



Inspection générale
des affaires sociales
RM2008-147P

Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers

RAPPORT TOME I

Établi par

Laurent CHAMBAUD Mustapha KHENNOUF Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec le concours de

Patrick MORDELET Etienne DUSEHU Loïc GEFFROY

Conseillers généraux des établissements de santé

- Janvier 2009 -

Sommaire

SYNTHESE	5
INTRODUCTION.....	15
1. DE FORTES DISPARITES DE REMUNERATION INTER ET INTRA DISCIPLINAIRES POUR LES PRATICIENS QUI ONT UNE ACTIVITE LIBERALE TRADUISANT D'ABORD UNE TARIFICATION FAVORABLE AUX SPECIALITES A ACTES MEDICO TECHNIQUES	17
1.1. <i>Le système de rémunération des praticiens en exercice libéral qui exercent principalement dans des établissements hospitaliers privés</i>	<i>18</i>
1.2. <i>Evolution globale des honoraires libéraux (ambulatoire et en établissement)</i>	<i>18</i>
1.3. <i>Des revenus libéraux composites.....</i>	<i>24</i>
1.4. <i>Le dispositif de rémunération à l'acte n'intègre pas la notion de qualité.....</i>	<i>36</i>
2. POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS SALARIES SOUS STATUTS PUBLICS OU PSPH, UN SYSTEME DE REMUNERATION LARGEMENT DECONNECTE DE L'ACTIVITE ET DES RESULTATS	37
2.1. <i>La différenciation des rémunérations des praticiens des établissements publics de santé..</i>	<i>37</i>
2.2. <i>La faiblesse, dans les EPS, du lien entre la rémunération d'un côté, l'activité et les résultats de l'autre.....</i>	<i>51</i>
2.3. <i>Un système de rémunération peu favorable au développement d'une gestion des ressources humaines dans un contexte de recherche de performance</i>	<i>61</i>
2.4. <i>Le système de rémunération des praticiens qui travaillent dans les établissements privés participant au service public hospitalier : un exercice salarié avec des possibilités d'adaptation locale.....</i>	<i>64</i>
2.5. <i>La comparaison des rémunérations des praticiens des différents modes d'exercice et la question des retraites.....</i>	<i>65</i>
3. DES SPECIFICITES DE LA SITUATION DE LA FRANCE PAR RAPPORT A CELLE DE CERTAINS PAYS ETRANGERS.....	68
4. UNE FORTE OPACITE SUR LES REMUNERATIONS COMPLEMENTAIRES LIEES AUX ACTIVITES DE RECHERCHE ET D'EXPERTISE	71
4.1. <i>Eléments d'ensemble sur les rémunérations complémentaires.....</i>	<i>72</i>
4.2. <i>Les rémunérations complémentaires liées aux activités de recherche</i>	<i>74</i>
4.3. <i>Les rémunérations complémentaires liées aux activités d'expertise (hors recherche).....</i>	<i>80</i>
5. DES POLITIQUES DE REMUNERATIONS QUI PRENNENT MAL EN COMPTE LES ENJEUX DE LONG TERME	83
5.1. <i>Des difficultés importantes dans le pilotage des systèmes de rémunération</i>	<i>83</i>
5.2. <i>Une faible prise en compte des enjeux de long terme dans les politiques de rémunération</i>	<i>87</i>
6. DE NOUVELLES ORIENTATIONS POUR LES POLITIQUES DE REMUNERATION.....	90
6.1. <i>Elaborer une nouvelle CCAM pour refonder les rémunérations sur des bases plus objectives et en cohérence avec les enjeux stratégiques du système de soins et en assurer une actualisation régulière dans le cadre de la discussion conventionnelle</i>	<i>91</i>

<i>6.2. Resserrer les liens entre activité, résultats et rémunérations pour les praticiens des EPS et des établissements PSPH.....</i>	<i>101</i>
<i>6.3. Renforcer le pilotage des politiques de rémunérations</i>	<i>115</i>
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	123
LETTRE DE MISSION.....	125
Liste des personnes rencontrées.....	129

Synthèse

- [1] Par lettre du 28 février 2008, la ministre de la santé de la jeunesse et des sports avait demandé à ce que soit lancée une mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. Il s'agissait d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération.
- [2] Pour réaliser l'état des lieux, la mission n'a pas pu s'appuyer sur une source unique ou sur des informations mises en commun et régulièrement actualisées. Elle a donc utilisé différentes sources que sont principalement les données du système d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM), celles obtenues à partir d'un croisement des fichiers de déclarations de revenus de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) et du SNIIR-AM retraitées par la DREES, celles de différents organismes (DREES, HCAAM, ONDPS...), ainsi qu'une enquête spécifique menée par la DHOS et le CNG. Par ailleurs, la mission a procédé à un éclairage international par l'intermédiaire des données recueillies par l'OCDE dans le cadre d'une étude sur les rémunérations des médecins dans 14 pays membres. Elle a complété ces informations par des enquêtes dans une vingtaine d'établissements publics ou privés principalement situés dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Mayenne, de Paris et par des entretiens avec les responsables d'organismes à vocation nationale et des personnalités.

Constats

- [3] Le rapport fait apparaître un certain nombre de constats qui, pour une grande partie d'entre eux, ne sont pas réellement nouveaux mais que la mission s'est efforcée de documenter de manière approfondie :
- [4] ***Dans l'exercice privé libéral, il existe de fortes disparités de rémunération (honoraires et revenus) inter et intra disciplinaires qui reflètent d'abord une tarification des actes plus favorable aux spécialités médico-techniques qu'aux spécialités cliniques mais sont aussi le résultat de l'impact des dépassements d'honoraires sur les rémunérations.***
- [5] Ces disparités ne sont pas liées à des différences dans les compétences mises en œuvre ou à la prise en compte des indicateurs de qualité. Elles traduisent la valorisation exclusive des actes et ne permettent pas ou peu de prendre en compte les activités transversales liées à la pratique en établissement de santé (lutte contre les infections nosocomiales, processus qualité, vigilances sanitaires...) ou celles exigées par l'approche des maladies chroniques (éducation thérapeutique, consultations pluridisciplinaires...)

Tableau 1 : Honoraires moyens annuels des praticiens libéraux (en euros). Année 2005 à 2007

	honoraires moyens annuels par praticien 2005	honoraires moyens annuels par praticien 2006	honoraires moyens annuels par praticien 2007	Evolution 2005/2007
Anesthésie-réanimation chirurgicale	214 493	225 303	231 379	7,9
Pathologie cardio-vasculaire	167 640	172 744	176 189	5,1
Chirurgie	192 677	195 242	198 766	3,2
Dermato-vénéréologie	110 420	110 277	113 787	3,0
Radiologie seule	464 725	476 528	489 163	5,3
Médecine nucléaire	572 135	585 449	576 526	0,8
Radiothérapie	644 038	668 651	686 913	6,7
Gynécologie-obstétrique	149 276	153 532	155 931	4,5
Gastro-entérologie et hépatologie	153 557	156 574	163 346	6,4
Médecine interne	103 494	106 873	111 705	7,9
Oto-rhino-laryngologie	140 709	143 428	150 234	6,8
Pédiatrie	115 635	119 557	121 045	4,7
Pneumologie	123 952	129 996	134 776	8,7
Rhumatologie	116 341	122 854	130 560	12,2
Ophtalmologie	188 337	197 076	206 141	9,5
Neuropsychiatrie	84 361	81 795	79 168	- 6,2
Stomatologie	206 269	205 998	212 439	3,0
Rééducation réadaptation fonctionnelle	108 956	111 875	115 245	5,8
Neurologie	116 346	119 718	123 167	5,9
Psychiatrie	100 294	100 634	101 880	1,6
Néphrologie	143 340	155 708	158 761	10,8
Anatomo-cyto-pathologie	288 867	303 815	319 970	10,8
Endocrinologie et métabolisme	83 617	82 049	84 053	0,5

Source : CNAMTS/PS5 données en date de soins, retraitement IGAS

[6] Les niveaux de dépassement sont très variables selon les spécialités. La corrélation avec le niveau d'honoraires n'est pas la règle.

Tableau 2 : Pourcentage des honoraires des praticiens dus à des dépassements (en euros).
Année 2005 à 2007

	% moyen de dépassement 2005	% moyen de dépassement 2006	% moyen de dépassement 2007
Anesthésie-réanimation chirurgicale	14,4	15,5	15,9
Pathologie cardio-vasculaire	4,4	4,2	4,3
Chirurgie	30,3	31,2	31,3
Dermato-vénérologie	19,9	19,7	19,8
Radiologie seule	2,3	2,6	2,7
Médecine nucléaire	0,5	0,2	0,1
Radiothérapie	1,1	1,6	1,3
Gynécologie-obstétrique	26,5	27,0	27,9
Gastro-entérologie et hépatologie	10,4	10,8	11,0
Médecine interne	19,9	19,2	19,1
Oto-rhino-laryngologie	20,9	19,9	20,0
Pédiatrie	14,5	14,4	14,7
Pneumologie	3,9	3,8	3,9
Rhumatologie	17,8	16,4	16,1
Ophthalmologie	24,4	24,3	25,0
Neuropsychiatrie	12,2	13,1	13,3
Stomatologie	43,0	43,7	43,5
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	22,7	22,3	22,8
Neurologie	10,3	9,8	10,1
Psychiatrie	12,9	13,6	14,3
Néphrologie	0,5	0,6	0,6
Anatomo-cyto-pathologie	4,0	4,0	3,8
Endocrinologie et métabolisme	28,3	28,4	28,9

Source : PS5 - Données en date de soins liquidées jusqu'en août 2008 et complétées à 24 mois.
Retraitement IGAS

- [7] Ces différences en moyenne masquent de fortes disparités au sein de chaque spécialité. La combinaison des deux déciles les plus élevés fait apparaître le gradient entre les spécialités à dominante technique qui perçoivent des honoraires largement supérieurs aux spécialités à dominante clinique (ratio de 1 à 4).
- [8] L'analyse des revenus des médecins à exercice exclusif libéral ou ayant une activité libérale montre, de la même manière, des revenus bénéficiant aux spécialités où l'acte technique est prépondérant. Les écarts inter spécialités sont importants pour les spécialités extrêmes que l'on prenne la moyenne ou la médiane. Le ratio est de 2,30 entre les radiologues et les dermatologues pour la moyenne et de 2,34 pour la médiane. Cet écart tend à s'accroître lorsque l'on observe les revenus exclusivement libéraux (2,50 pour la moyenne, 2,63 pour la médiane). Les disparités entre spécialités restent du même ordre de grandeur lorsqu'on les analyse à travers l'écart entre les déciles les plus élevés des spécialités extrêmes (radiologie et dermatologie). Cet écart, sur le 9^{ème} décile est de 2,21.

Tableau 3 : Revenu d'activité des médecins exerçant exclusivement en libéral en 2005 (par ordre décroissant de revenu moyen)

Spécialités	Effectif	Moyen	Premier décile	Médian	Neuvième décile	Rapport inter-déciles
		(en euros) (1)	(en euros)	(en euros) (2)	(en euros)	(3)
Radiologie	2 413	177 034	71 245	165 196	290 291	4,1
Chirurgie	2 587	162 537	60 363	143 515	278 221	4,6
Anesthésie	2 140	150 378	80 597	143 769	222 916	2,8
Stomatologie	626	123 611	39 453	107 586	230 003	5,8
Cardiologie	1 773	123 297	46 968	110 112	213 865	4,6
Ophthalmologie	2 884	122 926	45 566	101 093	224 599	4,9
Autres médecine	1 685	101 548	26 537	80 595	187 808	7,1
Gastro-entérologie	915	99 192	40 334	91 697	161 874	4,0
Oto-rhino-laryngologie	922	91 946	30 949	85 725	158 308	5,1
Gynécologie	2 892	90 100	29 107	70 564	177 069	6,1
Pneumologie	433	86 966	31 109	80 473	146 884	4,7
Rhumatologie	1 037	76 624	25 648	68 397	137 077	5,3
Psychiatrie	2 996	76 222	25 635	65 936	136 669	5,3
Pédiatrie	1 305	72 000	28 691	65 353	120 399	4,2
Dermatologie	2 204	70 676	29 022	62 883	119 347	4,1
<i>Omnipraticiens</i>	<i>45 699</i>	<i>69 521</i>	<i>28 444</i>	<i>64 990</i>	<i>113 955</i>	<i>4,0</i>
Ensemble des spécialités	26 812	112 726	35 527	94 063	210 943	5,9
Ensemble des médecins	72 511	85 496	30 556	71 873	154 577	5,1

- [9] Les revenus d'activité comprennent les bénéfices non commerciaux et les salaires, mais ils n'incluent pas les revenus du patrimoine professionnel qui peuvent être significatifs pour certaines spécialités.
- [10] Par ailleurs, la mission a pu montrer que la prise en compte des charges dans l'appréciation des revenus libéraux ne modifie pas de manière significative la hiérarchie des spécialités. Toutefois, cette appréciation des charges doit pouvoir dans l'avenir être plus précise.
- [11] La mission a également constaté que la mise en œuvre de la CCAM médico-technique n'a pas permis de modifier l'avantage traditionnel dont bénéficient les spécialités médico-techniques, ni de moduler les dépassements.
- [12] *Dans les établissements publics de santé, les disparités de rémunérations sont également très importantes, combinant plusieurs éléments : les différences de statut, les activités de permanence des soins, l'exercice libéral, les rémunérations complémentaires liées à la recherche ou l'expertise.*

- [13] **La part des indemnités** (dont une large part est liée à la rémunération de la permanence des soins) dans les rémunérations varie fortement d'une spécialité à l'autre, au bénéfice notamment de l'anesthésie réanimation et de la chirurgie. Elle est par ailleurs plus élevée pour les personnels enseignants et hospitaliers temporaires dans les CHU, et notamment les chefs de clinique, quelle que soit la spécialité. Elle atteint ainsi les deux tiers de la rémunération de ces personnels dans les deux spécialités sus citées. Dans la dernière période la forte revalorisation des indemnités liées à la permanence des soins (+43% entre 2003 et 2005) a conduit à accroître la différenciation des rémunérations entre spécialités et entre praticiens.

