

## Mesures catégorielles pour le personnel médical Tonneau des Danaïdes ou investissement d'avenir ?

**Armelle DREXLER** Directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale territoriale, Hôpitaux universitaires de Strasbourg  
**Gwendal MARINGUE** Directeur des affaires médicales, CHRU de Brest

**Plusieurs mesures catégorielles relatives au personnel médical se sont succédé ces trois dernières années : réforme des astreintes des seniors puis des internes, temps continu et référentiel de temps de travail pour les urgentistes, revalorisation et mensualisation de la prime d'engagement des assistants spécialistes, revalorisation des gardes des étudiants hospitaliers... À l'heure de la préparation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses 2017, il apparaît utile d'en dresser un bilan. Ces mesures ont-elles vraiment représenté un intérêt pour le personnel médical et un facteur d'attractivité pour les établissements ? Leur coût est-il socialement acceptable et budgétairement absorbable, dans le contexte du plan triennal d'économies et des contrats de retour à l'équilibre financier, à l'œuvre dans de nombreux établissements ?**

**À** l'origine de ces mesures : la reconnaissance de la charge de travail des professionnels, la valorisation de leur investissement, une réponse aux revendications de conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle, la volonté de maintenir un climat social confortable... Pour autant, l'objectif de maintien de ces professionnels médicaux dans leur emploi à l'hôpital public existait sans doute, en filigrane. Désormais, la finalité de maintien et d'attractivité est revendiquée au sein du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice

médical à l'hôpital public, établi à l'issue de la concertation de la mission Le Menn. Présenté en novembre 2015, ce plan est en passe d'être décliné réglementairement.

Dans le contexte des contraintes budgétaires imposées par le plan triennal d'économies, il est opportun de s'interroger sur l'efficacité technique et allocative de la stratégie de renforcement de l'attractivité de l'hôpital public. Autrement dit de s'interroger sur l'atteinte de cet objectif au moindre coût ou sur l'obtention du maximum de résultats pour un coût donné. Et ce d'autant plus que « l'impact des mesures catégorielles et le rythme d'évolution salariale pour l'ensemble des personnels des établissements publics de santé (agents de la fonction publique hospitalière et personnels médicaux) » doivent être analysés, comme le prévoit la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour la période 2014-2019.

### **Temps de travail médical : des réformes (re)structurantes également pour le budget des établissements**

Trois ans, trois réformes majeures relatives au temps de travail médical ont concerné les seniors (8 novembre 2013), les urgentistes (22 décembre 2014), les internes (26 février 2015). Qu'ont en commun ces trois réformes ? Toutes trois marquent le passage à une nouvelle philosophie du temps de travail pour les médecins hospitaliers. Finie la médecine de sacerdoce, fini le modèle – excessif – de l'interne qui passait ses jours et nuits à l'hôpital. Place à un nouveau médecin qui, sous une autre forme d'excès – décompte son temps de travail à la demi-heure près. Il devient en quelque sorte un salarié ou un « travailleur<sup>1</sup> » comme les autres, tout en perdant la latitude antérieure

d'organisation de son temps de travail, bien que salarié d'un établissement public de santé. Aussi, qu'il s'agisse d'intégration du temps déplacé à l'hôpital en période d'astreinte dans le temps de travail effectif, ou d'identification de temps non clinique au sein du temps de travail effectif, ces réformes se traduisent par la perte de temps médical au niveau de la structure hospitalière. La compensation de ce temps repose donc sur des réorganisations dans le fonctionnement et l'organisation médicale. Il s'agit d'optimiser le temps disponible, ce qui appelle adaptations culturelles et aménagements effectifs. À défaut, la compensation peut intervenir via des heures supplémentaires (temps de travail additionnel) réalisées sur la base du volontariat et valorisées en conséquence et/ou sur des recrutements complémentaires de personnels médicaux. Le caractère restructurant de ces réformes pour les budgets hospitaliers est renforcé par une modification réglementaire, parallèlement aux modalités de calcul et de paiement de ce temps médical.

### Réforme du temps de travail médical des séniors

L'arrêté du 8 novembre 2013<sup>2</sup> apporte des modifications majeures<sup>3</sup> aux modalités de gestion du temps de travail médical, tout particulièrement des astreintes **SCHÉMA 1**. Le nouveau système de valorisation des astreintes est plus favorable pour les praticiens. En témoigne l'impact budgétaire pour les établissements publics de santé. L'enquête inter-CHRU réalisée en janvier 2016<sup>4</sup> montre que le surcoût moyen est de 26%. Certains CHRU observent une augmentation de près de 48% de leurs dépenses d'astreintes « séniors » après mise en œuvre de la réforme. Ceux qui sont préservés de ces augmentations avaient forfaitisé leurs lignes d'astreintes auparavant : ils ne décomptaient plus la durée de déplacement mais avaient déterminé une fois pour toutes, par service, au regard de l'activité de permanence des soins, un forfait qui intégrait l'indemnité de la sujétion téléphonique et la valorisation de la durée du temps de travail, dans la limite de 188,83 €. Pour les vingt-deux CHRU répondants, l'impact médian constaté en année pleine est de 370 000 € (en moyenne de près de 770 000 €). Aucune compensation de ces surcoûts n'a été octroyée par les pouvoirs publics.

