiques jugées prioritaires par APH pour l'attractivité de la carrière des praticiens hospitaliers, selon un agenda social resserré. Ces concertations doivent déboucher sur des négociations, dans le cadre d'une enveloppe financière liée (ou non) aux économies réalisées grâce à l'encadrement de l'intérim, en application des engagements présidentiels du début de l'année 2023.

**Afin de représenter au mieux le terrain, Action Praticiens Hôpital a interrogé du 2 au 26 avril 2023 les praticiens hospitaliers sur leur carrière : ressenti de l'évolution après Ségur, aspirations sur les améliorations à apporter à leur statut.**

## Méthodologie

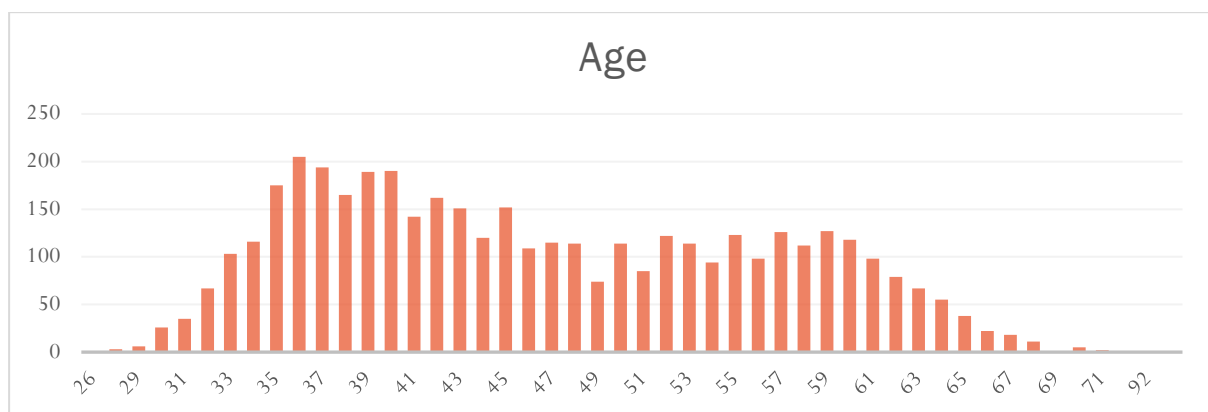
Il s'agit d'une enquête en ligne, installée par Google Forms, et diffusée aux praticiens hospitaliers par mail – sur la base du fichier communiqué annuellement par le CNG (fichier 2022) et des fichiers syndicaux d'APH et de ses composantes – ainsi que via les réseaux sociaux. La diffusion a été assurée par APH et par ses composantes.

## Résultats

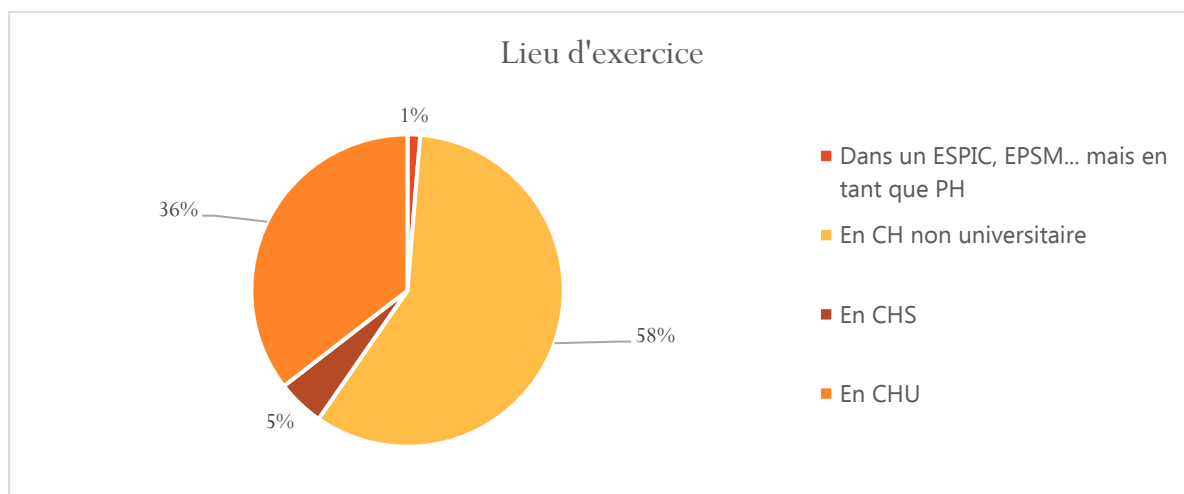
### Caractéristiques démographiques

L'enquête recueille 4844 réponses exploitables.

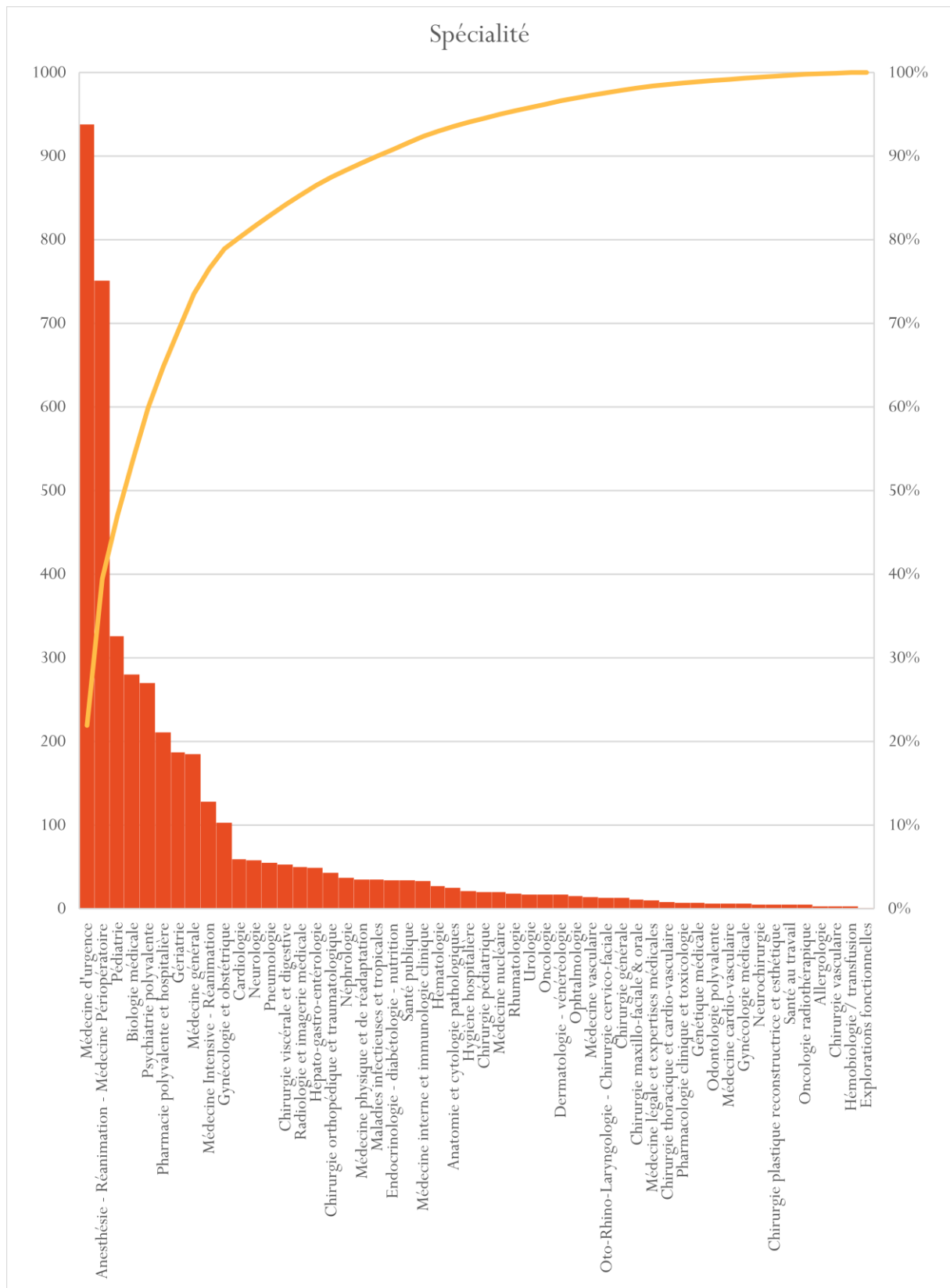
53 % sont des femmes. L'âge moyen des répondants est de 51 ans.