Tableau 4 : Pourcentage moyen des indemnités dans la rémunération au sein d'un échantillon de CH et de CHU, par spécialité. Année 2007

Spécialité	% moyen des indemnités dans la rémunération (étude sur un échantillon de CH)	% moyen des indemnités dans la rémunération (étude sur un échantillon de CHU)
Anesthésie réanimation	31,98%	26,42%
Chirurgie	28,20%	30,89%
Psychiatrie	16,63%	18,83%
Pédiatrie	26,91%	24,30%
Gynécologie	28,55%	28,30%
Pathologie cardio vasculaire	27,11%	22,34%
Oncologie radiothérapique	12,73%	12,85%
Radiologie imagerie médicale	25,32%	24,48%
Endocrinologie et métabolisme	12,20%	15,12%
Médecine nucléaire	8,07%	12,01%
Biologie médicale	14,57%	13,52%
Ophthalmologie	31,96%	15,56%
Médecine interne	16,04%	15,03%
Oncologie médicale	12,80%	16,56%

Source : Enquête CNG/DHOS. Retraitement IGAS

- [14] **L'activité libérale à l'hôpital** peut être caractérisée par les points suivants :
- La population médicale exerçant dans un EPS ayant fait le choix de l'activité libérale est relativement faible ;
 - La répartition des praticiens est très concentrée sur quelques spécialités ;
 - La répartition géographique révèle également une très forte concentration sur trois départements (Paris, Rhône, Alpes Maritimes), notamment en secteur 2 ;
 - Les montants des rémunérations sont très dispersés.

Tableau 5 : Honoraires libéraux totaux et taux de croissance annuel (2004/2007) pour les médecins hospitaliers temps plein selon le secteur

	secteur 1			secteur 2 et IDP		
	Effectifs (2007)	Moyenne honoraires totaux (2007)	taux croissance annuel 2004/2007	Effectifs (2007)	Moyenne honoraires totaux (2007)	taux croissance annuel 2004/2007
Médecine générale	21	46 135	4,3%	6	23 956	15,2%
Anesthésie-réanimation chirurgicale	72	62 598	7,7%	16	47 051	6,1%
Pathologie cardio-vasculaire	356	83 236	10,3%	64	83 627	14,3%
Chirurgie	542	73 920	8,7%	583	92 430	4,8%
Dermato-vénérologie	12	33 521	11,5%	30	43 026	4,7%
Radiologie	419	101 896	7,1%	48	89 216	17,1%
Gynécologie	296	57 337	5,1%	295	75 500	5,4%
Gastro-entérologie et hépatologie	137	52 792	6,6%	38	51 879	7,1%
Médecine interne	64	32 786	-5,2%	58	40 059	-2,1%
Oto-rhino-laryngologie	60	49 589	6,2%	103	70 653	1,4%
Pédiatrie	65	37 580	2,1%	22	45 593	8,6%
Pneumologie	82	47 476	12,6%	20	45 923	1,9%
Rhumatologie	18	27 509	0,5%	36	41 346	6,4%
Ophthalmologie	29	84 087	3,5%	120	112 009	8,3%
Neuropsychiatrie	8	31 668	-14,3%	5	41 020	-7,8%
Stomatologie	7	57 631	-5,1%	22	80 973	6,7%
Rééducation réadaptation fonctionnelle	11	34 353	-3,2%	7	60 357	2,6%
Neurologie	69	42 478	7,7%	24	47 449	4,1%
Psychiatrie	100	32 599	-0,8%	24	43 124	-6,9%
Néphrologie	40	38 558	1,6%	6	33 880	-2,7%
Anatomo-cyto-pathologie	12	42 461	0,2%	2	101 418	3,1%
Endocrinologie et métabolisme	17	28 024	4,4%	20	32 168	3,1%
Total spécialistes	2416	68 544	7,2%	1543	78 997	5,5%
TOTAL MEDECINS	2437	68 351	7,1%	1549	78 784	5,5%

Source : CNAMTS/SNIR-PS

- [15] La mission a également relevé une pratique *de dépassements en exercice libéral* (hors de l'établissement de santé) *chez les praticiens libéraux* occupant par ailleurs un temps partiel hospitalier largement supérieurs aux dépassements demandés en exercice libéral pur, quelle que soit la spécialité.
- [16] De nombreux praticiens perçoivent des rémunérations complémentaires à des niveaux significatifs dans le cadre de *leur participation à des activités de recherche et d'expertise*. Ces rémunérations peuvent revêtir des formes diverses (orateur, contributions scientifiques, conseil, expertise). Sur un échantillon de plus de 5 000 dossiers déposés entre le 1^{er} janvier 2007 et la mi-année 2008, la médiane des prestations varie de 765€ à 3 200€ selon la nature de la prestation, mais peut s'élever jusqu'à 600 000€.
- [17] Il existe une forte opacité sur ces rémunérations, ce qui n'est pas favorable à une bonne gestion de la ressource médicale dans les établissements.

- [18] *Au total*, les écarts de rémunération vont couramment de 1 à 5 dans les centres hospitaliers, de 1 à 10 dans les CHU.
- [19] *Dans les établissements publics de santé, le système de rémunération organise de fait la déconnexion entre la rémunération d'un côté et l'activité et les résultats de l'autre. Cette situation a des conséquences négatives sur la gestion des établissements.*
- [20] Le système de gestion est caractérisé par l'absence de programmation et de suivi de l'activité des praticiens et la très forte hétérogénéité du management des équipes. Il ne permet pas de distinguer les niveaux d'activité. Des rémunérations de permanence des soins (PDS) ont été revalorisées sans que soit assuré un emploi optimal des crédits concernés, lié à la pertinence réelle de ces activités. Le système de rémunération est une composante majeure d'un système de gestion des ressources médicales. Celui en place n'encourage ni à la mobilité, ni à une gestion dynamique des parcours de carrière et comporte des conséquences négatives pour l'attractivité et la performance des établissements.
- [21] *La mission a également pu noter que les pratiques mixtes (public et privé) étaient répandues.*
- [22] Elles se manifestent de différentes manières : temps partiel hospitalier, exercice libéral des temps plein hospitalier, pratiques de salariat dans certains établissements privés. La mission a en particulier noté le cas spécifique des hôpitaux locaux qui offrent une formule originale de mixité des emplois médicaux et des rémunérations.
- [23] Il apparaît ainsi que les modes spécifiques de rémunération des médecins se retrouveront de moins en moins à l'état pur et devront être combinés en fonction des pathologies, des modes de prises en charge et des types de spécialités dans le cadre de chacun des modes d'exercice, qu'il soit libéral ou salarié.
- [24] *Les systèmes de rémunération (publics et privés) ne prennent que faiblement en compte les enjeux de long terme que constituent l'évolution de la démographie médicale, le déclioisonnement du système de santé entre hôpital et de médecine de ville et l'équilibre entre concurrence et complémentarité dans les relations liant établissements publics et privés.*
- [25] Le système de rémunération doit favoriser une amélioration de la prise en charge globale du patient. Il doit prendre en compte la valeur ajoutée du médecin pour restaurer la santé du patient et pas seulement une succession d'actes techniques isolés et cumulatifs dont la contribution aux soins ne répond pas à une stratégie cohérente dans la prise en charge, notamment pour les maladies chroniques. Il doit favoriser l'interaction entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire, par une cohérence des modes de rémunération.
- [26] Dans un contexte de forte tension démographique, il ne peut être exclu un retentissement en termes d'inégalités de recours aux soins pour les patients si la ressource médicale n'est pas utilisée de manière efficace, que ce soit au travers des établissements publics ou privés.
- [27] Le pilotage de la politique de la politique de rémunération souffre du cloisonnement entre la CNAMTS et la DHOS et pour les établissements publics de santé (EPS) d'une trop forte centralisation de la gestion des ressources humaines médicales.
- [28] Ce système ne permet pas de disposer d'un tableau de bord de l'évolution de l'ensemble des rémunérations, et de lier ces informations à la fois aux besoins en santé et à la qualité et la performance des soins prodigués.
- [29] Cette absence de pilotage unique existe aussi bien au niveau national que régional.

Recommandations

- [30] A partir de ces constats, la mission a élaboré des préconisations pour faire évoluer le système de rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Il s'agit de fonder davantage la rémunération des médecins sur la base d'une analyse objectivée de l'activité médicale et de ses résultats. La mission préconise ainsi de développer des rémunérations combinant plusieurs modalités (paiement à l'acte, par forfait ou la capitation) et intégrant des critères de qualité. Elle propose de refonder la légitimité du système de rémunération en développant un management des équipes médicales liant les rémunérations aux activités et résultats. Pour ce faire elle a présenté différentes propositions organisées sur trois axes :
- [31] - **Elaborer une nouvelle classification des actes médicaux (CCAM)** pour refonder les rémunérations sur des bases plus objectives et en cohérence avec les enjeux stratégiques du système de soins. L'élaboration de cette nouvelle classification des actes médicaux se ferait dans des conditions différentes de celle de la première, CCAM : approche par blocs de spécialités visant à couvrir l'ensemble des activités médicales, qu'elles soient cliniques, médico-techniques ou mixtes, et en prenant aussi en compte le coût de la pratique de manière articulée avec la tarification à l'activité des établissements (TAA). Cette nouvelle classification serait établie dans le cadre d'une négociation conventionnelle préparée par des travaux techniques menés avec le concours de la HAS et des sociétés savantes et en concertation avec les représentants des praticiens et ceux des employeurs. Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux la mission préconise de poursuivre les démarches visant à assurer la transparence sur les tarifs pratiqués et au sein des établissements, notamment publics, de développer une régulation locale des dépassements à travers des engagements formalisés dans des chartes de déontologie.
- [32] - **Resserrer les liens entre activités, résultats et rémunérations.** Pour les praticiens des EPS et des établissements PSPH, il s'agit d'élaborer pour chaque praticien un programme annuel d'activités (PAA), dans le cadre d'un contrat d'équipe et d'attribuer une part variable de rémunération dont le niveau serait déterminé par l'atteinte des objectifs fixés par le PAA. Pour ce faire, il s'agirait de refondre le décret sur la part complémentaire variable (PCV) pour que le montant attribué à chaque praticien soit fixé à partir de l'atteinte des objectifs inscrits dans le PAA.
- [33] Il est aussi proposé de mettre en œuvre, et d'abord au sein des CHU, une démarche de contractualisation des obligations de services à l'instar de celle qui est en cours au sein des universités. L'objectif serait de mettre en place un contrat d'activité pour chaque praticien pour organiser les choix de spécialisation et leurs conséquences en termes de rémunération. A plus longue échéance il est proposé de simplifier l'architecture statutaire et d'améliorer le système de retraite en lien avec la réforme proposée pour les indemnités. A court terme et dans l'attente de la mise en place de ces mesures, il est proposé d'encadrer davantage les rémunérations de permanence des soins de façon à rémunérer le travail supplémentaire (gardes et astreintes et plages additionnelles) sur des bases objectives et contrôlées. Il est aussi proposé de mieux encadrer les activités libérales à l'hôpital public, notamment à travers l'élaboration de chartes de déontologie.
- [34] - **Enfin renforcer le pilotage des politiques de rémunérations en développant la transparence sous toutes les formes de rémunérations,** Il s'agirait de confier à l'ONDPS et au HCAAM une mission de collecte et d'analyse des informations sur la rémunération des médecins, et de faciliter le rôle de coordination de la DREES sur les études menées au sein du ministère et de mettre en œuvre un programme d'étude à court terme. La mission préconise aussi de mettre l'Ordre des médecins en situation de connaître toutes les rémunérations versées aux médecins inscrits à l'ordre et d'organiser l'information systématique des directions des établissements publics employeurs sur les rémunérations de leurs collaborateurs. Dans chaque CHU serait créée une fondation hospitalo-universitaire de recherche pour assurer la transparence sur le financement des activités de recherche et permettre leur développement dans un cadre adapté.

- [35] Enfin la mission a préconisé un renforcement du pilotage de la politique de rémunération. Son élaboration se ferait dans le cadre d'une coordination renforcée entre les services de l'administration de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie. Sa mise en œuvre se ferait largement à travers l'intervention des ARH, puis des ARS et le développement de leurs responsabilités dans la gestion des ressources humaines médicales. Enfin la mission préconise de poursuivre les efforts engagés pour promouvoir une gestion active des ressources médicales au sein des établissements. Il s'agit notamment de renforcer les capacités de management au niveau des équipes médicales, par une meilleure valorisation de la fonction de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle (UF), et de développer les outils de gestion au sein de chaque établissement (notamment, par un système d'information sur l'activité et les ressources humaines).

Introduction

- [36] Par lettre du 28 février 2008 (ci-jointe), la Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a demandé à ce que soit réalisée une mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers. Le premier objectif était d'établir un état des lieux des rémunérations perçues par ces médecins au cours des dernières années et, sur la base de celui-ci, d'élaborer des propositions d'évolution des systèmes de rémunération. Il s'agissait notamment d'étudier l'intérêt et la faisabilité d'une démarche de convergence des systèmes de rémunération des différents modes d'exercice, à partir des évolutions préconisées dans le rapport de la « mission Larcher » et du rapport de MM Aubart, Cuq et Vallancien sur la chirurgie.
- [37] Le chef de l'Igas a désigné Messieurs Laurent Chambaud, Mustapha Khennouf et Christophe Lannelongue pour réaliser la mission. Sur décision de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Messieurs Loïc Geffroy, Etienne Dusehu, et Patrick Mordelet y ont apporté leur concours.
- [38] Le périmètre étudié par la mission a inclus les établissements publics (CHU, centres hospitaliers généraux et spécialisés et hôpitaux locaux) et privés (participants au service public hospitalier ou à but lucratif). L'ensemble des médecins et chirurgiens, toutes spécialités confondues, ont été inclus dans l'analyse, ainsi que les médecins en formation (étudiants en médecine, internes et chefs de clinique). Les autres professions médicales (pharmaciens, chirurgiens dentistes et sages-femmes) n'ont pas été retenues dans le champ étudié. En raison de contraintes dans le recueil des informations, certaines données sur l'exercice libéral portent sur la totalité de l'exercice libéral (ambulatoire et hospitalier privé et public). Elles sont dans ce cas signalées de manière explicite.
- [39] La mission s'est rendue dans près d'une vingtaine d'établissements hospitaliers publics, privés PSPH ou privés à but lucratif, notamment à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et dans les départements des Alpes-Maritimes et de la Mayenne. Elle s'est entretenue avec des représentants des médecins et chirurgiens hospitaliers et des établissements employeurs. Elle a bénéficié des informations et des conseils transmis par de très nombreux organismes et experts au niveau national et international¹. La mission tient à exprimer tout particulièrement ses remerciements à ses interlocuteurs des directions d'administration centrale (DHOS, DSS, DREES), des ARH et des services déconcentrés des régions Provence-Alpes-Côte-D'azur et Pays-de-Loire et des services de l'Assurance Maladie (Caisse nationale d'assurance maladie - CNAM-TS, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) des Alpes-Maritimes, de la Mayenne et de Paris) pour leur disponibilité et la qualité des informations qui lui ont été transmises.