### Réforme du temps de travail des urgentistes

La circulaire ministérielle du 22 décembre 2014<sup>5</sup> apporte des modifications substantielles au temps de travail des urgentistes<sup>6</sup>, sous couvert



de « renforcer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public ». Les établissements ont été invités à généraliser le temps continu pour les structures d'urgences-Samu-Smur au 1<sup>er</sup> juillet 2015. La circulaire prévoit aussi la mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures d'urgences-Samu-Smur, identifiant un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps forfaitisé réservé aux activités non cliniques.

## NOUVELLES MODALITÉS D'INDEMNISATION DES PRATICIENS SÉNIORS ET DES INTERNES SCHÉMA 1

	PART FIXE	PART VARIABLE	
	Indemnité de sujétion téléphonique	Temps de trajet aller/retour (2 heures max. par période d'astreinte)	Temps d'intervention sur place
		Temps cumulés par plage de 5 heures	
Praticiens séniors	ASTREINTE DE SÉCURITÉ 30,72€ brut ASTREINTE OPERATIONNELLE 42,38 € brut	PLAGE DE 5 HEURES INTÉGRÉES DANS LES OBLIGATIONS DE SERVICE = une demi-journée = 133,10 € brut	PLAGE DE 5 HEURES EN SUS DES OBLIGATIONS DE SERVICE = temps de travail additionnel = 238,40 € brut
Internes	20,12 € brut	PLAGE DE 5 HEURES INTÉGRÉES DANS LES OBLIGATIONS DE SERVICE = une demi-journée = 59,86 € brut	

1. Si l'on considère la dénomination communautaire. Voir la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.
2. Arrêté du 8 novembre 2013, modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
3. Pour plus de détails, voir A. Drexler, L. Mondoloni, « Nouvelle gestion du temps de travail médical : quand le docteur devient... un horodateur », *Revue hospitalière de France*, n° 556, janvier-février 2014.
4. Enquête de janvier 2016, parmi 22 CHRU répondants (hors AP-HP, AP-HM).
5. Circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-Samu-Smur.
6. Pour plus de détails, voir A. Drexler, P. Deniel, « Référentiel urgences : quels sont les impacts du référentiel sur le temps de travail médical ? », *Revue hospitalière de France*, n° 565, juillet-août 2015.

Un grand nombre d'établissements sont encore en cours de concertation pour déterminer les modalités précises de mise en œuvre de la réforme. D'autres se sont lancés dans une application progressive au regard de l'impossibilité de recruter immédiatement les médecins supplémentaires nécessaires. L'enquête inter-CHRU de janvier 2015 avait permis d'évaluer les besoins en effectifs supplémentaires liés au calcul de l'effectif médical cible, désormais établi à partir des besoins en temps clinique posté (base 39 heures). Pour les 29 CHRU répondants, le besoin était évalué à 277 équivalents temps plein. Si les postes supplémentaires étaient pourvus exclusivement par des praticiens hospitaliers, le surcoût médian atteignait près de 900 000 € (surcoût moyen à 1,2 M€).

Là encore, aucune compensation de ces surcoûts n'a été octroyée par les pouvoirs publics.

## Réforme du temps de travail des internes

À fin de mise en conformité avec le droit communautaire, la réforme du temps de travail des internes<sup>7</sup> a diminué les obligations de services des internes. Elles sont passées de onze à dix demi-journées par semaine avec huit demi-journées en stage par semaine, lissées sur le trimestre, et deux demi-journées hors stage par semaine lissées sur le trimestre, sanctuarisées pour la formation (une sous la responsabilité du coordonnateur de spécialité et une en autonomie)<sup>8</sup>. Vient s'ajouter la transposition du régime des astreintes des seniors aux internes<sup>9</sup> **SCHÉMA 1**.