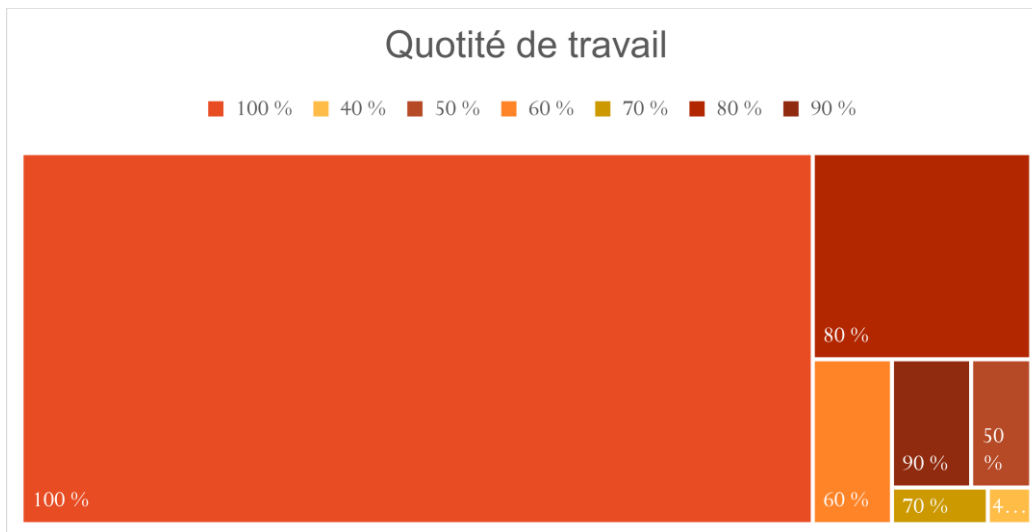
36 % des répondants exercent dans un CHU, 58 % dans un CH non universitaire, 5 % en CHS (établissements de soins psychiatriques), et 1 % dans des structures non publiques, mais accueillant des praticiens hospitaliers sous leur statut).



Dix spécialités sont particulièrement représentées : médecine d'urgence, anesthésie-réanimation-médecine péri opératoire, pédiatrie, biologie médicale, pharmacie, psychiatrie, gériatrie, médecine générale, médecine intensive-réanimation, gynécologie-obstétrique.

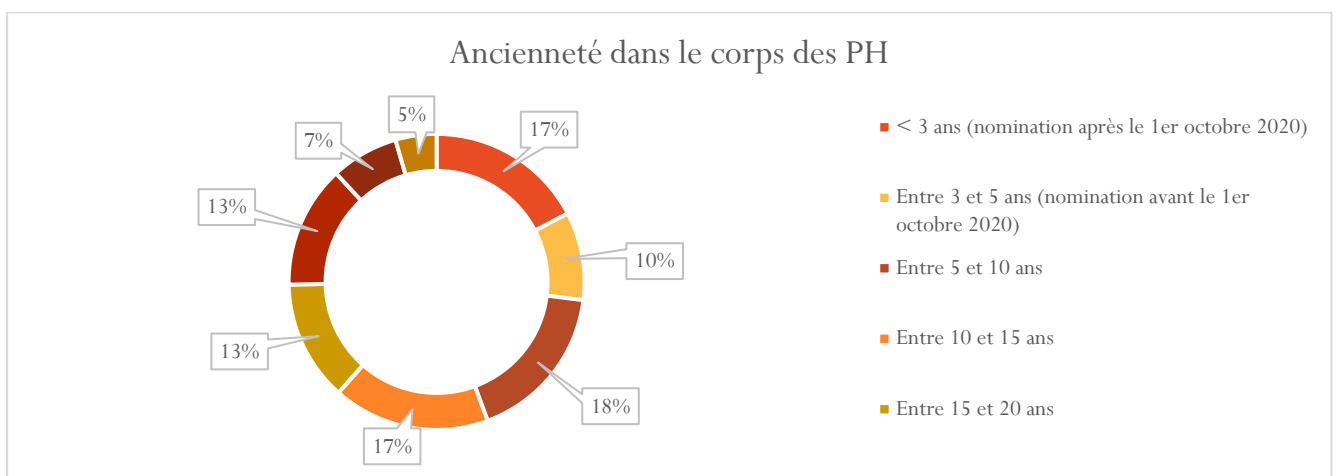


La plupart des PH interrogés exerce à 80 % ou à temps plein (78 % temps plein, 12 % à 80 %). 4 % ont une activité libérale intrahospitalière, 2,3 % une activité libérale extrahospitalière.

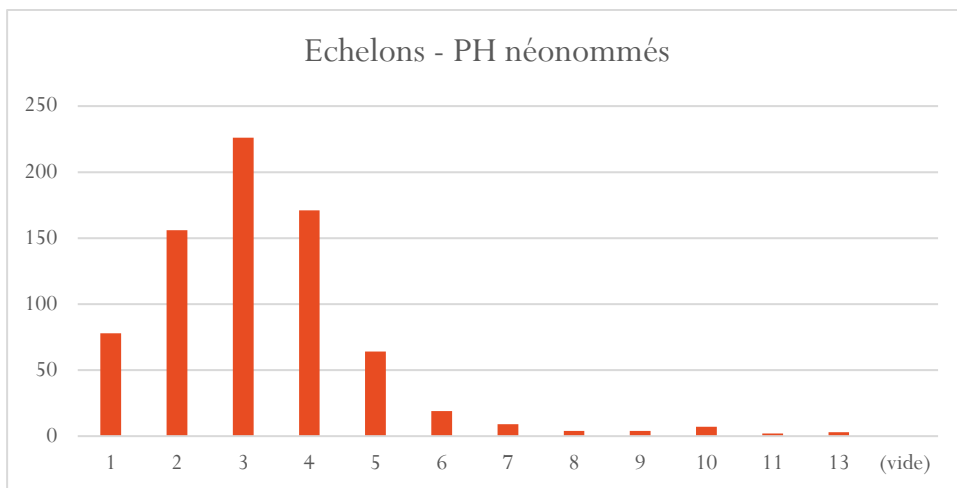
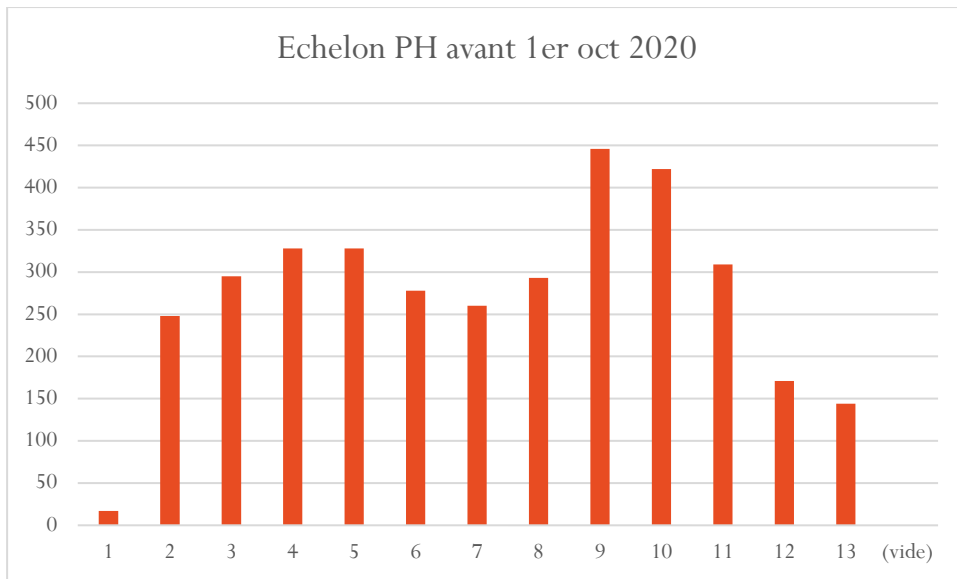


6,3 % font des remplacements, au-delà de leurs obligations de service, via la prime de solidarité territoriale, 2% dans le cadre d'un statut contractuel, 7,4 % en intérim (4,5 % contrats de gré à gré, 2,9 % via des boîtes d'intérim) - ces trois dernières options sont *théoriquement* impossibles depuis la réforme du statut de praticien hospitalier de 2022.

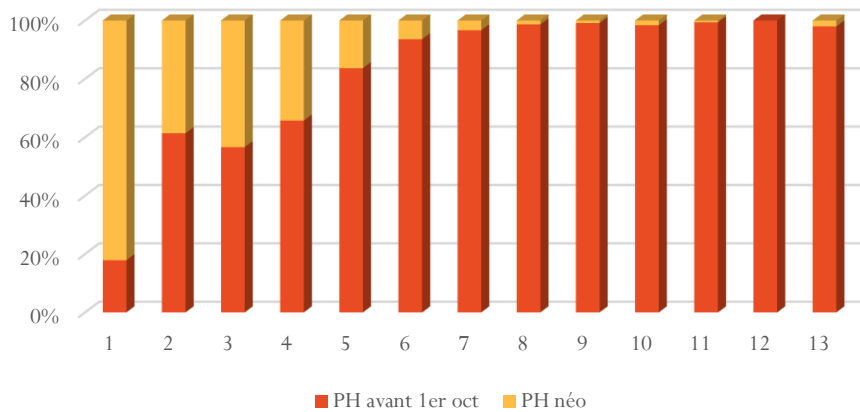
17 % des PH interrogés ont été nommés il y a moins de 3 ans, c'est-à-dire après le Ségur et la fusion des 3 premiers échelons de début de carrière. Ces praticiens occupent principalement les échelons 1 à 6, mais certains ont été nommés sur des échelons de fin de carrière, tandis que les PH nommés avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020 occupent toute la gamme des échelons, y compris les échelons de début de carrière. Il y a donc un chevauchement sur tous les échelons (et notamment les échelons 1 à 8) de PH nommés avant et après le 1<sup>er</sup> octobre 2020.