¹ Voir liste des établissements visités et des personnes rencontrées

- [40] En dépit de ces concours, la mission a rencontré de nombreuses difficultés pour estimer les honoraires et les revenus des praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés. Il n'existe pas, en France, de lieu unique où est collectée et analysée cette information. Par ailleurs, les données issues d'enquêtes spécifiques proviennent de structures différentes (HCAAM, services statistiques de l'Assurance-maladie, INSEE, Direction générale des finances publiques (DGFIP), CARMF, Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)) et ne peuvent la plupart du temps être rapprochées, tant dans la méthodologie du recueil de l'information que dans les publics visés. De plus, il a été constaté que, dans la plupart des cas, les données recueillies ne permettaient d'exprimer que des moyennes d'honoraires ou de rémunérations. Or, bien souvent, ces moyennes cachent de fortes disparités au sein d'une même catégorie. La mission s'est donc efforcée, chaque fois que c'était possible, d'exprimer les résultats en termes de mesures de dispersion, afin d'objectiver ces écarts au sein d'une même discipline ou d'un même statut juridique.
- [41] La mission a donc été contrainte de composer avec ces sources multiples et hétérogènes. La reconstitution des informations, concernant ces rémunérations, est tributaire d'une juxtaposition d'incertitudes :
- sur les effectifs et donc sur le calcul du dénominateur de la rémunération dans de nombreuses études ou systèmes d'information. Cette notion est rappelée régulièrement par l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS). De manière globale, il a été retenu, pour l'estimation du nombre total des médecins en activité en France au 1er janvier 2007, une fourchette se situant entre 212 711 et 215 028 ;
 - sur les honoraires et revenus des médecins exerçant dans le privé. D'une part, les informations émanant de l'assurance maladie (SNIIR-AM) ne font pas apparaître tous les honoraires et ne permettent pas, pour les praticiens libéraux, de distinguer de manière systématique l'activité en cabinet de l'activité en établissement. D'autre part les revenus doivent tenir compte du taux de charge qui n'est pas toujours apprécié avec exactitude et les formes d'exercice groupé, notamment dans le cadre de sociétés d'exercice libéral, rendent plus complexe l'estimation du revenu des professionnels ;
 - sur les rémunérations des médecins exerçant dans le public, en raison avant tout de la faiblesse des systèmes d'information hospitaliers qui ne permettent pas de disposer en routine d'une information agrégée sur la totalité des rémunérations que perçoit un praticien au sein de l'établissement. De plus, l'établissement n'a pas connaissance des rémunérations afférentes à diverses activités d'expertise et de recherche, qu'elles soient effectuées par les praticiens au sein de l'établissement ou en dehors.
- [42] Dans la mesure du possible, pour vérifier la cohérence des informations recueillies, les sources de données ont été croisées et des comparaisons inter-sources ont été effectuées. Cette analyse permet de s'assurer que les disparités retrouvées sont du même ordre que celle que soit l'origine de l'information et que les hiérarchies des rémunérations ne diffèrent pas en fonction de l'origine des données. Les annexes 1 et 2 décrivent les modalités qu'a retenues la mission pour effectuer le recueil et l'analyse des informations sur les effectifs, les honoraires et les revenus des praticiens exerçant dans les établissements publics et privés. Elle détaille également les difficultés rencontrées pour accéder à ces informations et les limites occasionnées par l'étanchéité des sources d'information, notamment entre les rémunérations liées à l'exercice public et celles liées à l'exercice libéral, et le manque de définitions communes.
- [43] Au terme de son enquête la mission a établi son rapport qui s'organise autour de cinq constats :
- l'existence de fortes disparités de rémunération inter et intra disciplinaires, qui reflètent une tarification plus favorable aux spécialités médico-techniques qu'aux spécialités cliniques,
 - des spécificités fortes de la situation française par rapport à celle des autres pays,

- pour les établissements publics de sante (EPS), une rémunération qui est largement déconnectée de l'activité et qui comporte une différenciation marquée en faveur des praticiens qui participent à la permanence des soins ou qui exercent une activité libérale,
- des rémunérations complémentaires liées aux activités de recherche et d'expertise versées dans des conditions de forte opacité,
- une faible prise compte des enjeux de long terme dans les politiques de rémunération et des difficultés dans le pilotage des politiques de rémunérations, que ce soit au niveau national, régional ou local.

[44] A partir de ces constats, la mission a élaboré des préconisations pour rééquilibrer les rémunérations des médecins et des chirurgiens des différentes spécialités et les fonder davantage sur la base d'une analyse objectivée de l'activité médicale et de la prise en compte de ses résultats

[45] Pour réaliser l'état des lieux demandé dans la lettre de mission en pièce jointe, la mission s'est efforcée de prolonger les travaux publiés dans la période récente sur les revenus des médecins². Elle s'est notamment attachée à analyser les écarts de rémunérations entre les praticiens des différentes spécialités. Comme cela est explicité en annexes 1 et 2, il est apparu plus approprié de séparer les médecins et chirurgiens hospitaliers en deux groupes :

- Les médecins et chirurgiens hospitaliers qui ont principalement une activité libérale,
- Les médecins et chirurgiens hospitaliers qui sont salariés ou sous statuts publics ou dans des établissements privés participant au service public.

1. DE FORTES DISPARITES DE REMUNERATION INTER ET INTRA DISCIPLINAIRES POUR LES PRATICIENS QUI ONT UNE ACTIVITE LIBERALE TRADUISANT D'ABORD UNE TARIFICATION FAVORABLE AUX SPECIALITES A ACTES MEDICO TECHNIQUES

[46] La mission a constaté des disparités dans les rémunérations à deux niveaux :

- entre les spécialités, au profit des spécialités où l'acte technique prédomine et au détriment des spécialités reposant essentiellement sur la clinique,
- au sein de chaque spécialité, avec des gradients importants entre praticiens, notamment en raison de la multiplicité des sources de rémunérations.

[47] L'introduction de la nouvelle classification des actes médicaux n'a pas modifié la situation. Le développement de la part des dépassements dans les honoraires a toutefois conduit à un certain rééquilibrage en faveur de certains praticiens.

[48] Au total l'analyse de ces données aboutit à quatre constats principaux :

- Une part importante des médecins bénéficie de revenus composés à la fois d'honoraires et de salaires,
- La hiérarchie des revenus entre spécialités, qui est favorable aux spécialités médico-techniques, est très proche, mais un peu plus écrasée, de celle observée pour les honoraires
- Les revenus des médecins qui exercent exclusivement en libéral sont légèrement plus élevés que ceux exerçant en mode mixte mais la dispersion est plus forte,
- L'évolution des trois dernières années n'a pas conduit à des changements importants dans la hiérarchie des revenus entre les différentes spécialités. Sur ce point les évolutions concernant les revenus sont parallèles à celles concernant les seuls honoraires.

² Voir notamment Etudes et résultats, N° 578 juin 2007 « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres » et Etudes et Résultats N° 643 juin 2008 « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 » et Etudes et Résultats N° 562 mars 2007 « Les revenus libéraux des médecins en 2004 et 2005 ».

1.1. Le système de rémunération des praticiens en exercice libéral qui exercent principalement dans des établissements hospitaliers privés

[49] Les médecins et chirurgiens libéraux qui exercent principalement dans des structures d'hospitalisation privées bénéficient d'un système de rémunérations traditionnellement efficace à la fois pour les praticiens et pour les établissements (Voir annexe 6). Le médecin peut exercer au sein d'une clinique soit à titre libéral soit en qualité de salarié. La très grande majorité des médecins qui exercent dans le secteur privé commercial sont libéraux (90%) et à ce titre régis par le système conventionnel, et relèvent pour leurs conditions d'exercice et leur rémunération de la convention nationale négociée entre les caisses nationales d'Assurances Maladie obligatoires, l'UNCAM et les syndicats représentatifs des médecins. Depuis la loi du 3 juillet 1971 les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux reposent sur des conventions nationales conclues pour 5 ans. La Convention Médicale nationale, qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, a été signée le 12 janvier 2005³ entre l'Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et trois syndicats médicaux, la CSMF, le SML et Alliance.

[50] C'est dans ce cadre que s'organise la relation avec les établissements dans lesquels les praticiens interviennent. Les praticiens exerçant en clinique doivent passer avec la clinique un contrat d'exercice. Ce contrat est obligatoire⁴, mais cette obligation n'est pas toujours respectée, un certain nombre de praticiens exerçant à l'heure actuelle suivant le régime de contrat dit « de fait », dont les éléments d'organisation ne reposent en fait que sur des jurisprudences (voir annexe 6). Les praticiens versent une redevance correspondant aux prestations dont ils bénéficient. Ce système de rémunération est reconnu comme favorisant un haut niveau d'activité, avec comme risque pour la collectivité celui d'induction de la demande. Le revenu du praticien dépend directement de sa capacité à générer de l'activité et donc à priori cette logique est présentée comme parfaitement cohérente avec les intérêts de l'établissement, qui est lui-même rémunéré sur l'activité ainsi générée.

1.2. Evolution globale des honoraires libéraux (ambulatoire et en établissement)

[51] La détermination globale des honoraires des médecins, et plus largement des professionnels de santé libéraux, s'inscrit dans une double logique : d'une part l'élaboration et le respect de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), d'autre part les négociations pluriannuelles devant aboutir à la signature de conventions nationales. La Cour a toutefois souligné que, malgré une volonté de rénovation partielle de ces deux outils depuis la loi du 13 août 2004, l'année 2007 a montré de nombreux dysfonctionnements et un manque d'articulation entre ces deux mécanismes, conduisant à des premières mesures correctrices pour l'année 2008⁵.

[52] Les rémunérations émanant des honoraires perçus par l'ensemble des médecins au titre de leurs activités libérales, quelles qu'elles soient (ambulatoire ou en établissement de santé) ne permettent pas de discriminer la part d'exercice en établissement de santé privé au sein de leur revenu. Elles donnent toutefois des indications précieuses sur la hiérarchie des spécialités dans la perception de ces honoraires.

[53] Les deux tableaux suivants montrent de grandes disparités dans les honoraires et dépassements moyens entre spécialités (tableau 6 et 7).

³ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention.

⁴ un contrat verbal n'est pas suffisant et la rédaction d'un écrit s'impose, d'autant plus qu'il s'agit d'une obligation déontologique, pouvant être sanctionnée sur le plan disciplinaire (article 91 du Code de déontologie) et légal (article L. 462 du Code de la santé publique).

⁵ Cour des comptes : Rapport 2008 sur la sécurité sociale ; chapitre : " l'objectif national de dépenses d'assurance maladie " septembre 2008.

[54] Le premier tableau confirme que ces honoraires bénéficient fortement aux spécialités dans lesquelles l'acte technique est majoritaire (radiologie, anatomo-cyto-pathologie), alors que les spécialités à dominante clinique perçoivent des honoraires significativement plus bas (comme la psychiatrie, la médecine interne ou la pédiatrie). Les taux d'évolution 2005/2007 sont disparates. Ils ne permettent pas de penser qu'une stratégie de rééquilibrage de ces disparités est mise en œuvre.

Tableau 1 : Honoraires moyens annuels des praticiens (en euros). Année 2005 à 2007

	honoraires moyens annuels par praticien 2005	honoraires moyens annuels par praticien 2006	honoraires moyens annuels par praticien 2007	Evolution 2005/2007
Anesthésie-réanimation chirurgicale	214 493	225 303	231 379	7,9
Pathologie cardio-vasculaire	167 640	172 744	176 189	5,1
Chirurgie	192 677	195 242	198 766	3,2
Dermato-vénérologie	110 420	110 277	113 787	3,0
Radiologie seule ⁶	464 725	476 528	489 163	5,3
Médecine nucléaire	572 135	585 449	576 526	0,8
Radiothérapie	644 038	668 651	686 913	6,7
Gynécologie-obstétrique	149 276	153 532	155 931	4,5
Gastro-entérologie et hépatologie	153 557	156 574	163 346	6,4
Médecine interne	103 494	106 873	111 705	7,9
Oto-rhino-laryngologie	140 709	143 428	150 234	6,8
Pédiatrie	115 635	119 557	121 045	4,7
Pneumologie	123 952	129 996	134 776	8,7
Rhumatologie	116 341	122 854	130 560	12,2
Ophtalmologie	188 337	197 076	206 141	9,5
Neuropsychiatrie	84 361	81 795	79 168	- 6,2
Stomatologie	206 269	205 998	212 439	3,0
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	108 956	111 875	115 245	5,8
Neurologie	116 346	119 718	123 167	5,9
Psychiatrie	100 294	100 634	101 880	1,6
Néphrologie	143 340	155 708	158 761	10,8
Anatomo-cyto-pathologie	288 867	303 815	319 970	10,8
Endocrinologie et métabolisme	83 617	82 049	84 053	0,5

Source : CNAMTS/PS5 données en date de soins, retraitement IGAS

⁶ Sur les honoraires des radiologues, les chiffres présentés des honoraires incluent les forfaits techniques sur le scanner et l'IRM. Hors plus de la moitié des autorisations sont détenues par des cliniques des GIE ou des GCS. Pour apprécier ce qui est réellement perçu en honoraires, il faudrait déduire les montant correspondants soit 254 M€ pour le scanner et 202 M€ pour l'IRM soit 456 M€ du total des honoraires versés en 2006 (25 %). Mais en sens inverse, il faudrait tenir compte des revenus apportés par le salariat et les dividendes versés par ces structures. En attendant que soient réalisées les études nécessaires (voir partie 6), la mission a préféré ne pas retraiter les données sur les honoraires mais les compléter par des données sur le revenu d'activité (voir plus loin).

[55] Le tableau 7 indique des niveaux de dépassement très variables selon les spécialités. La corrélation avec le niveau d'honoraires n'est pas la règle. Ainsi les disciplines radiologiques, qui ont des niveaux d'honoraires très élevés, ne pratiquent les dépassements que de manière marginale. Il en est de même pour les disciplines cardiologiques et la néphrologie, mais aussi pour les pneumologues, ces derniers se trouvant parmi les disciplines aux honoraires moyens les moins élevés. A l'inverse, les stomatologues, les chirurgiens et les anesthésistes réanimateurs, qui détiennent des honoraires élevés, tirent ces honoraires d'une part importante de dépassement (respectivement plus de 40%, 30% et 15%). C'est le cas également de certaines disciplines aux honoraires moins élevés, comme la dermatologie ou la rééducation fonctionnelle (20%). Les évolutions entre 2005 et 2007 montrent une certaine stabilité dans le pourcentage de dépassement, avec toutefois de légères hausses dans de nombreuses spécialités.