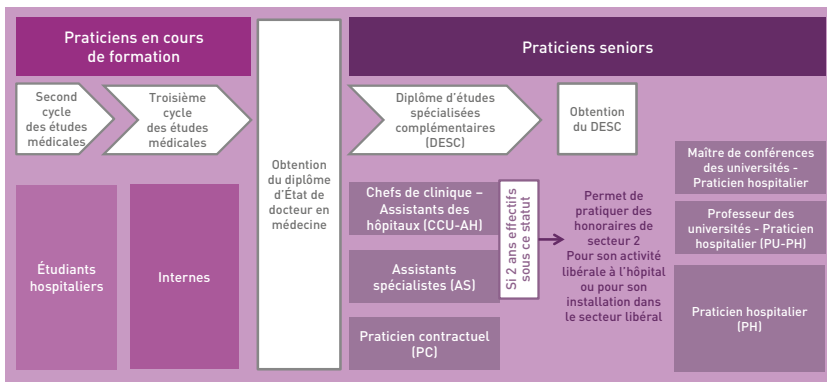
Le gain financier pour chaque interne sera relatif, compte tenu du niveau de la rémunération unitaire de chaque astreinte et du nombre d'astreintes mensuelles assurées individuellement par interne. En effet, l'évolution du *numerus clausus* amène ce nombre à évoluer mécaniquement à la baisse. Pour autant, l'impact financier pour les CHRU n'est pas neutre : le surcoût est évalué à 4,5 M€ en année pleine, le surcoût médian atteignant près de 150 000 € (surcoût moyen à 216 000 €).

Aucune compensation de ces surcoûts n'a été octroyée par les pouvoirs publics. Pour mémoire, les coûts de la permanence des soins assurée par les internes ne sont de toute façon pas intégrés au modèle de financement des internes : ils restent à la charge des établissements.

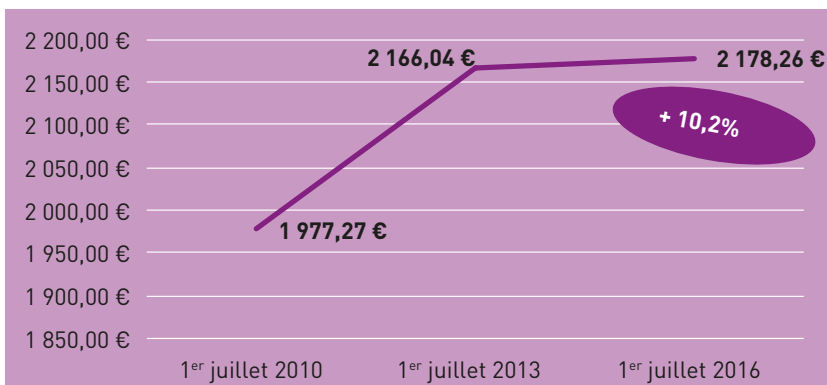
## Mesures catégorielles : le choix de revaloriser des professionnels « captifs »

Depuis 2013, un large éventail de mesures ciblées a concerné principalement deux types de professionnels médicaux **SCHÉMA 2** : les professionnels en cours de formation (étudiants hospitaliers et internes) et les jeunes professionnels diplômés à l'issue de leur internat. Ces revalorisations ont représenté un coût global de près de 48 M€ pour les seuls CHRU. Cela dans le contexte même où l'augmentation du *numerus clausus* engagée à la fin des années 2000 continue à produire ses effets et impacte très fortement les dépenses de personnel des établissements publics de santé ; et particulièrement celui des CHRU, compte tenu du poids des maquettes de formation imposant des stages au sein de ces établissements. Entre 2014 et 2015, les effectifs d'internes ont crû de 6,24 % (+ 1 270 internes). Cette hausse des effectifs implique à elle seule, sans tenir compte des revalorisations, une augmentation des dépenses de 45 M€, soit

## HÔPITAL PUBLIC PRINCIPAUX STATUTS MÉDICAUX SCHÉMA 2



## ÉVOLUTION DE LA RÉMUNÉRATION BRUTE D'UN INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN 3<sup>e</sup> SEMESTRE - STAGE AMBULATOIRE À PLUS DE 15 KM DE SON CHU NON LOGÉ, NON NOURRI - HORS GARDES GRAPHIQUE 1



LE FINANCEMENT DES INTERNES, EN BREF ENCADRÉ 1

Il est assuré par les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

>> **Lors des stages hospitaliers**, les rémunérations sont compensées par les MERRI selon l'ancienneté de l'interne :

- à hauteur de près de 48% de la rémunération réelle pour les internes du 1<sup>er</sup> au 6<sup>e</sup> semestre d'internat,
- à hauteur de 18% de la rémunération réelle pour les internes à partir de leur 7<sup>e</sup> semestre d'internat.

Les indemnités de sujétion sont intégralement financées, tout comme les stages réalisés en dehors de la subdivision de rattachement ou à l'étranger.

Les coûts de la permanence des soins assurée par les internes ne sont pas intégrés au modèle de financement des internes : ils sont à la charge intégrale des établissements.

>> **Lors des stages extrahospitaliers**, la rémunération, la prime de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) et l'indemnité forfaitaire de transport font l'objet, selon la circulaire budgétaire, d'un financement intégral.