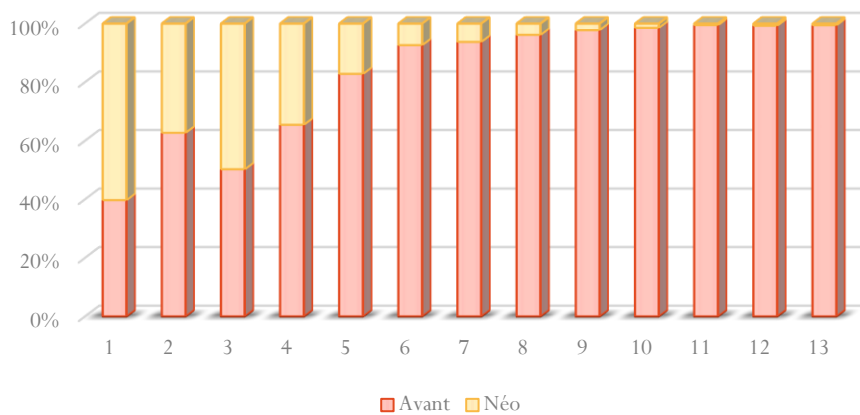


### Répartition sur les échelons des PH nommés avant / après le 1er octobre 2020 (enquête APH)



(Cette répartition est assez superposable à la répartition en effectif réels – données CNG – DGOS avril 2023 – exception faite de la répartition dans l'échelon 1, compte tenu de l'absence de transmission des données CNG à APH en 2023).

### Répartition des PH au 1er janvier 2023, selon date d'entrée dans le corps (données CNG)



## Avancées du Ségur, évolutions statutaires

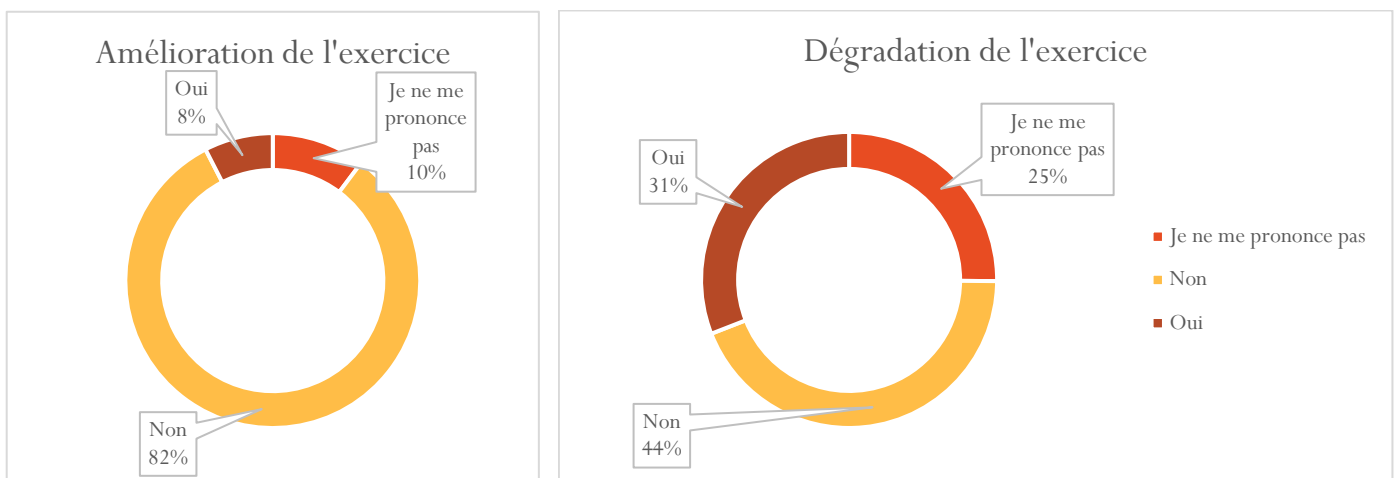
### Les 4 ans d'ancienneté

94 % des praticiens qui s'expriment sur ce sujet estiment que le décalage de 4 ans d'ancienneté entre praticiens nommés avant et après le 1<sup>er</sup> octobre 2020 est une injustice à laquelle il faut impérativement remédier rapidement, alors que 75 % seulement des praticiens interrogés sont directement concernés.

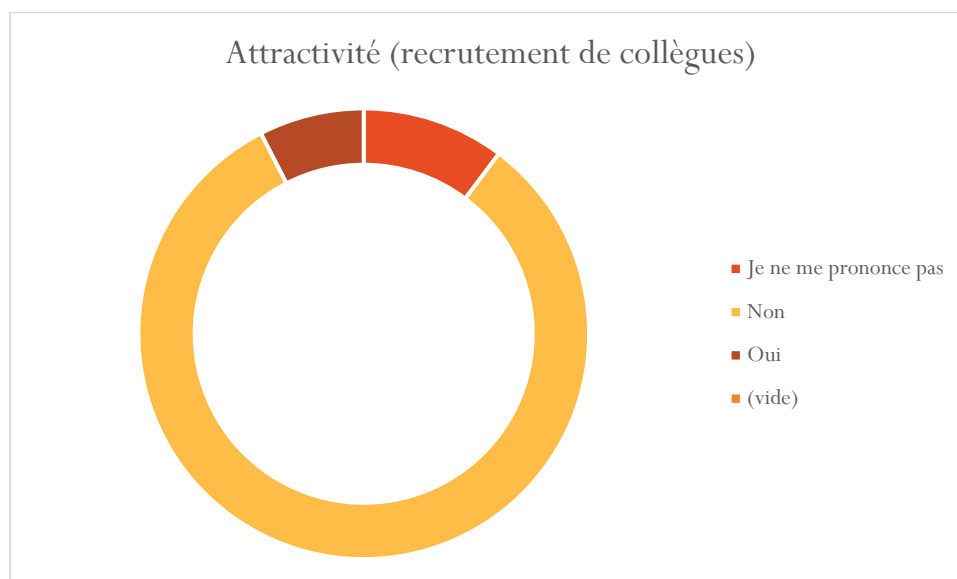
### Les évolutions statutaires

78 % des praticiens estiment connaître les évolutions statutaires liées au Ségur de la Santé.

**Celles-ci ont occasionné une amélioration de l'exercice des PH pour seulement 8 % d'entre eux, alors qu'elles l'ont dégradé pour 31 % d'entre eux.**



Concernant l'effet du Ségur sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières, **8 % seulement estiment que ces évolutions ont permis de recruter plus facilement des collègues.**



## La prime de solidarité territoriale (PST)

66 % des praticiens connaissent cette nouvelle disposition, et 6 % de l'ensemble des praticiens interrogés ont un exercice territorial via la PST.

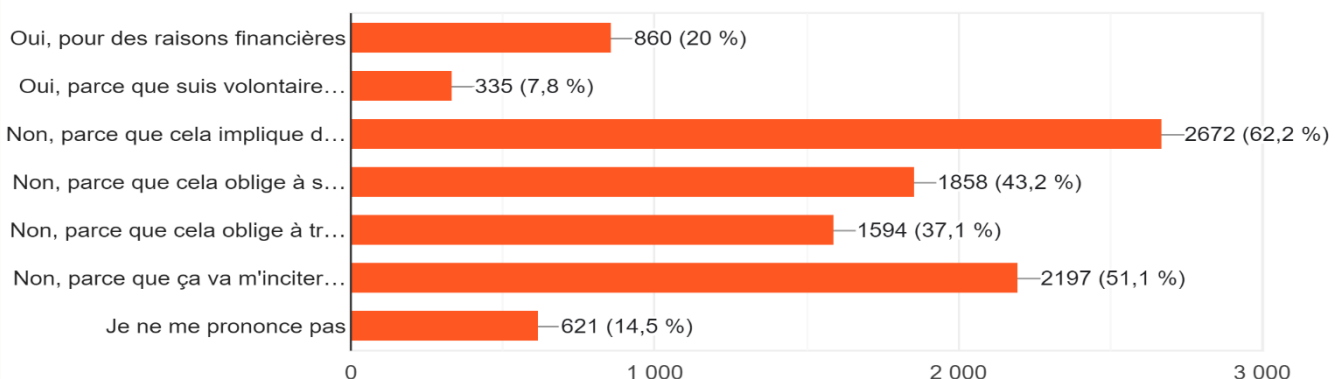
La PST, facteur d'attractivité et de fidélisation des carrières médicales hospitalières ?