Tableau 2 : Pourcentage des honoraires des praticiens dus à des dépassements (en euros).
Année 2005 à 2007

	% moyen de dépassement 2005	% moyen de dépassement 2006	% moyen de dépassement 2007
Anesthésie-réanimation chirurgicale	14,4	15,5	15,9
Pathologie cardio-vasculaire	4,4	4,2	4,3
Chirurgie	30,3	31,2	31,3
Dermato-vénérologie	19,9	19,7	19,8
Radiologie seule	2,3	2,6	2,7
Médecine nucléaire	0,5	0,2	0,1
Radiothérapie	1,1	1,6	1,3
Gynécologie-obstétrique	26,5	27,0	27,9
Gastro-entérologie et hépatologie	10,4	10,8	11,0
Médecine interne	19,9	19,2	19,1
Oto-rhino-laryngologie	20,9	19,9	20,0
Pédiatrie	14,5	14,4	14,7
Pneumologie	3,9	3,8	3,9
Rhumatologie	17,8	16,4	16,1
Ophthalmologie	24,4	24,3	25,0
Neuropsychiatrie	12,2	13,1	13,3
Stomatologie	43,0	43,7	43,5
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	22,7	22,3	22,8
Neurologie	10,3	9,8	10,1
Psychiatrie	12,9	13,6	14,3
Néphrologie	0,5	0,6	0,6
Anatomo-cyto-pathologie	4,0	4,0	3,8
Endocrinologie et métabolisme	28,3	28,4	28,9

Source : PS5 - Données en date de soins liquidées jusqu'en août 2008 et complétées à 24 mois. Retraitement IGAS

- [56] La DREES a analysé récemment les revenus libéraux des médecins pour les années 2005 et 2006⁷. Elle constate une progression des revenus de 2% en termes réels entre ces deux années, toutes spécialités confondues. La DREES remarque que cette évolution est due en grande partie à une augmentation des prix, alors que l'activité reste stable. En particulier, une forte hausse des dépassements est notée (+11,4% pour les spécialistes), qui se concentre dans les spécialités où ils représentaient déjà une part significative des honoraires (stomatologie, chirurgie, gynécologie).
- [57] Ces évolutions moyennes peuvent être complétées par des mesures de dispersion (tableau 3). L'analyse des deux déciles les plus élevés pour certaines spécialités fait ressortir que le décile le plus haut perçoit des honoraires plus de deux fois plus élevé que la moyenne de la spécialité, et ce quelle que soit la spécialité. La combinaison des deux déciles les plus élevés fait apparaître le gradient entre les spécialités à dominante technique qui perçoivent des honoraires largement supérieurs aux spécialités à dominante clinique. Il convient de relever qu'au sein des spécialités à dominante technique, des écarts importants existent, notamment au profit de la radiologie.
- [58] Par ailleurs, l'observation des bornes maximum du dernier décile montre qu'il existe des pratiques atypiques, dans des spécialités techniques ou cliniques, qui mériteraient d'être analysées de plus près et, fort probablement, contrôlées.

Tableau 3 : Analyse des écarts dans les honoraires pour certaines spécialités, par déciles, pour l'année 2007

spécialités	Données	Minimum du décile	Maximum du décile	Honoraire moyen
Chirurgie	Effectif : 2 341			259 119
	9e décile	374 393	457 892	410 308
	10e décile	457 893	1 686 344	586 449
Radiologie	Effectif : 4 980			557 832
	9e décile	702 545	882 969	780 103
	10e décile	882 970	10 258 730	1 252 945
Gynéco-obstétrique	Effectif : 4 531			192 484
	9e décile	284 930	351 538	316 583
	10e décile	351 539	997 913	463 464
Médecine interne	Effectif : 361			174 893
	9e décile	245 946	297 684	269 264
	10e décile	297 685	1 338 143	428 157
Pédiatrie	Effectif : 2 362			139 551
	9e décile	182 856	228 015	201 774
	10e décile	228 016	854 083	294 696
Stomatologie	Effectif : 970			255 668
	9e décile	351 403	444 377	389 979
	10e décile	444 378	1 235 041	594 101
Psychiatrie	Effectif : 5 505			116 178
	9e décile	164 585	214 069	187 224
	10e décile	214 070	720 306	282 679

Source : CNAMTS. Services statistiques

⁷ DREES. Etudes et résultats. No 643. Juin 2008

1.2.1. Les honoraires des médecins libéraux relatifs à leur activité en établissement privé

- [59] Il n'existe pas de données agrégées permettant de repérer aisément l'activité des médecins libéraux effectuée dans les établissements privés de santé. Certes, elle pourrait être retracée à travers les informations dont dispose chaque établissement, mais ce sont des données partielles, propres à chaque établissement (qui ne peuvent être aisément agrégées) et qui ne traduisent pas l'ensemble de l'activité d'un praticien, qui peut exercer sur plusieurs établissements. Partant du praticien, son champ complet d'activités (établissements et cabinet) peut être retracé, mais à partir de sources différentes au sein du système d'information de l'assurance maladie.
- [60] La mission n'a pu, en raison des problèmes méthodologiques afférents à cette tâche, effectuer une analyse nationale. Elle a toutefois demandé une analyse sur un département, le département des Alpes-Maritimes à partir des données recueillies par la CPAM de ce département. Ces données figurent dans le tableau 4.

Tableau 4 : Données CPAM 06 sur l'activité libérale des praticiens ayant un exercice en établissement privé. Analyse sur certaines spécialités (2006)

	effectif	Nombre moyen d'établissements	% honoraires en établissement	% des dépassements dans les honoraires	honoraires moyens annuels (en euros)
<i>Anesthésie réa</i>	46	1,2	85	27	257 212
<i>Chirurgie</i>	23	2,0	72	45	265 678
<i>Radiologie</i>	76	1,9	24	1	448 208
<i>pédiatrie</i>	21	1,5	9	26	191 371
<i>ophtalmologie</i>	15	1,5	32	40	235 516
<i>ORL</i>	12	1,7	41	34	131 732

Source : CPAM Alpes-Maritimes. Retraitement IGAS

- [61] Ces données doivent être analysées avec prudence, car des praticiens peuvent avoir d'autres exercices dans des établissements extérieurs au territoire couvert par la CPAM des Alpes Maritimes. Elles ne peuvent non plus être extrapolées à toute la France.
- [62] Tenant compte de ces précautions, l'analyse de ce tableau donne des indications précieuses qu'il conviendra aux autorités publiques d'affiner, par une étude représentative sur le plan national :
- l'exercice libéral est un exercice mixte qui associe, dans des proportions variables, une activité ambulatoire et une activité hospitalière,
 - toutefois, cette mixité est très variable selon les spécialités, les honoraires tirés de l'activité pouvant être majoritairement en établissements dans certaines (anesthésie-réanimation, chirurgie), partagés dans d'autres (ORL, ophtalmologie) ou accessoirement hospitaliers (pédiatrie),
 - l'activité multi-établissement est répandue et varie également selon les disciplines, plusieurs radiologues ou chirurgiens pouvant intervenir dans 4 établissements privés différents,
 - le pourcentage de dépassement doit être rapporté à la situation spécifique des Alpes-Maritimes. Il est toutefois largement supérieur aux chiffres nationaux, pour la grande majorité des spécialités.

1.2.2. Les honoraires libéraux des praticiens hospitaliers à temps partiel

- [63] Les honoraires libéraux des praticiens hospitaliers à temps partiel sont disponibles dans les données du fichier SNIIR-AM détenu par la CNAMTS. A ces honoraires doivent être ajoutés les émoluments versés au titre de l'activité hospitalière ou d'autres activités salariées (comme les centres de santé), ce qui demanderait un croisement de fichiers que la mission n'a pas pu réaliser.
- [64] Le tableau 5 indique des honoraires importants tirés de l'activité libérale, avec un gradient en faveur des spécialités médico-techniques.
- [65] Le pourcentage des dépassements dans les honoraires (pourcentage du dépassement sur les honoraires sans dépassement) suit les mêmes tendances que celles notées pour l'activité libérale en général, mais cette part des dépassements est très significativement plus importante pour les praticiens hospitaliers à temps partiel, et ce pour l'ensemble des spécialités étudiées. Ainsi, pour les dermatologues praticiens hospitaliers temps partiel, la part des dépassements en 2007 est de 56,1%, alors qu'elle est de 19,8% pour l'ensemble des dermatologues libéraux (cf. tableau 2).
- [66] Cette différence doit être confirmée par des études plus spécifiques. Une telle différence, si elle s'avérait réelle, pourrait être due à plusieurs facteurs. D'une part, il pourrait s'agir d'une forme de « rattrapage » de l'activité hospitalière, pour laquelle le médecin hospitalier à temps partiel ne peut avoir d'activité libérale au sein de l'établissement public. Il pourrait s'agir également de la constitution de filières, les patients provenant du public étant « captifs » du médecin qui poursuit la prise en charge du patient au sein de son cabinet. Enfin, la notion de reconnaissance pourrait être un facteur explicatif, les médecins ayant un temps partiel hospitalier pouvant faire valoir cet élément comme une valeur ajoutée, transposée en dépassement d'honoraires, auprès de leur patient.

Tableau 5 : Les honoraires libéraux des médecins ayant par ailleurs un temps partiel hospitalier.
Analyse pour certaines spécialités

	2005	2006	2007
chirurgie : effectifs	935	906	881
honoraires	257 060	267 903	272 147
dont dépassements	93 429	104 929	108 464
% dépassement	57,1%	64,4%	66,3%
Radiologie : effectifs	709	701	666
honoraires	523 230	543 047	543 660
dont dépassements	31 711	37 932	41 857
% dépassement	6,5%	7,5%	8,3%
Pédiatrie : effectifs	556	559	560
honoraires	136 948	143 587	145 707
dont dépassements	26 869	28 969	30 222
% dépassement	24,4%	25,3%	26,2%
Anesthésie réanimation : effectifs	205	200	188
honoraires	267 458	286 726	298 813
dont dépassements	56 536	66 099	73 725
% dépassement	26,8%	30,0%	32,8%
Pathologie cardio-vasculaire : effectifs	959	947	952
honoraires	198 347	210 300	208 386
dont dépassements	12 534	14 985	14 656
% dépassement	6,7%	7,7%	7,6%
Médecine interne : effectifs	134	124	119
honoraires	130 734	133 664	131 283
dont dépassements	32 398	36 051	37 750
% dépassement	32,9%	36,9%	40,4%
Dermatologie : effectifs	530	540	534
honoraires	100 112	129 113	148 640
dont dépassements	36 727	37 275	53 449
% dépassement	57,9%	40,6%	56,1%
Psychiatrie : effectifs	1205	1195	1171
honoraires	105 453	103 892	107 692
dont dépassements	19 549	21 255	23 192
% dépassement	22,8%	25,7%	27,4%

Source : Fichier SNIR-PS ; retraitement IGAS

1.3. Des revenus libéraux composites

1.3.1. Les données sur les revenus 2005

[67] Le tableau 6 fait apparaître, pour les différentes spécialités, la part des médecins qui bénéficient à la fois de revenus d'honoraires et de salaires et la part respective de ces sources de revenus.

[68] Ces données portent sur l'ensemble des médecins libéraux de France métropolitaine, qui déclarent au titre de 2005 à la fois un revenu libéral positif et un revenu salarié supérieur ou égal à 3 000 euros. Pour des raisons évoquées plus haut, il n'a pas été possible de distinguer les médecins et chirurgiens hospitaliers (ayant une activité liée à un établissement hospitalier public ou privé) de ceux qui n'ont qu'une activité exclusivement ambulatoire.

[69] Ces données portent sur le revenu. Celui-ci est la somme du revenu salarié et du revenu libéral déclaré aux impôts dans la déclaration 2042. S'agissant du revenu libéral, il s'agit des honoraires nets des charges professionnelles, des débours et des honoraires rétrocédés aux remplaçants. Les revenus d'activité ne comprennent pas des revenus retirés par certains praticiens dans le cadre de l'exercice en groupe et donc liés à des formes juridiques de regroupement qui peuvent être diverses et qui aboutissent à des revenus déclarés selon des modalités différentes (notamment en impôts sur les sociétés ou en revenus du patrimoine). Pour certaines spécialités comme les radiologues l'absence de ces informations spécifiques doit conduire à une certaine prudence dans l'interprétation, avec certains revenus qui peuvent être minorés.

Tableau 6 : Revenu d'activité des médecins exerçant en mode mixte en 2005

Spécialités	Effectif total	effectif en mode mixte (MM)	% en MM	Revenu Moyen (en euros)	Revenu Médian (en euros)	Part du salaire (%) (2)
<i>Omnipraticien</i>	56 498	10 799	19,1%	76 478	71 422	24,3
Radiologie	4 263	1 850	43,4%	155 495	138 261	48,5
Chirurgie	4 868	2 281	46,9%	146 445	125 543	48,1
Anesthésie	2 579	439	17,0%	130 852	122 055	42,8
Ophthalmologie	4 135	1 251	30,3%	127 662	105 739	22,1
Stomatologie	951	325	34,2%	119 714	108 254	26,7
Cardiologie	3 699	1 926	52,1%	119 478	108 996	33,6
Gastro-entérologie	1 867	952	51,0%	103 090	97 116	32,4
Gynécologie	4 825	1 933	40,1%	101 431	94 750	39,4
Oto-rhino-laryngologie	2 070	1 148	55,5%	98 924	92 303	32,1
Pneumologie	1 033	600	58,1%	92 828	87 127	36,7
Pédiatrie	2 496	1 191	47,7%	86 901	80 209	30,1
Psychiatrie	5 788	2 792	48,2%	82 193	74 445	40,5
Rhumatologie	1 708	671	39,3%	81 127	73 193	30,2
Dermatologie	2 962	758	25,6%	79 137	69 510	24,9
Autres médecine	3 335	1 650	49,5%	99 853	88 750	40,1
Ensemble des spécialités	46 579	19 767	42,4%	110 462	98 393	37,4
Ensemble des médecins	103 077	30 566	29,7%	98 455	86 897	32,8

Source : Insee-DGI – Cnamts-exploitation Drees-Igas

[70] Ces données confirment la part importante du mode d'exercice mixte (voir annexes 1 et 2). Ce mode mixte est inégalement développé selon les spécialités, plus élevé pour les spécialités à acte médico-technique que pour les spécialités cliniques. Il traduit la place importante des praticiens libéraux qui exercent à temps partiel à l'hôpital public.