>> **Les années de recherche** sont financées intégralement, ainsi que les indemnités des maîtres de stage libéraux.

en septembre 2015. Certes, la rémunération des gardes des étudiants correspond à une somme relativement symbolique. Mais elle est en adéquation avec le profil de professionnel de santé en début de formation, qui exige un réel encadrement. Au niveau individuel, le gain sera relatif (moins de 15 € net mensuel), mais il représente un coût conséquent pour les établissements : 7 M€ en année pleine pour les CHRU, soit 0,18% des dépenses de personnel médical. Aucune compensation de ces surcoûts

### Aucune compensation des surcoûts liés aux réformes du temps de travail médical n'a été octroyée par les pouvoirs publics.

n'a été octroyée par les pouvoirs publics jusqu'à présent <sup>12</sup>, la rémunération des étudiants et leurs gardes n'ayant d'ailleurs jamais été intégrées, avant 2016, au modèle de financement des étudiants.

En plus des mesures de revalorisation liées aux suites du mouvement de grève, à celles liées à la nouvelle valorisation des astreintes dans le contexte

7. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.

8. Pour plus de détails, voir A. Drexler, D. Sanchez, « Réforme du temps de travail des internes : simple mise en conformité réglementaire ou réelle amélioration de la formation ? », *Gestions hospitalières*, n° 553, février 2016.

9. Arrêté du 6 août 2015 relatif aux astreintes des internes.

10. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/conditions\\_travail\\_etudiants\\_internes\\_assistants\\_-\\_rapport\\_final.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/conditions_travail_etudiants_internes_assistants_-_rapport_final.pdf)

11. Arrêté du 6 août 2015 modifiant l'arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine

12. Le nouveau mode de financement des étudiants hospitaliers qui devrait entrer en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2016 devrait l'intégrer à en croire l'annexe IV e la circulaire n° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé.

plus de 1% des dépenses de personnel médical. Certes, partiellement compensées par les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) **ENCADRÉ 1**.

Mais les stages en CHRU sont souvent plébiscités par les internes les plus expérimentés, pour lesquels les recettes MERRI sont plus limitées. La compensation en termes de productivité médicale dépend des spécialités (plus ou moins autonomes et plus ou moins productives en termes de tarification à l'activité). De plus, il existe une iniquité géographique en fonction de l'agence régionale de santé (ARS) de rattachement. Par exemple, les politiques de remboursement des frais de transport pour les étudiants hospitaliers peuvent être différentes selon les ARS de rattachement – remboursement intégral ou partiel, comme le montre une enquête inter-CHRU de septembre 2016. Quoi qu'il en soit, les dépenses liées à l'augmentation du *numerus clausus* augmentent facialement les dépenses de personnel. Lesquelles ne sont que rarement étudiées, par les tutelles, sous l'angle d'une évolution nette (c'est-à-dire déduction faite des recettes afférentes).

### « Gagner plus en travaillant moins » : les revalorisations salariales des professionnels en cours de formation

Suite au mouvement de grève lancé en octobre 2012 revendiquant, entre autres, une amélioration des conditions de travail, la plupart des mesures validées par les pouvoirs publics <sup>10</sup> se sont traduites en revalorisations salariales : rémunération des redoublants et triplants du 2<sup>e</sup> cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, revalorisation de l'indemnité de sujétion des internes de première et deuxième années, création d'une indemnité de responsabilité pour les internes pendant le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), généralisation de l'accès au régime de prise en charge des frais de transports aux étudiants et aux internes. L'impact financier individuel est réel

**GRAPHIQUE 1.**

À ces mesures s'est ajouté pour les étudiants hospitaliers le doublement de l'indemnisation de leurs gardes, « une étape importante (...) dans le contexte de maîtrise des dépenses », selon la ministre des Affaires sociales et de la Santé, lorsqu'elle en a fait l'annonce le 2 juillet 2015 au congrès de l'Association nationale des étudiants en médecine de France : de 26 € brut en août 2015 à 52 € brut en septembre 2016 <sup>11</sup>, après une étape à 39 € brut

de la diminution de leur temps de travail (*voir supra*), les internes ont également été revalorisés pour leurs gardes de week-end, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016<sup>13</sup> : les gardes correspondant au service normal (nuits de semaine) sont rémunérées à hauteur de 119,73 € brut au 1<sup>er</sup> juillet 2016, contre 130,80 € pour les gardes réalisées dans la nuit du samedi au dimanche, la journée d'un dimanche ou d'un jour férié ou la nuit du dimanche au lundi.

La portée de cette revalorisation est avant tout symbolique. Elle traduit la volonté des pouvoirs publics de reconnaître une sujétion particulière, mais elle pourrait être de nature à faire des émules chez les

praticiens séniors. L'impact financier individuel est limité pour les internes : le gain est inférieur à 9 € net par garde de week-end ! Du point de vue des établissements, la situation est tout autre : pour les CHRU, le coût est de l'ordre de 5 M€ en année pleine, soit 0,13 % des dépenses de personnel médical. Aucune compensation de ces surcoûts n'a été octroyée par les pouvoirs publics.