22 % estiment que la PST peut être un facteur d'attractivité, pour des motivations altruistes (7,8 %) et/ou des raisons financières (20 %).

A quelques rares exceptions près, l'ensemble des praticiens qui s'exprime sur la PST met le doigt sur l'effet inverse potentiel de la PST sur l'attractivité : 62 %, parce que la PST oblige à effectuer davantage de garde et à travailler plus souvent le week-end, 51 %, parce que c'est une incitation à « travailler plus pour gagner plus », 43 % parce que cela oblige à se déplacer loin de chez soi, et 37 % parce que cela oblige à travailler avec des équipes qu'on ne connaît pas.

### La PST est un facteur d'attractivité de mon statut (plusieurs réponses possibles)

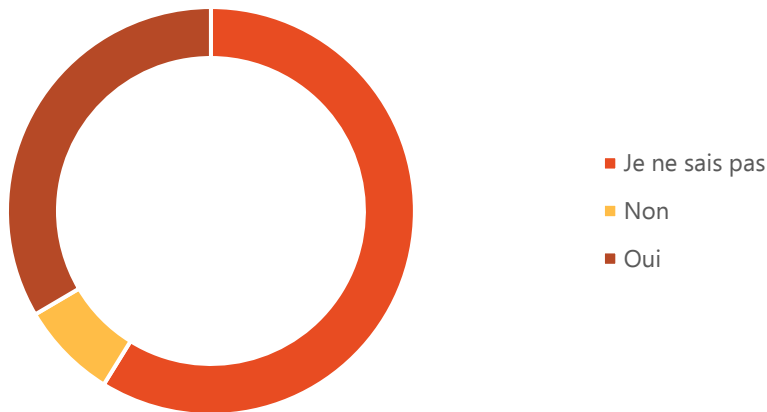
4 297 réponses



## Les contrats de type 2

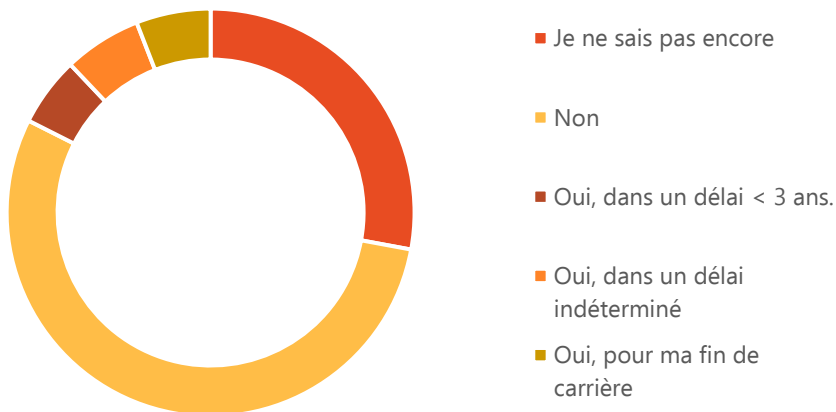
51 % seulement connaissent ce nouveau contrat de praticien contractuel, qui remplace l'ancien contrat de praticien clinicien. La majorité (59 %) des PH n'a pas réellement idée des répercussions de ces contrats sur l'indépendance professionnelle et la possibilité d'être défendu en cas de conflit ; parmi les autres, 81 % estiment que le contrat de type 2 compromet l'indépendance professionnelle et/ou la possibilité de défense du praticien.

### Répercussion / indépendance professionnelle et défense



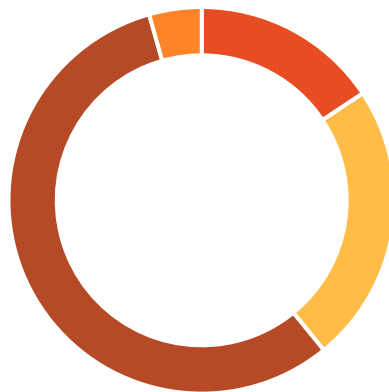
Pourtant, près d'un praticien hospitalier sur deux n'exclut pas de basculer sur ce type de contrat : 17 % des praticiens interrogés envisagent même cette bascule pour la fin de leur carrière (6 %), dans un délai de 3 ans (5 %) ou indéterminé (6 %).

### Passage du statut de PH à un statut de contractuel de type 2 ?



Le plafond actuel de la rémunération des praticiens contractuels de type 2 devrait être atteint, dans le statut de praticien hospitalier, en milieu de carrière pour 57 % des praticiens (vs 16 % en début de carrière, 23 % en fin de carrière). 4 % seulement des PH estiment que ce plafond ne doit pas être atteint au sein de la grille des émoluments des PH.

Rémunération : à quel moment la rémunération des PH doit-elle atteindre le plafond de la rémunération des contrats de type 2 ?



- En début de carrière (< 35 ans)
- En fin de carrière (> 50 ans)
- En milieu de carrière (35 - 50 ans)
- Non

## Le temps de travail et la permanence des soins

### Décompte du temps de travail

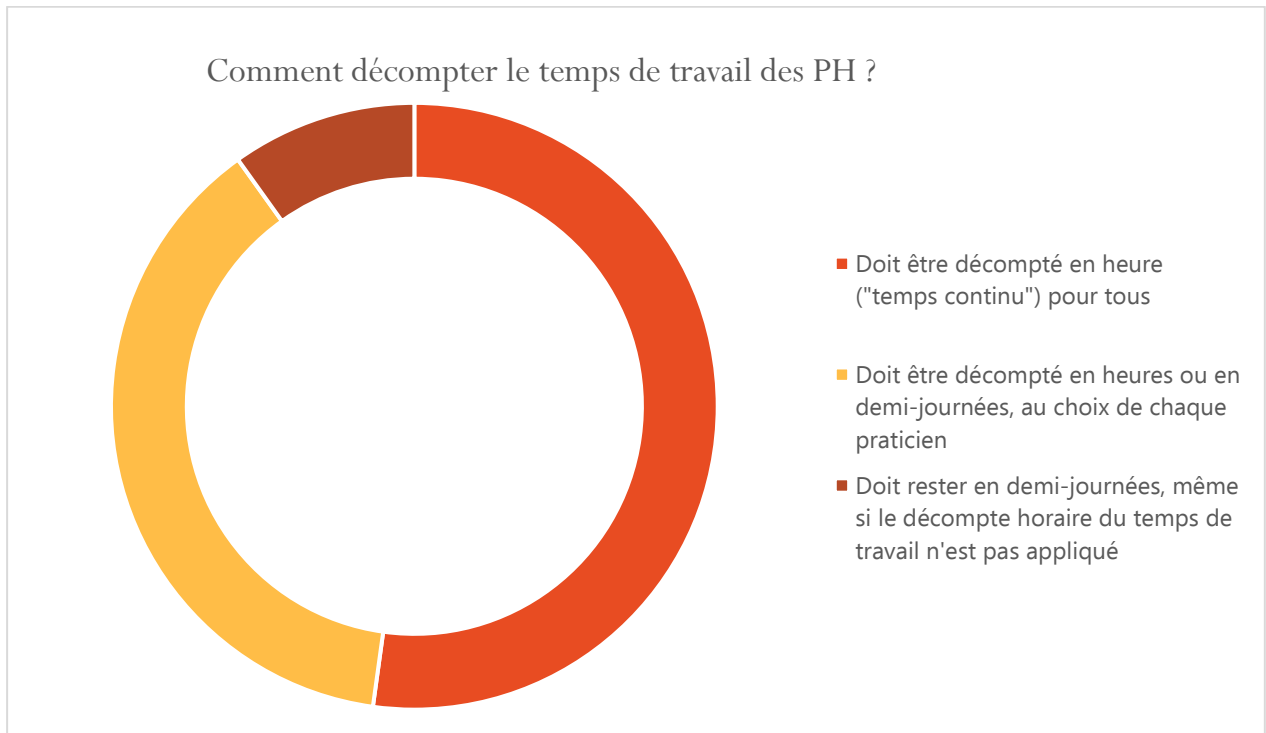
Demi-journées ou temps continu ?

Statutairement, le temps de travail des PH est décompté en demi-journées, et les obligations de services du PH sont de « maximum 48 heures par semaine, lissées sur un quadrimestre. Le décompte horaire du temps de travail est obligatoire, mais très peu appliqué (rappel du Conseil d'Etat, 22 juin 2022).