1.3.2. Des disparités fortes de revenus inter et intra spécialités

1.3.2.1. La situation en 2005

- [71] Les deux tableaux ci-dessous (tableaux 7 et 8) rassemblent les données sur les revenus d'activité des médecins en 2005 par spécialité, classées par ordre décroissant de revenus. Le premier tableau rassemble les données concernant l'ensemble des médecins ; le second tableau ne porte que sur les seuls médecins qui avaient un exercice libéral exclusif en 2005.
- [72] Les écarts inter spécialités sont importants pour les spécialités extrêmes que l'on prenne la moyenne ou la médiane. Le ratio est de 2,30 entre les radiologues et les dermatologues pour la moyenne et de 2,34 pour la médiane. Cet écart tend à s'accroître lorsque l'on observe les revenus exclusivement libéraux (2,50 pour la moyenne, 2,63 pour la médiane). Les disparités entre spécialités restent du même ordre de grandeur lorsqu'on les analyse à travers l'écart entre les déciles les plus élevés des spécialités extrêmes (radiologie et dermatologie). Cet écart, sur le 9^{ème} décile est de 2,21.

Tableau 7 : Revenu d'activité des médecins ayant une activité libérale en 2005 (par ordre décroissant de revenu moyen)

Spécialités	Effectif	Moyen	Premier décile	Médian	Neuvième décile	Rapport inter-déciles
		(en euros) (1)	(en euros)	(en euros) (2)	(en euros)	(3)
Radiologie	4 263	167 687	77 239	151 680	273 002	3,5
Chirurgie	4 868	154 997	67 646	133 546	257 981	3,8
Anesthésie	2 579	147 054	77 722	140 671	220 007	2,8
Ophthalmologie	4 135	124 359	47 888	102 540	226 286	4,7
Stomatologie	951	122 279	40 975	107 679	219 513	5,4
Cardiologie	3 699	121 309	54 164	109 223	201 777	3,7
Gastro-entérologie	1 867	101 180	44 665	94 252	161 422	3,6
Autres médecine	3 335	100 710	32 613	85 166	177 155	5,4
Oto-rhino-laryngologie	2 070	95 816	38 128	88 856	156 736	4,1
Gynécologie	4 825	94 639	34 098	82 012	170 081	5,0
Pneumologie	1 033	90 371	41 255	84 902	143 654	3,5
Pédiatrie	2 496	79 110	34 589	72 961	130 674	3,8
Psychiatrie	5 788	79 102	33 428	70 608	134 391	4,0
Rhumatologie	1 708	78 393	29 060	70 457	138 310	4,8
Dermatologie	2 962	72 842	29 911	64 776	123 768	4,1
<i>Médecine générale</i>	<i>56 498</i>	<i>70 850</i>	<i>29 782</i>	<i>66 138</i>	<i>115 588</i>	<i>3,9</i>
Ensemble des spécialités	46 579	111 765	39 721	96 332	199 589	5,0
Ensemble des médecins	103 077	89 339	33 320	76 400	157 709	4,7

Source : Insee-DGI-Cnamts, exploitation Drees

(1) Le revenu d'activité d'un médecin est la somme du revenu salarié et du revenu libéral déclaré aux impôts dans la déclaration 2042. Lorsque le médecin déclare un déficit, son revenu est compté comme nul ; par ailleurs, les revenus très élevés sont corrigés.

(2) Le revenu médian est celui qui partage exactement en deux la population : ainsi la moitié des omnipraticiens exerçant en libéral déclare un revenu d'activité supérieur à 66 138 euros, l'autre moitié un revenu inférieur.

(3) Le rapport inter-déciles rapporte la limite de revenu au-dessus de laquelle se situent les 10 % de médecins qui disposent des revenus d'activité les plus hauts (9e décile) et celle en dessous de laquelle se trouvent les 10 % des médecins qui gagnent le moins (1er décile). Pour les omnipraticiens exerçant en libéral ce rapport est de 3,9 ; pour l'ensemble des spécialistes libéraux il est de 5,0.

Tableau 8 : Revenu d'activité des médecins exerçant exclusivement en libéral en 2005 (par ordre décroissant de revenu moyen)

Spécialités	Effectif	Moyen	Premier décile	Médian	Neuvième décile	Rapport inter-déciles
		(en euros) (1)	(en euros)	(en euros) (2)	(en euros)	(3)
Radiologie	2 413	177 034	71 245	165 196	290 291	4,1
Chirurgie	2 587	162 537	60 363	143 515	278 221	4,6
Anesthésie	2 140	150 378	80 597	143 769	222 916	2,8
Stomatologie	626	123 611	39 453	107 586	230 003	5,8
Cardiologie	1 773	123 297	46 968	110 112	213 865	4,6
Ophthalmologie	2 884	122 926	45 566	101 093	224 599	4,9
Autres médecine	1 685	101 548	26 537	80 595	187 808	7,1
Gastro-entérologie	915	99 192	40 334	91 697	161 874	4,0
Oto-rhino-laryngologie	922	91 946	30 949	85 725	158 308	5,1
Gynécologie	2 892	90 100	29 107	70 564	177 069	6,1
Pneumologie	433	86 966	31 109	80 473	146 884	4,7
Rhumatologie	1 037	76 624	25 648	68 397	137 077	5,3
Psychiatrie	2 996	76 222	25 635	65 936	136 669	5,3
Pédiatrie	1 305	72 000	28 691	65 353	120 399	4,2
Dermatologie	2 204	70 676	29 022	62 883	119 347	4,1
<i>Médecine générale</i>	<i>45 699</i>	<i>69 521</i>	<i>28 444</i>	<i>64 990</i>	<i>113 955</i>	<i>4,0</i>
Ensemble des spécialités	26 812	112 726	35 527	94 063	210 943	5,9
Ensemble des médecins	72 511	85 496	30 556	71 873	154 577	5,1

Source : Insee-DGI-Cnamts, exploitation Drees [(1)(2) et (3) : idem au tableau précédent]

[73] Comme le montre le tableau 9, il apparaît que les spécialités pour lesquelles la part des revenus est principalement liée aux actes techniques bénéficient des revenus les plus importants.

Tableau 9 : Comparaison des revenus libéraux et de la part des honoraires techniques dans les honoraires totaux, selon la spécialité (année 2005)

Spécialités	Revenus moyens exclusivement libéraux	Part des honoraires techniques dans les honoraires totaux (incluant les dépassements)
Radiologie	177 034	96,1
Chirurgie (hors chirurgie orthopédique, 68,1 ; neurochirurgie, 70,9)	162 537	77,7
Anesthésie	150 378	83,2
Stomatologie	123 611	88,8
Cardiologie	123 297	71,3
Ophthalmologie	122 926	43,4
Gastro-entérologie	99 192	74,0
Oto-rhino-laryngologie	91 946	67,7
Gynécologie	90 100	42,9
Pneumologie	86 966	82,0
Rhumatologie	76 624	32,8
Psychiatrie	76 222	0,3
Pédiatrie	72 000	5,1
Dermatologie	70 676	23,6
Médecine générale	69 521	9,4

Source : INSEE/DGI/CNAMTS exploitation DREES ; Honoraires totaux et honoraires techniques. CNAMTS carnets statistiques No 112. Calcul HCAAM.

1.3.2.2. Une hiérarchie des rémunérations qui n'a pas évolué sensiblement entre les spécialités exercées à titre libéral ces dernières années, mais des dépassements qui progressent

[74] La variation des revenus d'une spécialité à l'autre n'est pas un phénomène nouveau. Une étude effectuée sur la période 1993-2003 montrait déjà de forts écarts entre les spécialités à dominante technique (radiologue, anesthésiste, chirurgien...) et celles à dominante clinique (psychiatre, dermatologue, pédiatre)⁸. Cette même étude montre un creusement des écarts entre les spécialités les plus lucratives et les autres, notamment par une forte croissance du revenu des radiologues (3,3% par an, contre 1,8% par an en moyenne).

[75] Les rémunérations déclarées à la CARMF de 2002 à 2006 sont présentées dans le tableau 10. Les données présentées montrent que ce sont essentiellement les spécialités à dominante technique qui déclarent les plus hauts bénéfices non commerciaux (BNC). La hiérarchie reste sensiblement la même, mais avec une très forte progression des spécialités biologie et anesthésie réanimation, ainsi que de la gynécologie-obstétrique, qui était toutefois dans une position moins favorable. La médecine nucléaire, qui était en 2002 la spécialité la mieux dotée, a accusé une décroissance des revenus moyens déclarés depuis 2005. Ce constat doit cependant être tempéré par le faible effectif dans cette spécialité, par ailleurs en croissance (127 en 2002 et 157 en 2006).

[76] De manière générale, la croissance des BNC des spécialistes pendant cette période est plus du triple de celle des généralistes (7,3% contre 2,1%).

⁸ Legendre N : Les revenus d'activité libérale des professionnels de santé. Dans les revenus d'activité des indépendants, édition 2006. pp 61-75.

Tableau 10 : Bénéfices non commerciaux (BNC) déclarés par spécialités, en moyenne annuelle de 2002 à 2006

spécialités	2002	2003	2004	2005	2006	Evolution 2002/2006
Médecin biologiste	129 873	145 816	163 507	158 451	159 095	22,5%
Anesthésie réanimation	121 323	129 925	133 421	133 909	147 127	21,3%
Cancérologie	124 659	134 145	146 599	128 925	135 855	9,0%
Chirurgie	109 170	113 020	118 996	121 555	125 441	14,9%
Radiologie imagerie médicale	124 988	127 057	130 923	124 904	121 165	-3,1%
Médecine nucléaire	151 661	141 842	157 950	134 699	120 607	-20,5%
Ophthalmologie	99 594	103 983	109 700	111 776	112 157	12,6%
Stomatologie	100 284	106 803	110 944	108 937	103 181	2,9%
Anatomie/cytologie pathologique	92 812	101 257	102 053	99 274	99 974	7,7%
Néphrologie	85 200	87 719	93 673	92 742	98 961	16,2%
Pathologie cardio vasculaire	92 615	95 685	100 710	99 016	97 562	5,3%
Gynécologie obstétrique	72 448	79 576	87 087	88 163	87 302	20,5%
Gastro entérologie hépatologie	79 811	82 665	86 250	83 470	82 981	4,0%
Oto-rhino laryngologie	75 406	78 418	79 049	75 701	76 420	1,3%
Pneumologie	63 711	67 426	71 020	71 454	70 165	10,1%
Rhumatologie	64 715	67 307	71 129	67 641	68 095	5,2%
Neurologie	62 383	64 348	69 912	68 171	65 484	5,0%
Pédiatrie	58 287	63 458	61 037	64 569	65 028	11,6%
Médecine physique et réadaptation	63 628	65 333	68 724	66 987	62 142	-2,3%
Dermato vénéréologie	62 887	64 037	67 679	64 997	61 594	-2,1%
Psychiatrie	55 451	58 058	62 220	63 292	59 103	6,6%
Médecine interne	59 671	59 359	60 117	57 756	56 874	-4,7%
Gynécologie médicale	51 310	51 068	53 445	54 805	52 546	2,4%
Endocrinologie et métabolisme	44 646	45 618	48 069	44 667	41 778	-6,4%
<i>Médecine générale</i>	<i>60 850</i>	<i>66 279</i>	<i>62 970</i>	<i>64 704</i>	<i>62 106</i>	<i>2,1%</i>
Moyenne des spécialistes	84 697	88 361	91 821	91 136	90 841	7,3%
Effectif global	71 652	76 223	75 805	76 383	74 755	4,3%

Source : Données de la CARMF, retraitement IGAS

[77] Une analyse faite par l'IGAS récemment⁹ sur les dépassements d'honoraires pour l'ensemble de l'activité libérale en honoraires libres (en ambulatoire et dans les établissements) a montré une forte progression des taux de dépassement des praticiens depuis vingt ans, notamment pour les spécialistes (tableau 16).

⁹ Les dépassements d'honoraires médicaux, rapport IGAS. Rapport n° RM 2007-054P avril 2007.

Tableau 11 : Evolution du taux de dépassement pour les praticiens conventionnés à honoraires libres de 1985 à 2005 (ville et hôpital)

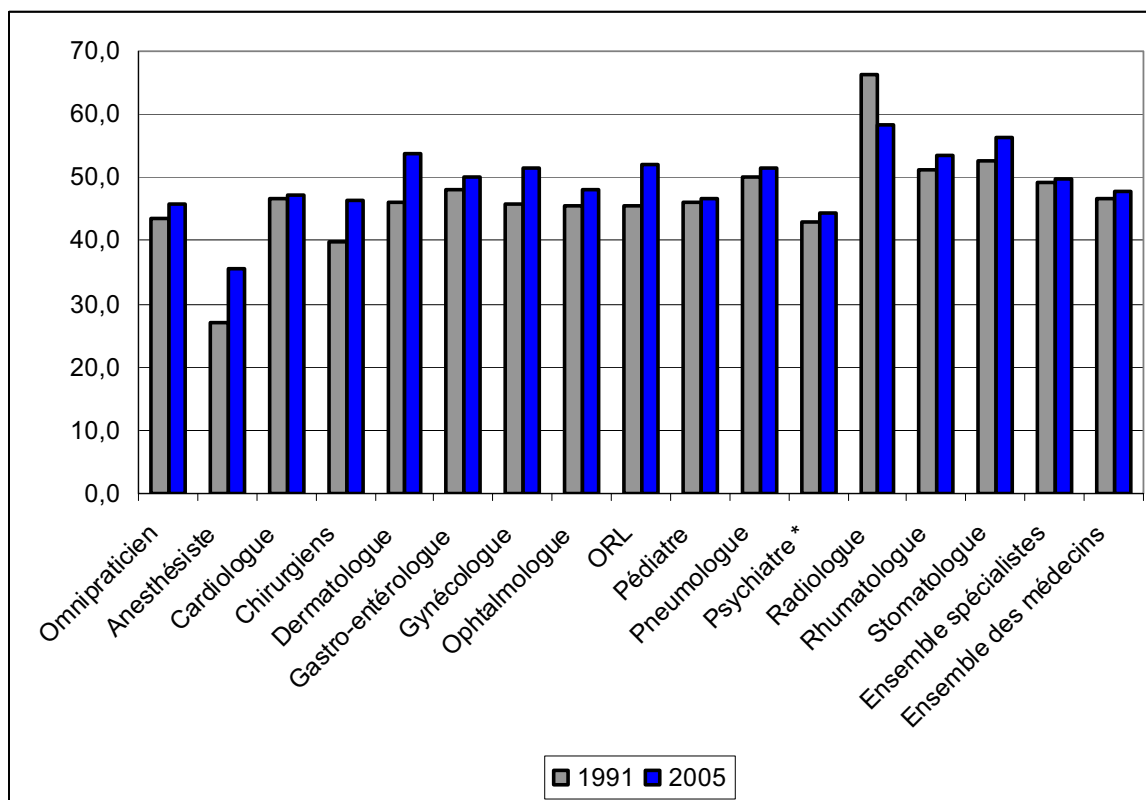
	1985	1990	1995	2000	2004	2005
<i>Omnipraticiens</i>	35%	41%	40%	43%	43%	39%
chirurgiens	21%	20%	24%	32%	49%	46%
Anesthésistes	22%	18%	23%	36%	47%	46%
Gynécologues	27%	34%	40%	50%	61%	59%
ORL	20%	25%	28%	35%	45%	42%
Pédiatres	23%	31%	34%	43%	47%	47%
Ophtalmologistes	21%	29%	33%	41%	53%	51%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	47%	45%