### D'avantage de liberté : revalorisation de la rémunération des assistants

Depuis avril 2015<sup>14</sup>, la prime de 5000 € brut dont pouvaient bénéficier les assistants qui s'engageaient, contractuellement, à exercer pendant deux ans dans l'établissement public de santé a été supprimée. Concomitamment, les assistants sont devenus éligibles à l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE). Au niveau individuel, lorsque la montée en charge progressive sera achevée, ce dispositif s'avérera plus attractif (indemnité mensuelle de 493,35 € brut en novembre 2017 **GRAPHIQUE 2**). Autrement dit, un exercice de deux ans en qualité d'assistant spécialistes entraînera le versement d'une IESPE cumulée de 11840 €, contre 5000 € pour la prime d'engagement précédente.

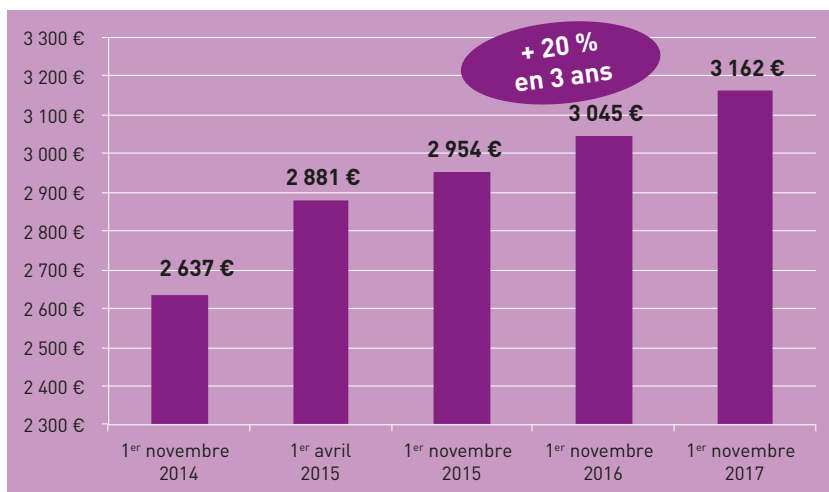
Ce régime plus favorable a surtout vocation à réduire les disparités de rémunération entre jeunes praticiens – **GRAPHIQUE 3** – même si ce statut continuera à être choisi pour deux raisons : l'acquisition d'une surspécialité ou d'un complément de formation, et l'accession au secteur 2. Au niveau des établissements, l'intérêt de la prime d'engagement était réel : l'assistant qui démissionnait avant le terme de son engagement de deux ans remboursait la prime perçue. Désormais, la prime étant mensualisée, l'assistant peut démissionner avec un préavis de deux mois. Le nouveau système est donc plus insécurisant pour les établissements publics de santé.

Au niveau national, pour les seuls CHRU, le surcoût de cette revalorisation salariale représente 6 M€ en année pleine, soit l'équivalent de 0,15 % de la masse salariale des personnels médicaux 2015. Bien que censées être compensées par des crédits MIGAC et DAF ciblés<sup>15</sup>, ces dépenses ne sont pas neutres pour les établissements.

Osons le dire, le choix a été fait de revaloriser fortement les rémunérations des professionnels médicaux en cours de formation, et principalement des internes, alors même qu'ils sont « captifs », puisque devant répondre à leurs maquettes de formation afin d'obtenir leur diplôme d'État de

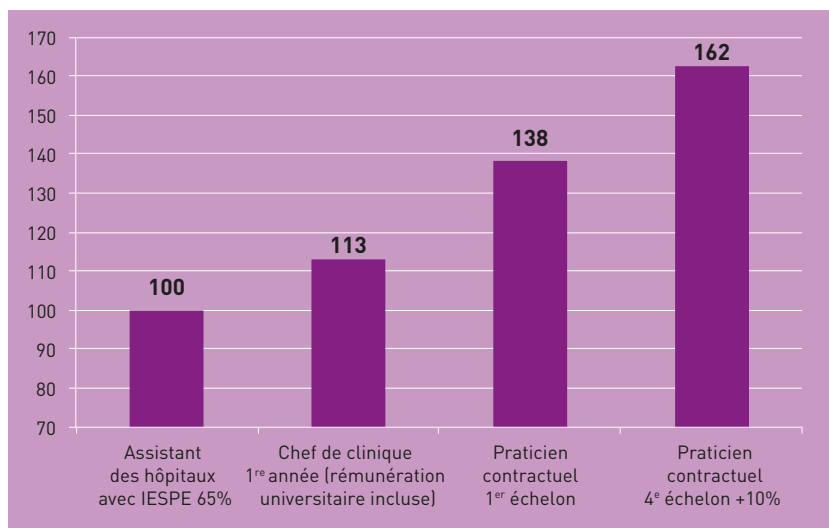
## ÉVOLUTION DE LA RÉMUNÉRATION BRUTE MENSUELLE D'UN ASSISTANT SPÉCIALISTE GRAPHIQUE 2