Le décompte en temps continu est dérogatoire, réservé à certaines spécialités :

- Toutes les structures de médecine d'urgence devraient être en temps continu, en application de la circulaire DGOS-2014-359, dite « circulaire urgentistes » ;
- Concernant la gynécologie-obstétrique, la dérogation du décompte ne concerne que l'activité de salle de naissance, lorsque la maternité réalise plus de 2000 accouchements / an ; concernant la pédiatrie, uniquement pour les services de réanimation (pédiatrique & néonatale...) +/- les urgences pédiatriques
- Pour l'anesthésie-réanimation et la médecine intensive-réanimation, il n'y a pas de critère restrictif pour le passage en temps continu
- Cependant, en dehors de la médecine d'urgence, le passage en temps continu, et le volume horaire des obligations de service, sont soumis à approbation du directeur d'établissement.

10 % seulement des praticiens souhaitent que le maintien du décompte actuel du temps de travail (décompte en demi-journée statutaire, et absence de décompte horaire pratiqué par l'établissement). 52 % se positionnent clairement pour un décompte en temps continu pour tous, 38 % pour un décompte laissé au choix du praticien.

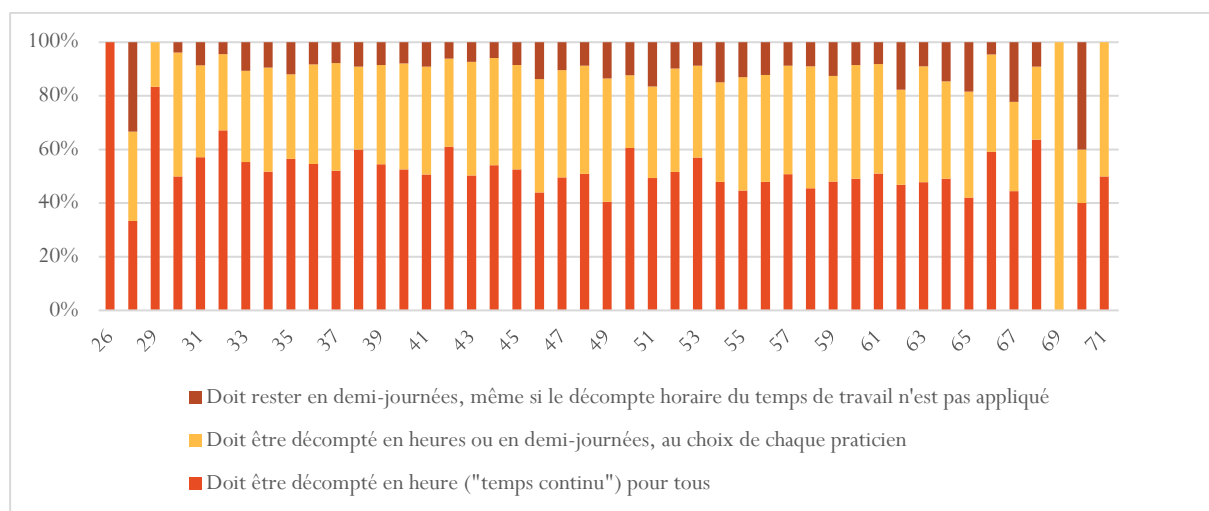


Sur ces thématiques, une analyse spécifique des résultats dans les spécialités éligibles au temps continu a été réalisée :

| Décompte souhaité                | Temps continu pour tous | Au choix    | Demi-journées, même si absence de décompte horaire |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|--|
| <b>Total</b>                     | <b>52 %</b>             | <b>38 %</b> | <b>10 %</b>  |
| <i>Médecine d'urgence</i>        | 70 %                    | 27 %        | 3 %  |
| Anesthésie-Réanimation           | 63 %                    | 33 %        | 4 %  |
| Médecine Intensive - Réanimation | 62 %                    | 33 %        | 5 %  |
| Gynécologie-Obstétrique          | 53 %                    | 35 %        | 12 %   |
| Pédiatrie                        | 48 %                    | 40 %        | 11 %   |

« To be or not to be PH » | 24/05/2023

L'analyse en fonction de l'âge montre qu'il ne s'agit pas d'un phénomène générationnel : l'ensemble des praticiens hospitaliers, indépendamment de leur âge, rejette le décompte approximatif du temps de travail (en demi-journées).

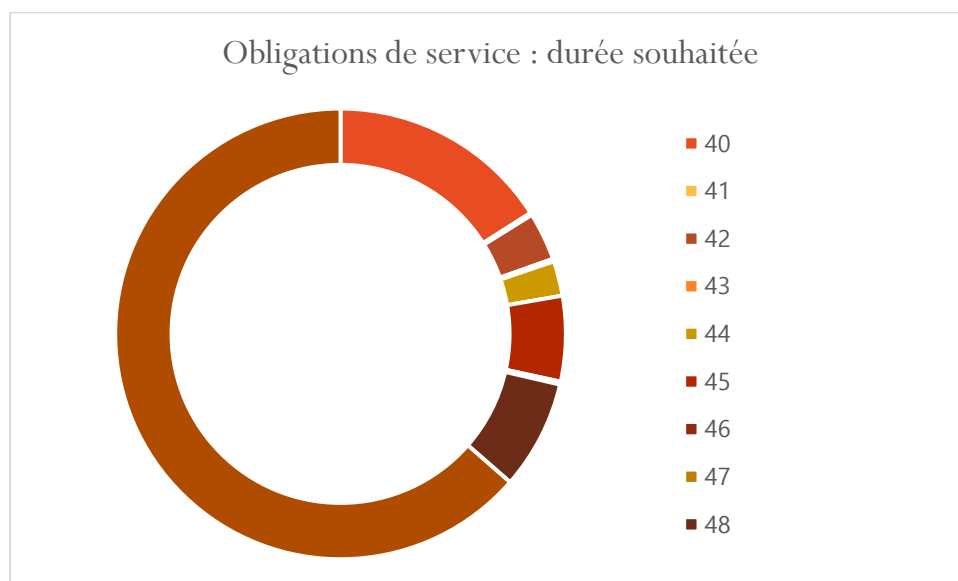


### Samedi matin : jour ouvrable ou permanence des soins ?

Le samedi matin doit être intégré à la permanence des soins pour 93 % des praticiens interrogés. C'est une revendication qui est également portée par les médecins libéraux.

### Evolution du temps de travail

La quasi-totalité des praticiens souhaite une réduction de leurs obligations de service, c'est-à-dire du temps de travail exigible par l'établissement. 80 % se prononcent pour des obligations de service à 39 heures (64 %) ou 40 heures (16%) par semaine, le temps de travail additionnel (TTA) étant déclenché et rémunéré au-delà.

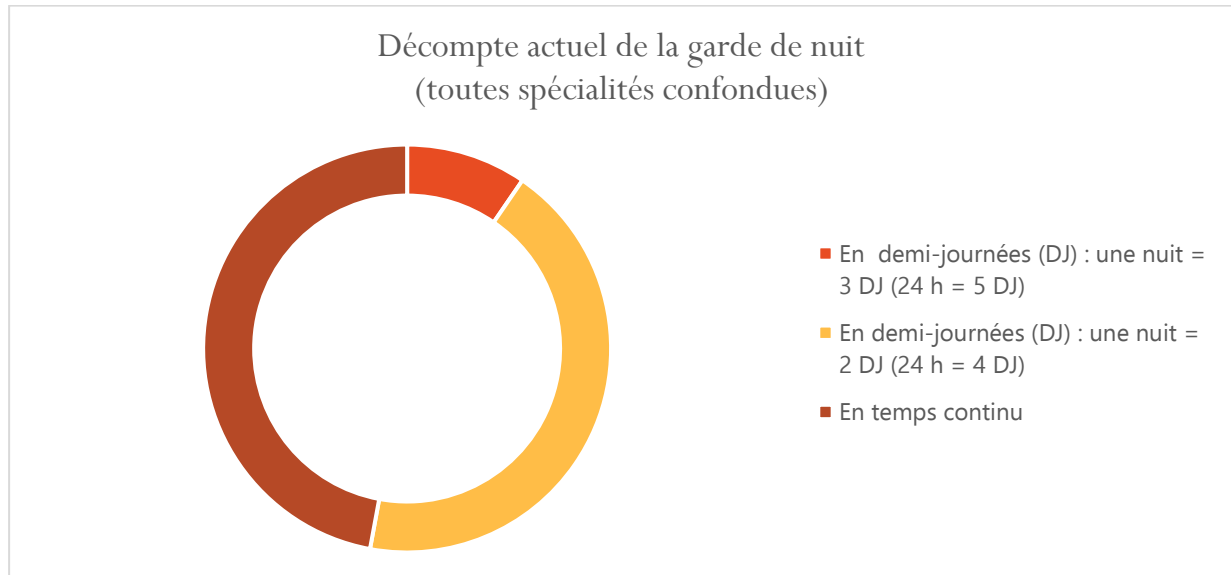




## Gardes

### Décompte du temps de travail en garde : état des lieux et aspirations des PH

Le décompte actuel du temps de travail en garde se répartit en décompte en temps continu (47 %) ou demi-journées (53 %). La nuit est valorisée à 3 DJ (non statutaire, mais cohérent avec le décompte horaire) pour 10 % seulement des praticiens : 43 % des praticiens hospitaliers ont une valorisation de la garde à 2 demi-journées.