Source : IGAS, à partir des données CNAMTS/DREES

1.3.3. La prise en compte des charges dans l'appréciation des revenus libéraux ne modifie pas de manière significative la hiérarchie des spécialités

- [78] Les charges professionnelles proviennent des statistiques fiscales de la direction générale des impôts (DGI). Elles concernent les médecins à activité normale (remplaçants exclus) conventionnés ou non, ayant rempli une déclaration contrôlée des bénéficiaires non commerciaux (BNC 2035). Elles comprennent aussi les médecins hospitaliers à temps plein ayant une activité libérale à l'hôpital. L'appréciation de ces charges - y compris la couverture sociale du praticien - dans les recettes nettes des débours et rétrocessions permet à la DREES de calculer annuellement un taux de charges.
- [79] Le graphique 1 montre que ce taux de charges n'est pas homogène selon les spécialités. Il est plus important pour les disciplines demandant des infrastructures importantes, comme les radiologues, stomatologues et plus faible pour l'anesthésie réanimation ou la psychiatrie.
- [80] L'évolution des taux de charges entre les années 1991 et 2005 montre une légère progression sur l'ensemble des spécialités (y compris la médecine générale), et notamment pour les dermatologues et les anesthésistes-réanimateurs. Toutefois, dans de nombreuses spécialités, les variations annuelles sont peu importantes. Il est à noter cependant la décroissance régulière des taux de charge en radiologie, qui passe de 66,3% à 58,4%. Ces évolutions mériteraient d'être explorées, en particulier pour la radiologie, car elles peuvent s'expliquer par des modifications dans les charges immobilières, dans les charges sociales, mais également par une productivité accrue des nouvelles technologies.

Graphique 1 : Taux de charges par spécialités, années 1991 et 2005



Source : BNC 2035 (DGI-INSEE), exploitation DREES
* y compris neuropsychiatres

[81] Par ailleurs un récent rapport Igas a fait aussi apparaître le caractère parfois perméable de la frontière entre charges professionnelles et dépenses personnelles¹⁰. Interrogé sur ce point par la mission, la DGFIP a indiqué oralement qu'elle ne disposait pas d'éléments de synthèse sur les politiques de contrôle et sur les résultats en ce qui concerne d'éventuels redressements et réintégration de partie de ces charges dans les revenus. Sur ce point, il est souhaitable que des études soient engagées et leurs résultats communiqués aux directions centrales du ministère et aux services de l'assurance maladie.

[82] Mais certaines spécialités se caractérisent également par le fait que les revenus d'activité peuvent être complétés par le versement de salaires ou de dividendes directement au praticien ou à ses proches. Ces questions ont fait l'objet d'une première série de travaux dans le cadre de la préparation de la première CCAM, mais les conditions de mise en œuvre de la CCAM n'ont pas permis d'actualiser et de prolonger ces premières approches (voir ci après).

¹⁰ Igas « Enquête sur le fonctionnement des cinq cabinet d'imagerie du docteur X » PM 2008 -103 P septembre 2008

1.3.4. La mise en œuvre de la CCAM n'a pas permis de modifier l'avantage traditionnel dont bénéficie les spécialités médico-techniques

[83] A partir du milieu des années 1990, la CNAM a engagé une démarche visant à définir la rémunération des médecins libéraux à partir d'une prise en compte objective des conditions d'activité. Il s'agissait de rénover en profondeur la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui servait de base à la tarification des actes. La NGAP était jugée trop coupée des évolutions des pratiques professionnelles. Le projet d'élaboration de la classification commune des actes médicaux (CCAM) a abouti en 2005. Celle-ci a présenté un progrès réel mais certains défauts dans la conception initiale de la CCAM et surtout les conditions de sa mise en œuvre n'ont pas permis d'en tirer tous les avantages attendus. Finalement, même si les données disponibles à la date d'achèvement du rapport ne permettaient pas de prendre en compte l'impact de mesures prises à la mi 2007 concernant la radiologie, il apparaît que la CCAM n'a permis qu'un rééquilibrage limité des rémunérations entre les différentes spécialités.

1.3.4.1. La CCAM, un outil permettant d'objectiver les rémunérations mais dont la conception initiale n'est pas exempte de défauts

[84] L'élaboration de la CCAM a été longue et difficile. C'est en effet en 1997 qu'il a été décidé d'élargir à toutes les spécialités la démarche qui avait abouti en 1995 à la mise au point opérationnelle d'une classification pour les actes de chirurgie et d'anesthésie. D'importants travaux techniques ont été réalisés entre 1997 et 2002 en collaboration entre les services de la CNAM et quelques 1000 experts des sociétés savantes. Ils ont permis de décrire et de dénommer, c'est à dire d'écrire le libellé, quelques 7000 actes¹¹. Cette démarche a été conduite selon une méthode rigoureuse et structurée qui a conduit à la hiérarchisation de l'ensemble des actes, en fonction des ressources mobilisées par le praticien.

[85] La valeur de chaque acte a été établie à partir de la mesure de deux types de ressources mobilisées par le praticien lors de la réalisation des soins :

- le travail médical analysé à travers une combinaison de critères de durée, de stress, de « technicité » (compétence technique) et d'effort mental exprimée sous la forme d'un score de « points travail » permettant de comparer tous les actes, d'abord au sein de chaque spécialité puis entre spécialités en utilisant des actes comparables présents dans deux spécialités,
- le « coût de la pratique » (c'est-à-dire les charges supportées par le praticien pour la mise en place de l'environnement administratif et technique de son activité) qui est l'estimation d'un coût moyen par acte des charges professionnelles qui incombent au praticien dans sa pratique quotidienne évalué à partir des données fiscales ou d'enquêtes spécifiques et affectées à chaque acte au prorata du travail médical, en euros par acte.

[86] Après validation de ces travaux par un comité de pilotage (de fin 2003 à fin 2004), la négociation a abouti à un protocole d'accord entre les partenaires conventionnels signé le 25 février 2005. Les tarifs « cibles » de la CCAM, issus de la hiérarchisation et de la fixation de la valeur du point travail médical calculé pendant la phase technique du processus ont été négociés et validés.

¹¹ Dans sa dernière version la CCAM compte 7600 actes.

- [87] La CCAM ainsi définie est donc en premier une nomenclature d'actes c'est-à-dire une description par la communauté scientifique de quelques 7300 actes composant la pratique médicale de l'époque et permettant de décrire et coder les mêmes actes qu'ils soient pratiqués en ville ou dans un établissement public ou privé. Elle constitue une base précise de tarification et donc un outil solide pour rémunérer les médecins. Elle permet que chaque acte soit valorisé dans des conditions objectives et donc que son prix soit le reflet de sa valeur. Elle organise une séparation entre la logique de la rémunération de l'établissement et celle de la rémunération du praticien ; les ressources mobilisées par l'un ou l'autre pour un même traitement ne sont pas du même ordre, ni ne varient de la même manière. Outre son intérêt comme instrument de pilotage de la politique de rémunération, la CCAM a un intérêt évident dans la connaissance des activités et donc peut contribuer à faciliter la définition des priorités dans la politique de santé.
- [88] Mais cette CCAM n'était pas sans défauts. Dès l'origine, des limites sérieuses sont apparues quant à la capacité de cet outil à rationaliser la tarification des actes médicaux et rendre plus équitable la rémunération des médecins. On peut ainsi considérer que la conception de la CCAM comporte trois défauts : un champ limité, des faiblesses structurelles dans la détermination du coût de la pratique et l'absence d'articulation avec la tarification des établissements dans le cadre de la TAA.
- [89] Tout d'abord le champ de la CCAM ne couvre qu'une partie de l'activité médicale. La CCAM couvre les actes techniques réalisés par les médecins. Les actes cliniques (consultations, visites...), mais aussi ceux des auxiliaires médicaux, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes restent tarifés en NGAP. De ce fait la CCAM ne pouvait constituer un outil pour rééquilibrer entre actes cliniques et techniques. C'est d'ailleurs conscients de cette difficulté qu'à travers un engagement conventionnel en février 2005, les parties s'entendent pour élaborer une CCAM portant sur les activités cliniques, dite CCAM clinique, avant la fin de l'année 2006. Mais la démarche va s'enrayer. Les organisations syndicales ont fait des propositions, de nature différente selon l'appartenance syndicale. Mais elles ont surtout insisté pour que la valeur plancher (de la nouvelle grille des consultations) soit le C à 23 euros.
- [90] La CCAM clinique a uniquement fait l'objet de «séances techniques» et non de négociations ouvertes. Celles-ci auraient dû aborder la question des dispositifs à mettre en place pour assurer la prise en compte des contraintes financières. Du point de vue de la direction de la CNAM, la mise en œuvre de la convention a déjà conduit à un début de hiérarchisation de la tarification de la consultation avec trois ou quatre niveaux identifiés, liés au parcours de soins (consultation de base, acte de consultant rémunéré 28 euros, avis d'expert – C2 –), sans oublier les majorations « nourrissons », « enfants ». Au moment où est intervenue la mission, la CNAM était en train de réinitier un appel d'offres pour relancer les études. Mais la perspective d'élaboration de la CCAM clinique semblait assez incertaine.
- [91] La deuxième limite de la CCAM tient aux problèmes posés par la valorisation du coût de la pratique et par l'articulation entre financement des établissements en GHS dans le cadre de la TAA et rémunération des médecins. Le champ des charges prises en compte pour le calcul du coût de la pratique n'est pas clairement défini et il n'y a pas eu d'harmonisation avec la TAA devant la diversité des pratiques et des modalités de répartition de charges avec notamment les cliniques. Le choix de prendre comme référence la moyenne des charges constatées ne contribue pas à la clarification de la méthode ni à l'indispensable actualisation du chiffrage. Les évolutions récentes n'ont pas contribué à simplifier cette question (voir annexe 6 sur le système de rémunération des praticiens libéraux). On observe progressivement un transfert des charges d'investissement du praticien sur l'établissement, le matériel était initialement acquis par le praticien qui en gérait l'entretien et le renouvellement. La tendance est aujourd'hui plus en faveur d'un investissement par l'établissement et le partage des charges au moyen d'une redevance sur les actes effectués par le praticien. Plus l'investissement est important, plus ce schéma se développe.

- [92] La CCAM ne permet pas non plus de réguler les dépassements. Ainsi, dans une étude effectuée par un organisme assurantiel privé, et que la mission a pu se procurer, 150 000 actes chirurgicaux et obstétricaux effectués en 2007 ont été analysés. Il en ressort que les taux de dépassements sont semblables quel que soit le tarif CCAM (0,75 à 0,88). Par contre la fréquence des dépassements a tendance à s'élever pour les actes lourds (tarif supérieur à 273€).
- [93] Enfin et c'est certainement un point de faiblesse majeure, la CCAM conduit à payer au volume sans que soit prise en compte la performance du matériel en termes de sécurité et de qualité.

1.3.4.2. Une application lente et partielle et des résultats limités

- [94] La mise en œuvre de la CCAM devait se traduire par une révision des tarifs à la hausse et à la baisse des 7300 actes par rapport aux anciens tarifs de la NGAP. Pour faciliter l'acceptation de la démarche il a été décidé d'étaler la réalisation de ces mouvements. Pour éviter une baisse des revenus de certaines spécialités, les tarifs ont été gelés à leur niveau NGAP et seule une partie d'entre eux, ceux dits gagnants, a été revalorisée à 1/3 de l'augmentation prévue par les tarifs cibles. Une première étape de convergence vers les tarifs cibles de la CCAM a été réalisée en mars 2005, suivie d'une 2ème étape en 2 phases (septembre 2007 et janvier 2008). La mise en œuvre de la CCAM s'est faite sans qu'une cible temporelle soit définie et affichée. De ce fait la convergence vers les tarifs cibles n'a pas été planifiée et sa mise en œuvre s'est faite dans un cadre de fortes contraintes. Elle n'a abouti aujourd'hui qu'à réduire de moitié l'écart chiffré entre les tarifs existants et les tarifs cibles en soulignant que ces références tarifaires cibles sont celles de 1994. Le tableau ci-dessous fait apparaître les conditions de mise en œuvre de la CCAM.

Application de la CCAM dans le temps

En M€

	CCAM cible			CCAM mars 2005		Avenant n°12 mars 2006		Avenant n°23 avril 2007		
	Montants constatés en 2004	Objectif cible	Objectif cible %	1ère étape CCAM	%	Montants	%	Montants	2ème étape CCAM	
								CCAM V6		%
Total disciplines gagnantes	2371,5	315,6	13,3%	174	7,3%	18	0,8%	2 980,50	138	4,6%
dont chirurgie	633,4	89,9	14,2%	39,9	6,3%			689,88	35,5	5,1%
Total disciplines perdantes ²⁵⁸	3987,5	-283,1	-7,1%	-6,9	0,2%	5,1	0,1%	4 108,10	-74,2	1,8%
dont radiologie (y compris forfaits techniques)	2597	-200,0	-7,7%	0	0%			2914,99	-69,4	2,4%
Total	6 359	32,5	0,5%	180,9	2,80%	23,1	0,4%	7 088,60	63,8	0,9%

Note de lecture : dans la ligne « total », les montants de 6 359 M€ et de 7 088,6 M€ correspondent au total en base des honoraires de disciplines gagnantes et perdantes. Les autres montants indiquent l'impact sur ces bases des hausses et des baisses de tarifs.

Source : CNAMTS

- [95] Enfin, l'absence d'actualisation des valeurs retenues pour le coût de la pratique a conduit à une certaine obsolescence de la tarification. Dans le même temps, l'évolution des pratiques de dépassement a certainement conduit à des augmentations de rémunérations significatives pour de nombreux praticiens. Ces pratiques de dépassement sont toutefois très variables suivant les territoires ou la nature des actes. Elles obéissent plus à des logiques de choix individuels qu'à des comportements normés. La conséquence est qu'elles n'ont pas fondamentalement remis en cause la hiérarchie des spécialités telles qu'elles étaient en fait établies en application de la NGAP.
- [96] Dans la dernière période des questions nouvelles ont surgi dans la relation entre les praticiens et les établissements privés dans lesquels ils exerçaient :
- L'application conjointe de la TAA et de la nouvelle nomenclature CCAM a modifié en profondeur les modes de relations de la profession médicale avec les cliniques. Le responsable financier de la clinique est désormais directement intéressé par les coûts de la

prestation médicale et l'optimisation de celle-ci remet de fait en question le statut quo précédent où le tarif de la clinique n'intégrait que très partiellement le coût médical direct remboursé au tarif du marché par l'Assurance Maladie (exemple des prothèses).