ENTRE 2014 ET 2017 - ASSISTANT SANS CONTRAT D'ENGAGEMENT, PUIS IESPE À PARTIR D'AVRIL 2015



## COMPARAISON DES RÉMUNÉRATIONS DE POST-INTERNAT GRAPHIQUE 3

AU 30 JUIN 2016 - BASE 100 ASSISTANT SPÉCIALISTE AVEC IESPE À 65 %





## ADDITION DES MESURES NON COMPENSÉES CONCERNANT LE PERSONNEL MÉDICAL ENCADRÉ 2

### COÛT EN ANNÉE PLEINE POUR LES CHRU

- Dégel du point d'indice – 42 millions d'euros
- Réforme du temps de travail des urgentistes – 36 millions d'euros
- Réforme du temps de travail des seniors (astreintes) – 20 millions d'euros
- Réforme du temps de travail des internes (astreintes) – 5 millions d'euros
- Revalorisation des gardes de WE pour les internes – 5 millions d'euros
- Revalorisation des gardes des étudiants hospitaliers – 7 millions d'euros
- Suppression du TTA de nuit remplacé par le TTA de jour – 4,5 millions d'euros
- Génération du forfait « astreinte opérationnelle » – 6,5 millions d'euros
- Harmonisation des droits sociaux – 6 millions d'euros
- Prime d'exercice territorial – 6 millions d'euros
- Ouverture du CGOS aux médecins – 26 millions d'euros

docteur en médecine. Ce sont les seuls professionnels qui peuvent se prévaloir d'avoir obtenu une augmentation de leur rémunération et une diminution de leur temps de travail. Lorsque d'aucuns revendiquent une augmentation de leur temps de travail – à valoriser sous la forme de temps de travail additionnel pour leur permettre de maintenir la qualité de leur formation –, on ne peut qu'espérer que cette demande n'aboutisse pas... Quant aux assistants spécialistes, il s'agit également de professionnels « captifs » pour la plupart, dans la mesure où les deux années d'assistantat sont indispensables pour obtenir le titre d'« ancien assistant des hôpitaux », nécessaire pour appliquer des honoraires de secteur 2.

Somme toute, si ces mesures avaient eu pour ambition cachée de renforcer l'attractivité de l'hôpital public, force est de constater que leur nature même et le public captif visé ne le leur permettaient pas.

### Plan d'actions pour l'hôpital public : une réelle efficacité à attendre en termes d'attractivité ?

Après avoir privilégié des revalorisations salariales pour les professionnels en cours de formation et les jeunes professionnels, les pouvoirs publics ont fait le choix de prendre à bras-le-corps le dossier de l'attractivité médicale à l'hôpital. Depuis l'automne 2015, une large concertation ministérielle a été organisée pour décliner les engagements du plan « Attractivité de l'exercice médical – Plan d'action pour l'hôpital public »<sup>16</sup>. Cette démarche vise notamment à faire évoluer le cadre statutaire pour attirer et fidéliser les praticiens dans les établissements publics de santé, mais aussi pour accompagner la mise en place des GHT et la mise en œuvre effective des projets médicaux partagés. La déclinaison de certains engagements a déjà donné lieu à la publication de textes qui n'emportent pas immédiatement des conséquences budgétaires et dont on peut douter qu'elles permettent d'« attirer de plus en plus de jeunes et donner envie de travailler pour ce beau patrimoine qu'est l'hôpital »<sup>17</sup>. C'est le cas de la prolongation d'activité jusqu'à 70 ans et du cumul emploi-retraite jusqu'à 72 ans, ou encore de la réforme du développement professionnel continu<sup>18</sup>.

D'autres à venir vont représenter des coûts importants pour les établissements publics de santé. Au regard des dépenses déjà engagées liées aux

### Le choix a été fait de revaloriser fortement les rémunérations des professionnels médicaux en cours de formation, alors même qu'ils sont « captifs ».

réformes du temps de travail médical et celles liées aux revalorisations catégorielles, il serait préférable de cibler prioritairement les dépenses nouvelles pour des mesures avec l'impact potentiel le plus important. À l'heure à laquelle est rédigé cet article, les arbitrages ministériels relatifs à la déclinaison des engagements pris en novembre 2015 ne sont pas encore connus. Pour autant, le contenu du plan et les déclarations de la ministre ont permis de chiffrer certaines mesures.