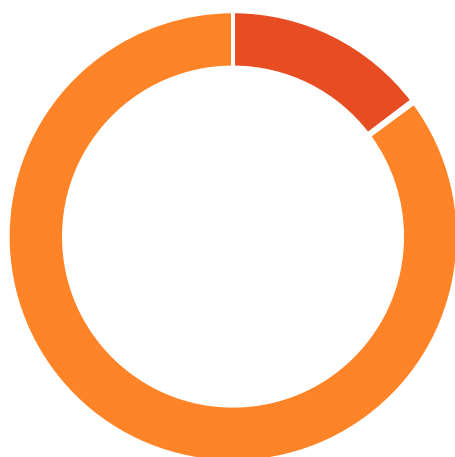


| Valorisation de la nuit          | 2 demi-journées | 3 demi-journées | Temps continu |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| <b>Décompte actuel</b>           |                 |                 |               |
| Médecine d'urgence               | 17 %            | 5 %             | 78 %          |
| Anesthésie-Réanimation           | 38 %            | 11 %            | 52 %          |
| Médecine Intensive - Réanimation | 35 %            | 14 %            | 51 %          |
| Gynécologie-Obstétrique          | 68 %            | 13 %            | 19 %          |
| Pédiatrie                        | 70 %            | 14 %            | 15 %          |

### Evolution souhaitée du décompte du temps de travail en garde

Pour 85 % des praticiens, le décompte doit être modifié, pour évoluer soit sur un décompte en temps continu, soit sur une valorisation de la nuit à 3 demi-journées.

## Décompte souhaité

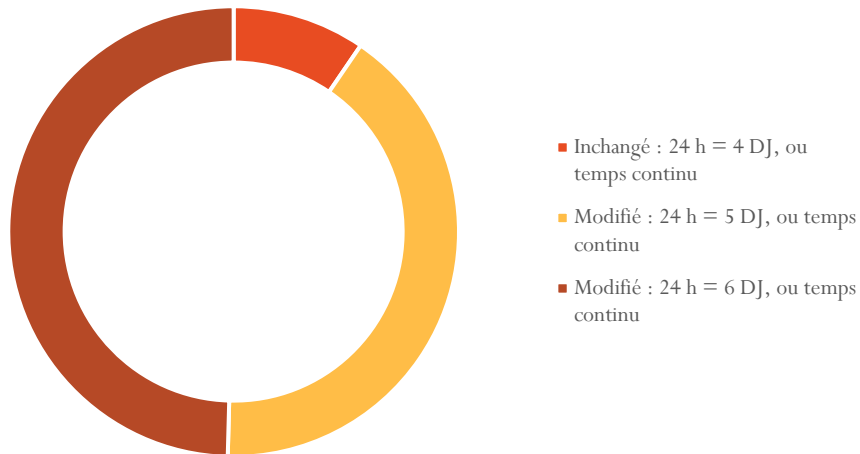


- Inchangé : une nuit = 2 DJ (24 h = 4 DJ), ou temps continu
- Modifié : une nuit = 3 DJ (24 h = 5 DJ), ou temps continu

| Valorisation de la nuit          | Inchangé<br>2 demi-journées ou temps continu | Modifié<br>3 demi-journées ou temps continu |
|----------------------------------|--|---|
| <b>Décompte souhaité</b>         |  |   |
| Médecine d'urgence               | 14 %   | 84 %  |
| Anesthésie-Réanimation           | 7 %  | 93 %  |
| Médecine Intensive - Réanimation | 13 %   | 87 %  |
| Gynécologie-Obstétrique          | 12 %   | 88 %  |
| Pédiatrie                        | 14 %   | 86 %  |

Concernant les jours de week-end et les jours fériés, la demande de revalorisation du décompte de la PDS est majeure : 90 % des praticiens rejettent le décompte actuel : 40 % d'entre eux demandent un décompte à 5 DJ (identique à la semaine) et 50 % un décompte à 6 DJ, ce qui permet de « dédommager » significativement l'engagement sur ces journées.

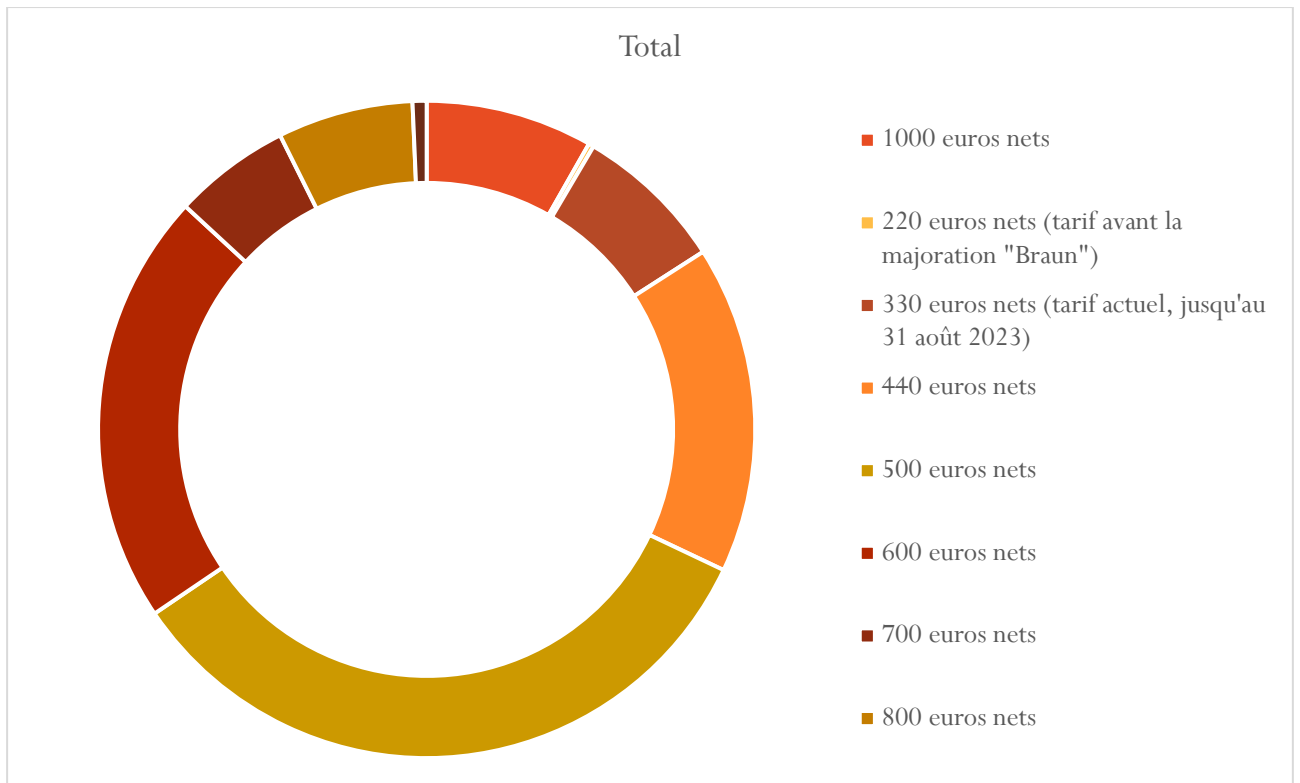
### Décompte des WE JF : 4 , 5 ou 6 DJ / 24 heures ?



| Décompte souhaité                | Temps continu pour tous | Au choix    | Demi-journées, même si absence de décompte horaire |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|--|
| <b>Total</b>                     | <b>50 %</b>             | <b>40 %</b> | <b>10 %</b>  |
| Médecine d'urgence               | 70 %                    | 27 %        | 3 %  |
| Anesthésie-Réanimation           | 63 %                    | 33 %        | 4 %  |
| Médecine Intensive - Réanimation | 62 %                    | 33 %        | 5 %  |
| Gynécologie-Obstétrique          | 53 %                    | 35 %        | 12 %   |
| Pédiatrie                        | 48 %                    | 40 %        | 11 %   |

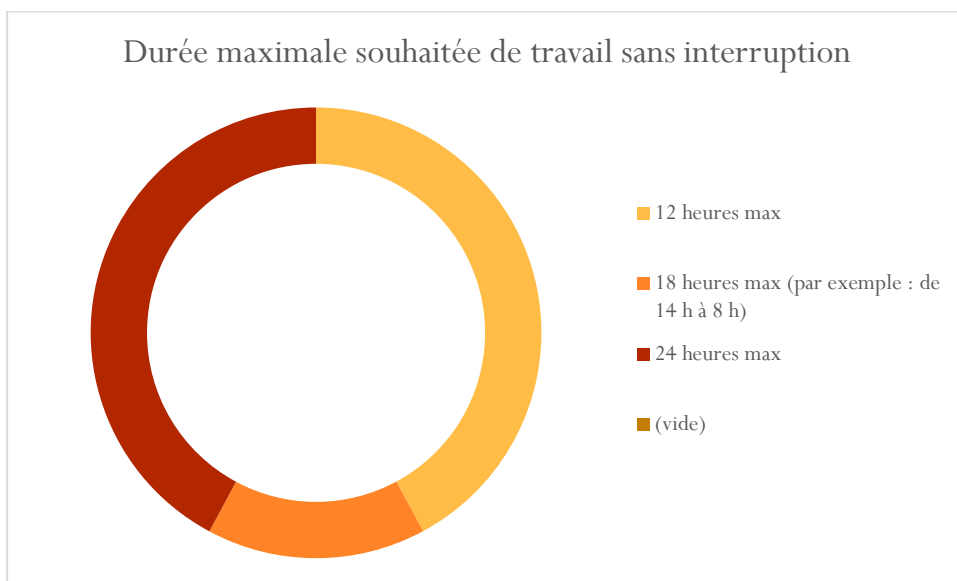
### Rémunération de la garde

A de rares exceptions près, aucun praticien ne souhaite un retour aux rémunérations existant avant l'application des mesures issues de la « mission flash » de 2022. Ces rémunérations sont jugées insuffisantes pour 93 % des praticiens. 53 % des praticiens estiment que la garde de 12 heures doit être rémunérée entre 500 et 600 euros nets.