- Des difficultés sont apparues quant à la prise en charge de l'exigence de qualité et des missions d'intérêt général qui ne sont pas réellement prises en compte dans les rémunérations (lutte contre les infections nosocomiales, mise en place des vigilances hospitalières, etc.)
- confrontés aux conséquences négatives des dépassements sur leur positionnement dans l'offre de soins, des praticiens et des responsables d'établissements se sont engagés dans des démarches de régulation des dépassements (annexe 6).

1.4. Le dispositif de rémunération à l'acte n'intègre pas la notion de qualité

[97] Comme l'a constaté l'Igas dans un rapport récent sur une situation particulière (rapport précité), le dispositif de rémunération ne prend que très peu en compte les exigences de qualité. Dans une situation certes exceptionnelle analysée par ce rapport, il est apparu qu'il était possible de développer des pratiques d'autoprescription conduisant à la réalisation de très hauts volumes d'actes sans justification médicale et avec des conséquences très négatives pour la qualité des prises en charges, sans que ces dysfonctionnements aient, en retour, un impact sur la rémunération. Il apparaît au contraire que la recherche d'une rémunération accrue a directement déclenché cette course à l'acte dont les conséquences n'ont pu être limitées par les dispositifs habituels de suivi et de contrôle.

[98] Une autre illustration de cet effet se retrouve dans l'analyse des taux de césarienne en France. Un récent travail publié par la Fédération Hospitalière de France (FHF), à partir des données du PMSI¹², montre que les taux de césarienne sont globalement plus élevés dans le privé que dans le public. Ils sont supérieurs dans les maternités privées de niveau 1 (21,5%) à ceux retrouvés dans les maternités publiques de niveau 3 (20,5%) qui, pourtant, prennent en charge des maternités à haut risque. Sur les 50 établissements ayant les plus hauts taux de césariennes en 2007, 36 (72%) sont des établissements privés. Les caractéristiques de population (vieillissement des femmes enceintes, augmentation des grossesses multiples...), qui s'appliquent à l'ensemble des établissements, ne suffisent pas à expliquer cette différence.

[99] Il y a toutefois des exceptions notables à cette absence de lien entre rémunération à l'acte et qualité. Ainsi, dans l'exemple cité plus haut de la radiologie, le cahier des charges national pour les mammographies de dépistage prévoit que les clichés doivent être exécutés par des radiologues agréés respectant de cahier des charges notamment quant à la qualité des examens, l'examen clinique et la mise en place d'une deuxième lecture.

¹² FHF : Etude sur les césariennes. Décembre 2008

2. POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS SALARIES SOUS STATUTS PUBLICS OU PSPH, UN SYSTEME DE REMUNERATION LARGEMENT DECONNECTE DE L'ACTIVITE ET DES RESULTATS

[100] Les praticiens qui exercent dans les établissements publics de santé et dans les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) sont des salariés (annexe 1et 2). Pour les premiers, leur rémunération est d'abord déterminée par l'application de règles statutaires c'est-à-dire par leur position de praticien au sein de l'échelle indiciaire afférente au statut (voir annexes 3, 4, et 7) Les multiples statuts constituent un dispositif complexe dont le trait commun est d'organiser une progression linéaire de carrière avec une évolution automatique de la rémunération principale uniquement liée à l'ancienneté. En plus de celle-ci, les praticiens perçoivent des indemnités et certains d'entre eux ont une activité libérale. En théorie la hiérarchie des rémunérations principales est assez écrasée et, surtout, il n'y a pas de différenciation liée à la spécialité. Mais les données recueillies par la mission font apparaître au contraire d'assez fortes disparités liées au rattachement à la spécialité et en fait à l'impact différencié selon les spécialités de la participation à la permanence des soins hospitalière. A cette première différenciation s'en ajoute une deuxième qui est liée aux pratiques d'activités libérales et à son corollaire, les dépassements. Au total la hiérarchie des rémunérations complètes entre spécialités est réelle et s'est accrue par la revalorisation des rémunérations complémentaires, et les écarts au sein même des spécialités sont importants. Le système de rémunérations se caractérise par une déconnection entre le niveau de rémunération et l'activité, c'est-à-dire le temps médical effectif. Cette situation peut avoir des conséquences négatives en termes d'équité et d'efficacité. Par rapport à celui des EPS le système de rémunération des praticiens qui exercent dans des établissements PSPH paraît plus souple mais il rencontre aujourd'hui des difficultés.

2.1. *La différenciation des rémunérations des praticiens des établissements publics de santé*

[101] La mission s'est efforcée de rassembler des données sur l'évolution d'ensemble des rémunérations et sur l'impact de cette évolution en termes de coûts moyens. Elle a surtout voulu faire apparaître les niveaux de rémunération par spécialité et au sein de chaque spécialité.

2.1.1. Les disparités inter spécialités et les écarts de rémunérations entre praticiens au sein de l'hôpital public sont importants

2.1.1.1. Une hiérarchie des spécialités sur les rémunérations qui privilégie celles percevant de fortes indemnités

[102] L'étude menée auprès des CH par la DHOS et le CNG pour les besoins de la mission montre qu'il existe de fortes disparités dans la rémunération moyenne selon la spécialité (tableau 12), avec une hiérarchie qui place en premier trois disciplines médico-techniques : l'anesthésie réanimation, la radiologie et la biologie médicale. Ces différences doivent être analysées avec prudence, car elles reposent sur un échantillon très réduit d'établissements hospitaliers (57 établissements).

[103] La mission n'a pas été en mesure de consolider les chiffres de rémunération moyenne totale dans l'enquête faite auprès des CHU. Elle a toutefois examiné le cas particulier d'un CHU de moyenne importance. Dans cet établissement, la moyenne des salaires et gardes par pôle montre que les trois pôles ayant les montants moyens de rémunération par praticien les plus élevés sont l'anesthésie réanimation, le pôle rassemblant néphrologie, urologie et gynécologie, et le pôle urgences (tableau 13).

Tableau 12 : Rémunération moyenne annuelle (2007) sur un échantillon de centres hospitaliers

Spécialité	Rémunération moyenne totale (euros)
Anesthésie réanimation	91 091
Radiologie imagerie médicale	83 224
Biologie médicale	82 440
Psychiatrie	77 548
Chirurgie	72 895
Pédiatrie	70 462
Gynécologie	70 394
Médecine nucléaire	66 876
Pathologie cardio vasculaire	65 539
Médecine interne	62 853
Endocrinologie et métabolisme	59 188
Oncologie médicale	54 506
Oncologie radiothérapique	49 086
Ophthalmologie	45 641

Source : Enquête CNG/DHOS. Retraitement IGAS

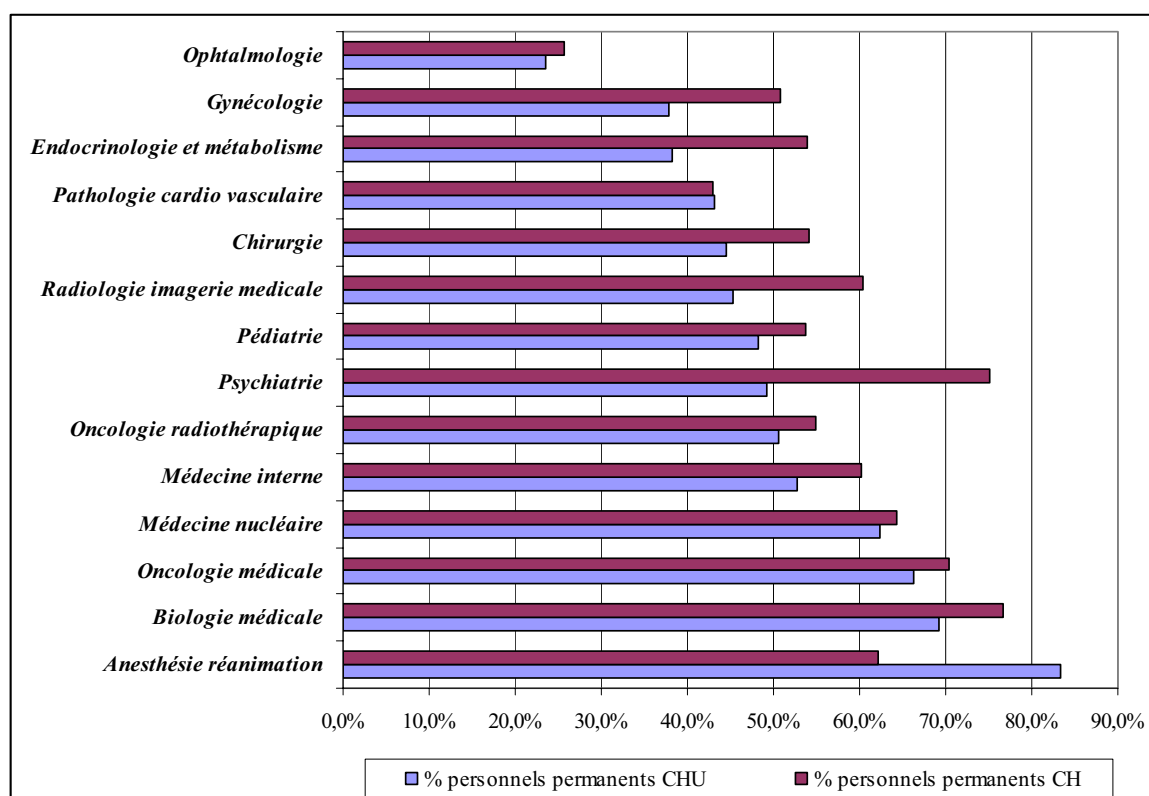
Tableau 13 : Moyenne annuelle des salaires par pôle dans un CHU (2007)

Pôles du CHU	Moyenne salaire annuel
Anesthésie réanimation	105 473
Néphrologie, urologie, gynécologie	85 396
Urgences	80 625
Oncopôle	79 815
Pédiatrie	78 839
Médecine Interne/Infectieuse/Neurosciences	77 855
Cardio Vasculaire/Thoracique	77 664
Imagerie	74 934
Gérontologie	74 517
Appareil locomoteur	73 894
Support	72 282
Bio/Pharma/ Santé publique	66 767
Tête et cou	65 258
Total	80 070

Source : Données transmises à l'IGAS

- [104] Ces différences peuvent être dues en grande partie à la structure de l'emploi, certaines spécialités pouvant faire appel soit à des contractuels précaires¹³, soit à des praticiens à temps partiel en plus grand nombre (Graphique 2). Ainsi, dans l'étude auprès des CHU 83,2% de l'effectif des anesthésistes sont des personnels permanents, contre seulement 23,5% des ophtalmologistes. Les ordres de grandeur sont semblables dans les CH, malgré le très faible effectif de personnels hospitalo-universitaires, à l'exception notable des psychiatres (75% de personnels permanents dans l'échantillon de CH contre 49,2% dans les CHU). Il est à noter que dans les CH les disciplines comme l'ophtalmologie sont tout autant occupées par des personnels non permanents (25,8%). A l'inverse, dans ces établissements la proportion des anesthésistes réanimateurs permanents est plus faible (62,1%).
- [105] La structure par âge mériterait d'être également prise en compte, notamment pour les spécialités relativement nouvelles comme la médecine nucléaire ou l'oncologie.

Graphique 2 : Pourcentage des personnels permanents* dans l'ensemble de l'effectif par spécialités au sein d'un échantillon de CH et CHU



* Les personnels permanents regroupent les praticiens hospitaliers temps plein, ainsi que les PU-PH et les MCU-PH

- [106] Le tableau 14 fournit une indication sur le pourcentage moyen des indemnités dans les rémunérations, par spécialité. Il varie pour les CHU de 12% pour la médecine nucléaire à plus de 30% en chirurgie et dans des proportions identiques pour les CH, à l'exception de l'ophtalmologie, pour laquelle la part des indemnités dans les centres hospitaliers est le double de celle dans les CHU.

¹³ C'est le cas par exemple pour les urgences (entretiens réalisés par la mission sur Paris), voire, également le recours à des médecins à diplôme hors Union européenne (voir infra)

Tableau 14 : Pourcentage moyen des indemnités dans la rémunération au sein d'un échantillon de CH et de CHU, par spécialité. Année 2007

Spécialité	% moyen des indemnités dans la rémunération (étude sur un échantillon de CH)	% moyen des indemnités dans la rémunération (étude sur un échantillon de CHU)
Anesthésie réanimation	31,98%	26,42%
Chirurgie	28,20%	30,89%
Psychiatrie	16,63%	18,83%
Pédiatrie	26,91%	24,30%
Gynécologie	28,55%	28,30%
Pathologie cardio vasculaire	27,11%	22,34%
Oncologie radiothérapique	12,73%	12,85%
Radiologie imagerie médicale	25,32%	24,48%
Endocrinologie et métabolisme	12,20%	15,12%
Médecine nucléaire	8,07%	12,01%
Biologie médicale	14,57%	13,52%
Ophthalmologie	31,96%	15,56%
Médecine interne	16,04%	15,03%
Oncologie médicale	12,80%	16,56%

Source : Enquête CNG/DHOS. Retraitement IGAS

2.1.1.2. Les montants indemnitaires des chefs de clinique : un cas particulier qui démontre l'inadaptation du mode de rémunération de ce statut

[107] La mission souhaite souligner le cas particulier des personnels enseignants et hospitaliers temporaires dans les CHU, et notamment les chefs de clinique, pour lesquels la part des indemnités est très largement supérieure à celle de la moyenne de la spécialité, quelle que soit la spécialité. Ainsi, pour ces personnels, en chirurgie et en anesthésie réanimation, plus des deux-tiers de la rémunération sont fournis par les indemnités (tableau 15). Cette situation illustre le caractère inadapté des rémunérations, qui incite à trouver des stratégies de contournement d'une rémunération principale perçue comme peu attractive à travers un complément que représentent ces indemnités. La mission ne peut que s'interroger sur les effets d'une telle pratique.