### Rétablir l'équité : homogénéiser les droits sociaux et d'exercice en début de carrière

Très concrètement, il s'agit de permettre un maintien de la rémunération en cas de maladie et de maternité. Aujourd'hui, un praticien contractuel en congé maternité perçoit la moitié de son salaire, ce qui ne peut induire qu'incompréhension voire ressentiment à l'égard de l'employeur ; avec la modification des textes réglementaires, sa

**13.** Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne.

**14.** Décret n° 2015-321 du 20 mars 2015 portant attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux assistants des hôpitaux à temps plein et de la prime d'engagement aux assistants associés.

**15.** Des crédits ont été délégués nationalement, mais on observe des pratiques différentes d'allocation aux établissements selon les ARS.

**16.** [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/021115\\_-\\_dp\\_-\\_plan\\_d\\_action\\_attractivite\\_a\\_l\\_hopital\\_public.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/021115_-_dp_-_plan_d_action_attractivite_a_l_hopital_public.pdf).

**17.** Objectif du plan d'actions selon le communiqué de presse : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/021015\\_-\\_cp\\_-\\_plan\\_d\\_action\\_carriere\\_medicale\\_a\\_l\\_hopital\\_public.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/021015_-_cp_-_plan_d_action_carriere_medicale_a_l_hopital_public.pdf)

**18.** Plus de détails : A. Drexler, « DPC 2.0. Ready, set, go ! », *Revue hospitalière de France*, n° 571, juillet-août 2016.

rémunération sera maintenue. Les représentants des établissements et la FHF soutiennent cette disposition que la féminisation du corps médical rend impérative. Cette mesure d'équité représentera cependant un coût d'environ 6 M€ en année pleine, pour les seuls CHRU.

### Reconnaître les sujétions particulières : accompagner la mise en place des GHT

Une prime d'exercice territorial destinée à remplacer la prime multisite est prévue. En l'absence d'arbitrages ministériels, ses contours ne sont pas nettement définis. Cette « indemnité pour exercice sur plusieurs établissements », en place depuis le début des années 2000, a connu un succès certain et sûrement contribué au développement de l'exercice médical partagé entre plusieurs établissements. Mais elle a ses limites : les praticiens

### La future prime d'exercice territorial devra être incitative et valoriser les praticiens qui s'investissent le plus.

contractuels n'y sont pas éligibles, le montant est forfaitaire et donc insuffisamment incitatif, l'éloignement des sites d'intervention n'est pas pris en compte. Dans l'hypothèse d'un doublement du nombre de bénéficiaires, le surcoût en année pleine pour les CHRU est estimé à plus de 6 M€. Qui plus est, ce surcoût peut être d'autant plus conséquent, dans la mesure où les pratiques diffèrent selon les ARS de référence des établissements publics de santé : aucune prise en charge, quotas de prime payés, intégralité des primes payées. Afin de ne pas démobiler les praticiens très investis, il sera indispensable que cette nouvelle prime, vraisemblablement déclinée en plusieurs niveaux, marque un différentiel incitatif entre ceux qui s'investissent beaucoup et ceux qui s'investissent *a minima*.

### Revaloriser (discrètement) : améliorer la valorisation du temps médical à l'aube des GHT

Dans la dynamique de structuration de l'exercice territorial, et particulièrement le contexte de la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT), les projets médicaux partagés (avec l'axe permanence des soins) servent de caution à une revalorisation du temps de travail médical :

- **suppression de la distinction astreinte de sécurité (AS)/astreinte opérationnelle (AO)**, soit un tarif unique de 42,38 € brut pour le forfait de

base (contre 30,72 € pour le forfait de base de l'astreinte de sécurité). Or il ne semblait pas injuste de reconnaître, par des niveaux de paiement différents, que certaines astreintes sont potentiellement plus mobilisées que d'autres ;

- **indemnisation du temps de travail additionnel (TTA) sur la base du seul tarif de jour**, significativement plus avantageuse pour les praticiens ; à ce jour, le choix de la répartition TTA de jour/TTA de nuit revient à chaque établissement, et la différence de tarif est notable (319,46 € brut pour une plage additionnelle de jour, contre 210,56 € pour une plage de TTA de nuit, déduction faite de l'indemnité de sujétion).

L'homogénéisation de la rémunération des astreintes aura un impact financier quasiment nul pour les praticiens (moins de 10 € net par astreinte), alors qu'il représentera 6,5 M€ de surcoût pour les CHRU, auxquels il conviendra d'ajouter 4,5 M€ correspondant à la rémunération homogénéisée du TTA. Seule solution pour que ce surcoût devienne un coût nul : supprimer, dans certains établissements du GHT, les lignes de permanence de

soins « factices » qui servent aujourd'hui de compléments de revenus. Autrement dit, assumer au niveau du GHT ce que n'ont pas toujours assumé les ARS jusqu'à présent.