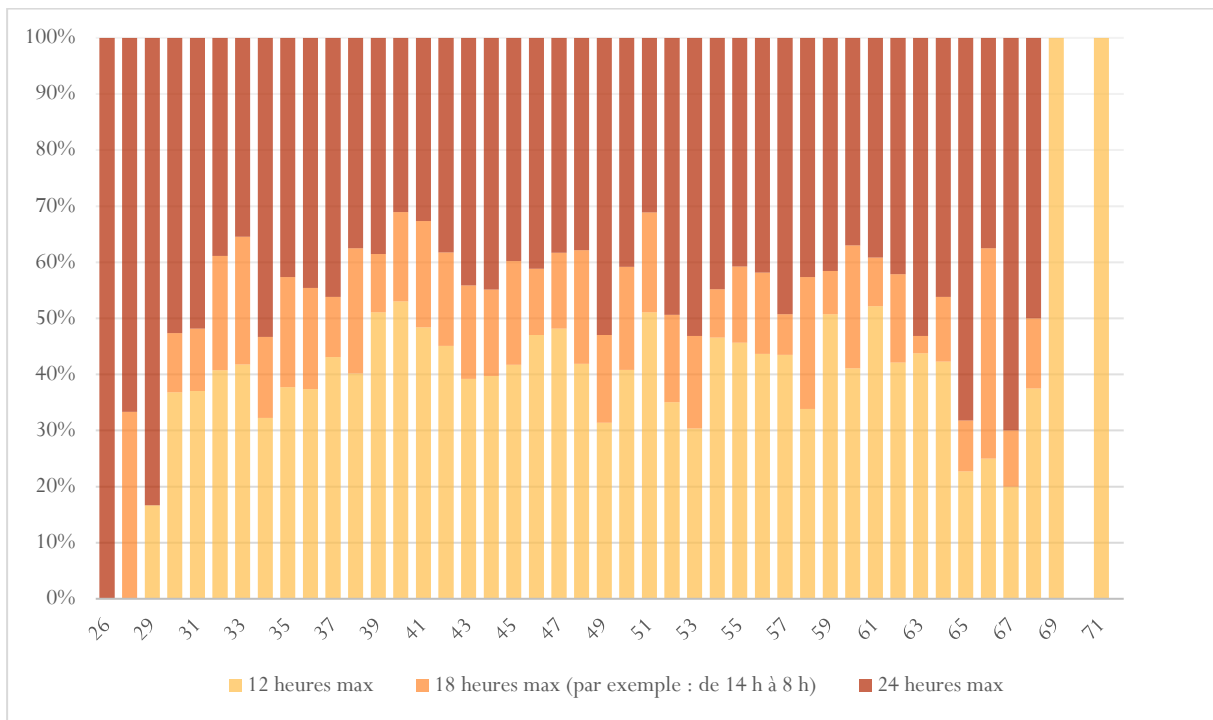


### Durée de la garde : la fin des 24 heures de garde ?

Les praticiens sont extrêmement partagés sur la durée de la garde (durée de travail sans interruption) : autant de praticiens souhaitent son maintien à 24 heures que son passage à 12 heures (42 %), tandis que 16 % souhaitent que sa durée puisse atteindre 18 heures. De manière peu attendue, il ne s'agit pas, dans notre étude, d'un phénomène générationnel, mais d'une désaffection générale de la garde de 24 heures.



| Durée maximale de la garde       | 12 h        | 18 h        | 24 h        |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Total</b>                     | <b>42 %</b> | <b>16 %</b> | <b>42 %</b> |
| Médecine d'urgence               | 48 %        | 10 %        | 42 %        |
| Anesthésie-Réanimation           | 27 %        | 24 %        | 49 %        |
| Médecine Intensive - Réanimation | 24 %        | 15 %        | 51 %        |
| Gynécologie-Obstétrique          | 33 %        | 9 %         | 58 %        |
| Pédiatrie                        | 50 %        | 21 %        | 29 %        |

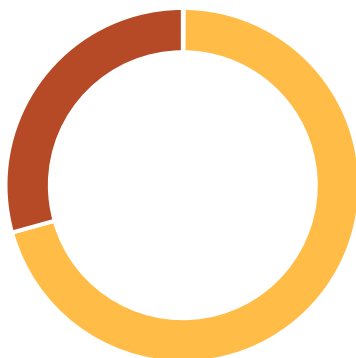


## Astreintes

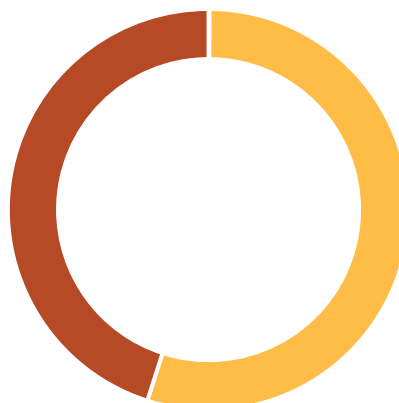
### Décompte du temps de travail et modalités des rémunérations en astreinte : le grand flou !

57 % des praticiens interrogés font des astreintes. Pour 71 % d'entre eux, le décompte de leur temps de travail n'est pas clair, et pour 55 % d'entre eux, les modalités de rémunération ne sont pas claires.

Décompte du temps de travail en astreinte



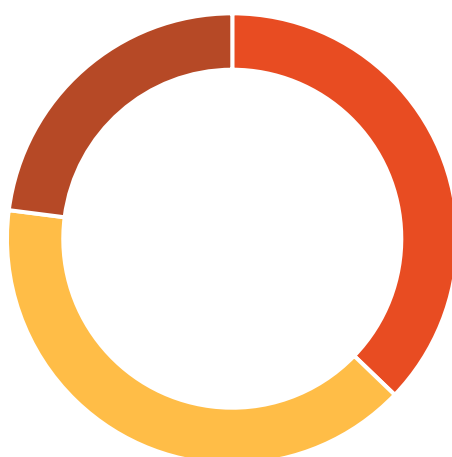
Rémunération



### Evolutions souhaitées

Les modalités souhaitées pour la rémunération des astreintes sont très partagées : 37 % optent pour une rémunération à l'acte (déplacement, télémedecine, avis téléphonique), 23 % pour un forfait, avec un forfait spécifique pour les astreintes en lien avec un SAU, et 40 % pour un forfait « maison » adapté à la charge spécifique de l'astreinte.

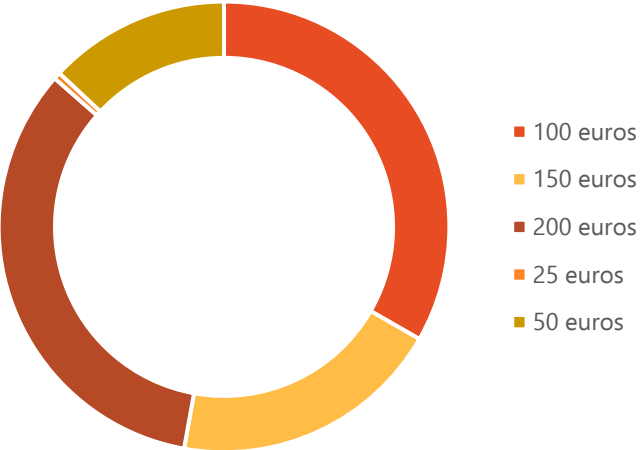
Modalités souhaitées pour la rémunération des astreintes



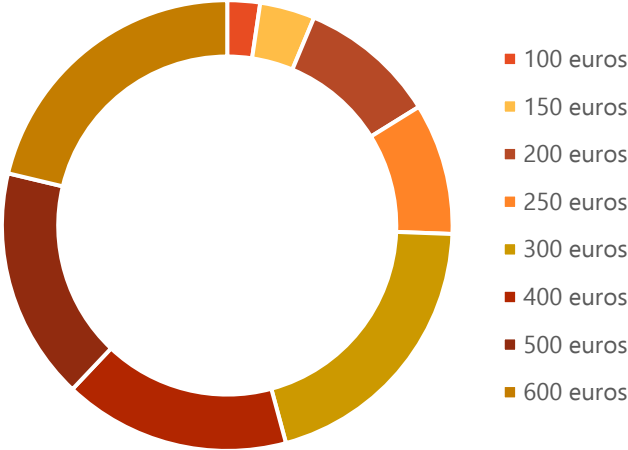
- Doit être comptée à l'activité (déplacement, télémedecine, réponse au téléphone)
- Doit être forfaitisée, avec forfait "maison" lié à la charge spécifique de l'astreinte
- Doit être forfaitisée, avec un forfait spécifique pour les astreintes en lien avec un SAU (plateau technique etc.)