### Au-delà des chiffres...

Priorité avait été donnée, dans le calendrier des concertations, aux mesures à impact budgétaire pour les praticiens, et/ou à celles s'inscrivant le calendrier des réformes (cas de l'exercice territorial). Aussi, un certain nombre de mesures encore non concertées portent sur la promotion du management des équipes médicales, la dynamique des conditions et de qualité de vie au travail ou encore la facilitation de l'entrée des jeunes praticiens dans la carrière hospitalière. Il n'en demeure pas moins que certaines présentent un impact financier et sont essentielles (valorisation de la télémédecine, plafonnement des dépenses d'intérim...).

D'autres cependant laissent plus sceptiques. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de développer le volet « personnel médical » des projets sociaux des établissements en ouvrant le Centre de gestion des œuvres sociales (CGOS) aux personnels médicaux : bien que cette adhésion demeure volontaire, si elle concernait l'ensemble des CHRU avec un taux de cotisation identique à celui concernant le personnel non médical, le surcoût en année

pleine serait potentiellement de 26 M€ (soit 0,66 % des dépenses de personnel médical), et ce pour accéder à des réductions sur les dépenses de loisir et des prestations souvent sous conditions de ressources. Le budget dédié serait supérieur à celui dédié au développement professionnel continu de ces mêmes professionnels (0,5 % de la masse salariale du personnel médical en CHRU – 0,75 % dans les autres établissements publics de santé).

En définitive, toute mesure concernant le personnel médical devrait avoir pour objectif de renforcer l'attractivité médicale de l'hôpital public. Il convient de privilégier des mesures efficaces, satisfaisantes pour le public concerné et inscrites dans une approche globale, plutôt que le « saupoudrage » catégoriel qui, bien souvent, a une incidence financière symbolique pour les praticiens, tout en représentant un coût excessif pour les établissements. C'est l'ambition du plan d'action ministériel pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public qui n'échappe pas aux tentations de « saupoudrage ».

Aux côtés des mesures qui constituent des revalorisations salariales plus ou moins assumées par les pouvoirs publics, il convient d'interroger nos pratiques managériales directes mais aussi indirectes, c'est-à-dire celles à l'œuvre dans les services de soins entre personnels médicaux. Qu'on ne s'y trompe pas : si l'ambiance entre médecins est détestable ou si le chef de service est tyrannique, les mesures de revalorisation salariale ne seront pas suffisantes pour donner envie à un assistant spécialiste de postuler sur un poste de praticien hospitalier vacant. Une enquête auprès des internes franciliens réalisée en 2013<sup>19</sup> l'avait montré : l'« *ambiance de travail agréable* » était le critère le plus important du choix entre exercice public et exercice libéral, parallèlement à « *l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée* ». Ces deux critères étaient jugés extrêmement importants et très importants par près de 86 % des répondants – contre 61 % pour « *les revenus conformes à [leurs] attentes* ».

Indépendamment des mesures salariales et des prochaines annonces ministérielles de formalisation du plan attractivité, utilisons nos marges d'autonomie pour innover sur le terrain, avec les acteurs médicaux locaux. Pour développer des temps d'accueil auprès des nouveaux recrutés, accompagner la prise de fonction des chefs de service<sup>20</sup> ; optimiser le fonctionnement des plateaux

techniques, ouvrir (plus largement) des places en crèche pour le personnel médical, développer des partenariats avec les collectivités locales ; aider au placement des conjoints ou encore accompagner les parcours de carrière individuels, notamment dans le nouveau contexte des groupements hospitaliers de territoire. Car ce sont aussi ces conditions extra-salariales qui permettront de fidéliser – ou d'attirer – de jeunes médecins, face aux conditions financières et réglementaires du secteur privé, sur lesquels les hôpitaux publics ne pourront, de toute façon, pas s'aligner. ■

19. Étude TNS Sofres/SIHP, « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France », mai 2013.

<http://www.sihp.fr/usrfile/275/Rapport%20SOFRES.pdf>

20. Désormais, une obligation réglementaire depuis le décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

**FORMATION  
TOUT AU LONG DE LA VIE**

Université François-Rabelais  
**TOURS**

**FORMATIONS  
ADAPTÉES  
À UNE ACTIVITÉ  
PROFESSIONNELLE**

Catalogue en ligne sur  
[www.formation-continue.univ-tours.fr](http://www.formation-continue.univ-tours.fr)

**CANDIDATURE  
EN LIGNE**

**De nombreuses formations destinées  
aux professionnels de la santé :**

- Démarche qualité et gestion des risques en établissement de santé et en secteur médico-social
- Formation à la simulation en sciences de la santé, avec applications à la périnatalité et la pédiatrie
- Développer la démarche participative, pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins...

UNIVERSITÉ  
FRANÇOIS-RABELAIS  
TOURS

Agence  
d'Orientation  
Professionnelle

**Tél : 02 47 36 81 31**  
[formation-continue@univ-tours.fr](mailto:formation-continue@univ-tours.fr)