Dans l'hypothèse d'un forfait, les planchers et plafonds de ce forfait devrait se situer entre 150 euros et 400 euros nets (résultats en médiane).

Plancher souhaité



Plafond souhaité



## La gouvernance médicale

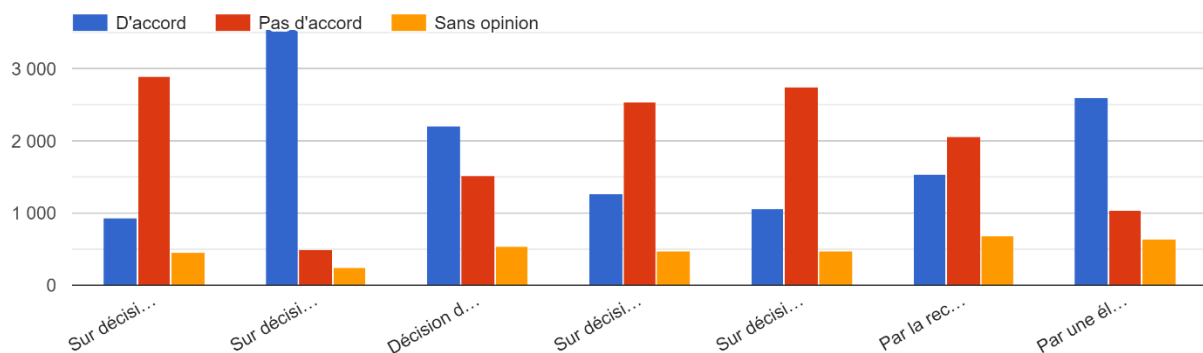
Pour les praticiens hospitaliers, les modalités de désignation des responsables de pôle et de service doivent évoluer.

Le système actuel (désignation par le directeur d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (PCME) n'obtient l'approbation que de 22 % des praticiens hospitaliers (le questionnaire n'étudie pas si les répondants sont ou non PCME : le taux d'approbation PCME exclus serait probablement inférieur).

Parmi les autres systèmes proposés :

- 83 % sont favorable à une désignation par les praticiens **titulaires** du service
- 52 % à une désignation par les praticiens **titulaires et contractuels** du service (36 % s'y opposent)
- 60 % s'opposent à une désignation par les **praticiens et les cadres** du service (30 % y sont favorables)
- 64 % s'opposent à une désignation par les **praticiens et les professionnels paramédicaux et administratifs** du service (25 % y sont favorables)
- La modalité du **vote** est plébiscitée (61 %) ; 48 % des praticiens ne sont pas favorables à la désignation par recherche du consensus sans vote.

A votre avis, qui /comment devrait-on désigner les chefs de pôle et de service (plusieurs réponses possibles) ?





## Discussion – Perspectives

Le constat est accablant et sans équivoque : les évolutions statutaires issues des concertations après le protocole d'accord du Ségur de la Santé n'ont pas atteint l'objectif fixé : restaurer l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Ce résultat était attendu, il s'agit désormais de s'atteler aux ratés et aux manques du Ségur de la Santé, à travers les concertations – et négociations probables – du printemps 2023.

APH peut ainsi porter lors de ces concertations / négociations la voix des praticiens.

### APH fait 12 propositions...

#### ❖ ... sur le thème de la revalorisation de la carrière des praticiens hospitaliers :

La récupération des 4 ans d'ancienneté et l'atteinte d'une rémunération à hauteur du plafond de rémunération des contrats de type 2 sont des objectifs incontournables.

APH travaille actuellement à des solutions réglementaires qui pourraient permettre de récupérer ces 4 ans, diminuer la durée de la grille et envisager des rémunérations concurrentielles aux contrats de type 2 – ouverts *largà manu* aux praticiens ex-intérimaires. Ces mesures sont essentielles pour valoriser l'engagement passé des praticiens qui sont restés sur le bateau – hôpital pourtant à la dérive et tentent de le maintenir à flots, et pour valoriser l'engagement futur dans la carrière.

**Proposition n°1 :** Octroi des 4 ans d'ancienneté à tous les PH nommés avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020.

**Proposition n°2 :** Revalorisation des émoluments pour atteindre le plafond du contrat de type 2 en milieu de carrière.

#### ❖ ... sur le thème de la permanence des soins

Les propositions de la mission IGAS seront à mettre en perspective avec les aspirations des praticiens hospitaliers, exprimées dans notre enquête. Dans le prolongement de la grande enquête « Nuits Blanches » d'APH publiée en juillet 2022, les aspirations des praticiens à un juste décompte de la garde (temps continu ou 3<sup>ème</sup> demi-journée), à l'intégration du samedi matin dans la définition de la permanence des soins et une revalorisation de la permanence des soins sont indispensables.

**Proposition n°3 :** Décompte en temps continu pour toutes les spécialités éligibles : médecine d'urgence, anesthésie-réanimation, médecine intensive – réanimation, réanimation néonatale et pédiatrique, gynécologie-obstétrique.

**Proposition n°4 :** Valorisation de la garde de nuit à 3 DJ le cas échéant.

**Proposition n°5 :** Intégration du samedi matin à la permanence des soins.

**Proposition n°6 :** Valorisation de la garde de 24 heures du dimanche (et du samedi) à 6 DJ.

**Proposition n°7 :** Limitation de la durée maximale de travail sans interruption à 18, voire 12 heures.

**Proposition n°8 :** Revalorisation de la permanence des soins : Indemnité de sujétion de la garde : 500 euros nets.

**Proposition n°9 :** Revalorisation de la permanence des soins : Forfaitisation de l'astreinte : plancher 150 euros, plafond 400 euros, modulation selon l'activité liée à la garde et le lien avec un SAU, valorisation de toutes les activités non déplacées.

❖ ... sur le thème du temps de travail

**Proposition n°10 :** Redéfinition des obligations de service à 39 heures par semaine.

**Proposition n°11 :** Application du décompte horaire du temps de travail par les établissements.

❖ ... sur le thème de la gouvernance

La réforme de la gouvernance n'a que trop peu concerné les professionnels de terrain. Les praticiens hospitaliers souhaitent une évolution sensible de la gouvernance médicale.

**Proposition n°12 :** Désignation des responsables de service et d'unités par vote, le corps électoral étant représenté par les praticiens titulaires du service.

\*\*\*

Le Président de la République dans son discours du 6 janvier indiquait qu'« *il faut redonner de la visibilité à tout le monde pour se dire "On n'est pas des bouche-trous" et donc on a envie aussi d'avoir des plans de charge sur lesquels on donne de la visibilité. Ce système, il faut le remettre à plat et je demande que ça soit fait d'ici au 1er juin {2023} pour qu'avec la petite équipe projet qui fera ça auprès du ministre, on puisse rebâtir un système qui est objectivement plus cohérent avec la réalité de votre quotidien. Sinon, on va, je vous le dis, en permanence sur ce sujet, combler les crises.* »

Le Président de la République a dressé une feuille de route qui indiquait clairement sa volonté de porter des mesures pour relancer l'attractivité des carrières hospitalières dès le 1er juin 2023, afin que l'hôpital public retrouve sa place dans notre système de santé et qu'il récupère sa capacité à remplir ses missions. L'interruption des concertations mi-mai 2023, faute de financement octroyé par l'exécutif, interroge.

Seules des solutions portées par le terrain pour le terrain peuvent apporter la clé de la réussite d'une telle feuille de route. Les praticiens hospitaliers ne peuvent plus entendre que l'on fait des économies sur leur travail, en sous-évaluant le temps de travail et en sous-valorisant la permanence des soins. Que ce soit via les économies réalisées sur l'intérim médical, ou, surtout sur une augmentation durable de l'ONDAM hospitalier, les praticiens hospitaliers doivent enfin recevoir un signal fort de reconnaissance de leur travail et des décisions qui permettent d'espérer un hôpital de nouveau attractif.