Tableau 15 : Part des indemnités dans la rémunération des personnels enseignants et hospitaliers temporaires, année 2007

Spécialité	% moyen des indemnités dans la rémunération des personnels enseignants et hospitaliers temporaires*
Anesthésie réanimation	67,46%
Chirurgie	67,44%
Gynécologie	65,01%
Pathologie cardio vasculaire	59,28%
Radiologie imagerie médicale	56,60%
Pédiatrie	56,48%
Ophthalmologie	52,26%
Psychiatrie	50,20%
Oncologie médicale	43,52%
Médecine interne	39,99%
Endocrinologie et métabolisme	39,60%
Oncologie radiothérapique	36,54%
Biologie médicale	33,52%
Médecine nucléaire	30,01%

Source : Enquête CNG/DHOS auprès des CHU. Retraitement IGAS /

* Praticiens Hospitalo-universitaires (PHU), Assistants Hospitalo-universitaires (AHU), Chefs de Clinique Assistants (CCA)

2.1.1.3. Des rémunérations élevées concentrées sur une spécialité dans les CHU, plus étendue dans les CH

[108] Au total, l'ensemble des rémunérations dans les CHU dessine un paysage relativement bipolaire, dominé par la spécialité Anesthésie-Réanimation, spécialité pour laquelle la part des personnels gagnant plus de 100 000€ (sans l'apport de l'exercice libéral pour les praticiens qui peuvent y prétendre) est significative (plus de 18% de l'effectif).

Tableau 16 : Répartition des effectifs gagnant plus de 100 000€ dans les CHU, par spécialité. Année 2007

Spécialité	Effectif	Effectif gagnant plus de 100 000€	% gagnant plus de 100 000€
Anesthésie réanimation	1945	353	18,15%
Chirurgie	1906	56	2,94%
Psychiatrie	651	14	2,15%
Pédiatrie	874	17	1,95%
Gynécologie	616	9	1,46%
Pathologie cardio vasculaire	557	8	1,44%
Oncologie radiothérapique	83	1	1,20%
Radiologie imagerie médicale	812	8	0,99%
Endocrinologie et métabolisme	338	2	0,59%
Médecine nucléaire	202	1	0,50%
Biologie médicale	2201	9	0,41%
Ophthalmologie	353	1	0,28%
Médecine interne	467	1	0,21%
Oncologie médicale	95	0	0,00%
Total	11100	479	4,32%

Source : Enquête CNG/DHOS auprès des CHU. Retraitement IGAS

[109] Dans les Centres hospitaliers, malgré la faiblesse de l'échantillon, il est à noter que, globalement, la proportion de personnes ayant des rémunérations supérieures à 100 000€ est notablement plus importante que dans les CHU, et se distribue non seulement sur les anesthésistes réanimateurs (avec une proportion atteignant plus de 30% de l'échantillon), mais également sur plusieurs autres spécialités à composante technique, mais également clinique. Au total, dans cette étude, près de 15% de l'effectif possède des rémunérations égales ou supérieures à 100 000€ par an en 2007.

Tableau 17 : Répartition des effectifs gagnant plus de 100 000€ dans les CH, par spécialité. Année 2007

Spécialité	Effectif	Effectif gagnant plus de 100 000€	% gagnant plus de 100 000€ dans la spécialité
Anesthésie réanimation	393	121	30,79%
Chirurgie	443	83	18,74%
Psychiatrie	159	25	15,72%
Pédiatrie	218	27	12,39%
Gynécologie	52	0	0,00%
Pathologie cardio vasculaire	286	47	16,43%
Oncologie radiothérapique	137	16	11,68%
Radiologie imagerie médicale	128	7	5,47%
Endocrinologie et métabolisme	14	1	7,14%
Médecine nucléaire	27	0	0,00%
Biologie médicale	31	0	0,00%
Ophthalmologie	66	4	6,06%
Médecine interne	228	27	11,84%
Oncologie médicale	472	25	5,30%
Total	2654	383	14,43%

Source : Enquête CNG/DHOS auprès des CH. Retraitement IGAS

[110] La mission a également pu se procurer un état individuel des rémunérations connues au sein d'un centre hospitalier général et d'un centre hospitalier universitaire. Les écarts de rémunération au sein des personnels permanents (praticiens hospitaliers temps plein), incluant le salaire de base, les indemnités et l'activité libérale déclarée vont de 1 à 5 dans un centre hospitalier général entre les rémunérations les moins élevées (48 970 €/an pour un PH temps plein 5^{ème} échelon en soins de suite et de réadaptation, avec indemnité de service public exclusif) et les plus élevées (266 482€/an pour un PH temps plein 13^{ème} échelon en chirurgie avec activité libérale). Au sein d'un CHU, ces écarts sont très sensiblement supérieurs (fréquemment de l'ordre de 1 à 10) du fait du niveau de l'activité libérale mais aussi des rémunérations liées aux activités de recherche et d'expertise (voir plus loin).

2.1.2. La permanence des soins joue un rôle important dans les disparités de rémunération observées selon les établissements, les spécialités et les statuts

[111] Selon une récente enquête DHOS/CNG, on estime que le montant du coût de la permanence de soins (PDS) dans les hôpitaux publics s'élève à 753 millions d'euros.

Tableau 18 : Montant total de la PDS dans les établissements publics de santé

	permanences sur place intégrées aux obligations de service	permanences sur place réalisées en temps de travail additionnel	permanences de soins par astreinte	Total en euros
A.P.H.P.	30 604 196	22 386 038	8 433 275	61 423 509
CHU	106 409 557	24 927 871	52 108 533	183 445 961
CH Spécialisés	15 243 906	2 454 181	3 867 100	21 565 188
Hôpitaux Locaux	1 060 539	42 239	1 185 467	2 288 245
S.I.H.	401 090	3 304	223 138	627 532
Petits CH	26 954 096	8 218 683	16 310 802	51 483 581
Moyens CH	102 483 927	23 798 544	64 293 068	190 575 539
Gros CH	153 793 003	27 506 440	61 085 691	242 385 134
	436 950 315	109 337 301	207 507 073	753 794 689

Source : DHOS-CNG, mai 2008

2.1.2.1. La part que la PDS représente dans la rémunération est différente selon la taille et le type d'établissements

Tableau 19 : Part indemnitaire PDS sur rémunération selon le type d'établissement

Statut Etablissements Publics de Santé	% indemnitaire PDS sur rémunération totale
CHU	15,1 %
CH	19,8 %
CHS	7,2 %
HL	29,5 %

Source : Ministère santé/Dhos/cng mai 2008

[112] La part indemnitaire PDS est de l'ordre de 20% pour les centres hospitaliers généraux alors qu'elle est de 15 % pour les CHU. Cette situation couvre toutefois de fortes disparités. La mission a ainsi pu vérifier le constat déjà établi au sein de certains centres hospitaliers de petite taille où des praticiens peuvent profiter d'indemnités conséquentes pour que l'établissement puisse assurer un service, malgré une activité peu importante¹⁴. La situation particulière des hôpitaux locaux mérite également d'être notée. Elle est probablement expliquée par le fait que les rémunérations des praticiens par l'établissement sont faibles (souvent quelques médecins généralistes, PH à temps partiel), mais les dispositions réglementaires pour rémunérer les gardes et astreintes peuvent entraîner des coûts représentant une part importante de ces budgets.

¹⁴ Notamment en chirurgie ou en anesthésie réanimation

2.1.2.2. La permanence des soins représente un complément de salaire significatif pour certaines spécialités

Tableau 20 : Part indemnitaire PDS selon le statut des praticiens

STATUT	Rémunération Brute annuelle moyenne	indemnités PDS sur l'année en moyenne	% de l'indemnitaire de PDS sur la rémunération totale	% indemnitaire de PDS sur place sur la rémunération totale	% astreintes sur la rémunération totale	% TTA de jour sur la rémunération totale	% TTA nuits/dim/jf sur la rémunération totale
HU Titulaires	92 134	6 250	7 %	3 %	3 %	0	1 %
HU Non Titulaires	60 338	25 611	42 %	25 %	12 %	0	5 %
PH Temps plein	76 663	10 272	13 %	7 %	5 %	1 %	1 %
PH Temps partiel	58 729	8 797	15 %	8 %	1 %	5 %	2 %
Contractuels	40 533	9 328	23 %	16 %	4 %	1 %	3 %

Source : Ministère santé/Dhos/cng mai 2008

[113] On note que le poids de la PDS dans les rémunérations de deux catégories (les bi-appartenants non titulaires et les contractuels) est important et se situe respectivement à 42 % et 23%.

[114] Enfin, les spécialités le plus concernées par la PDS sont les services d'urgence, de chirurgie, d'anesthésie réanimation et de radiologie.

Tableau 21 : Part indemnitaire PDS selon certaines spécialités

Activités médicales	Rémunération Brute annuelle moyenne	% indemnitaire de PDS sur rémunération totale	% indemnitaire de PDS/place sur rémunération totale	% astreintes sur rémunération totale	% TTA nuits/dim/jf sur rémunération totale
Urgences SAMU Smur	63 841	31,9 %	26,5 %	1,7 %	3,7 %
Chirurgie	69 077	24,3%	9,3 %	12,9 %	2,1 %
Anesthésie réanimation	77 484	20,5%	15,2 %	2,6 %	2,7 %
Radiologie	69 885	17 %	7 %	9,1 %	1 %

Source : Ministère santé/Dhos/cng mai 2008

[115] Les rémunérations de la PDS constituent donc désormais un complément de salaire important, concentré dans certaines spécialités. Ces compléments sont en général appréciés sur une base moyenne, mais ils peuvent subir des variations très importantes au niveau individuel. Ainsi, dans un des CHU visités par la mission, la rémunération la plus élevée de l'établissement (hors exercice libéral) est composée à 67,4% des indemnités de gardes et astreintes.

2.1.3. L'activité libérale à l'hôpital public permet d'offrir des rémunérations attractives mais elle s'accompagne de dérives non corrigées jusqu'à présent

2.1.3.1. La population médicale concernée est relativement faible, concentrée sur certaines spécialités, répartie de façon hétérogène sur le territoire et aux choix conventionnels à deux tiers en secteur 1

a) La population médicale exerçant dans un EPS ayant fait le choix de l'activité libérale est relativement faible

[116] Les praticiens pouvant prétendre à une activité libérale doivent exercer en tant qu'hospitaliers temps plein (PHTP soit 33119 personnes physiques) dans les établissements publics de santé ou en tant qu'hospitalo-universitaires dans les CHU (HU soit 10 474). Dans ce second cas, on note deux types de catégories : les titulaires et les non titulaires temporaires. La première population compte les professeurs des universités (PU-PH) et les maîtres de conférence hospitalo-universitaires et chefs de travaux (MCU-PH). La seconde est composée d'assistants hospitalo-universitaires (AHU), praticiens hospitalo-universitaires (PHU) et chefs de cliniques assistant (CCA).

[117] En 2007, 43 593 praticiens pouvaient prétendre statutairement à exercer une activité libérale dans les hôpitaux publics de santé, 4452 exerçaient effectivement cette activité soit 10,2 % des effectifs. Les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale choisissent, pour 61% d'entre eux, le secteur 1, et pour 39% le secteur 2.

b) La répartition des praticiens est très concentrée sur quelques spécialités

[118] 3 groupes de spécialités concentrent la moitié des effectifs en secteur 1 et 2.

Tableau 22 : Répartition des effectifs exerçant une activité libérale à l'hôpital selon le secteur conventionnel

	Secteur 1 (effectif total 2662)	% de l'effectif en secteur 1	Secteur 2 (effectif total 1787)	% de l'effectif en secteur 2
CHIRURGIE	570	21,4 %	667	37,3 %
GYNECOLOGIE	310	11,6 %	341	19 %
RADIOLOGIE	498	18,7 %	60	3,3 %
TOTAL	1378	51,8 %	1068	59,8 %

Source : CNAMTS/SNIR 31 décembre 2007.

[119] Le montant total des honoraires et des dépassements perçus en 2007 au titre de cette activité est de plus de 311 millions d'euros. Ces données montrent que les dépassements sont pratiqués par un nombre limité de praticiens mais les montants sont relativement importants.

Tableau 23 : Effectifs des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale en 2007 et montant des honoraires perçus, selon le secteur conventionnel (en millions d'euros)

	effectifs	honoraires	dépassements	total
Secteur 1	2662	178	1,9	179,9
Secteur 2 et 1 DP	1787	72,4	59,2	131,6
Total	4452			311,5

Source : CNAMTS/SNIR-PS. Année 2007.

c) La répartition géographique révèle également une très forte concentration sur trois départements, notamment en secteur 2

[120] Les départements de Paris, Rhône, Alpes-Maritimes concentrent près d'un quart des praticiens exerçant en secteur 2. Sur 1787 praticiens exerçant en secteur 2, 435 soit 24,3%, soit un quart, exercent dans ces trois départements. Il est également à noter que dans ces trois territoires, les praticiens choisissent de manière très majoritaire le secteur 2, en particulier à Paris.

Tableau 24 : Répartition des praticiens hospitaliers ayant un exercice libéral dans trois départements et montant des honoraires

Département	Secteur 1	Secteur 2	Montant des honoraires bruts globaux
75 Paris	8	252	23 millions euros
69 Rhône	29	75	10,2 millions
06 Alpes Maritimes	12	128	7 millions euros
Total	49	435	40 millions euros

Source : CNAMTS/SNIR 31 décembre 2007

d) Les montants des rémunérations sont très dispersés

[121] Le montant total des honoraires et des dépassements perçus au titre de cette activité est de 311,8 millions d'euros pour une population médicale totale concernée de 4452. Toutefois, il existe de grandes disparités dans la rémunération des praticiens : les 1787 praticiens en secteur 2 ou 1 dépassement permanent perçoivent 131,6 millions d'euros (soit 42% du montant total) répartis en 72,4 millions d'euros en honoraires et 59,2 millions en dépassements.

[122] Des dérives sont apparues dans certains cas. Des dépassements sont pratiqués par un nombre limité de praticiens et dont les montants sont pour certains très importants, comme cela a été rapporté récemment dans la presse nationale¹⁵. Une étude récente (1^{er} trimestre 2007) de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris, que la mission a pu se procurer, montre bien ces dérives dans les dépassements. Ainsi, pour les consultations des praticiens hospitaliers temps plein parisiens exerçant en secteur 2, le taux moyen de dépassement est de 366,5% et la fréquence moyenne des dépassements est de 99,4%. Par ailleurs, 46% des spécialistes ont un taux moyen de dépassement supérieur à 400%. Pour les actes techniques, le pourcentage de séances avec dépassement est de 80,1% et le taux moyen de dépassement est de 259,0%. Il atteint 417,5% pour les chirurgiens. Une analyse de dispersion compare les praticiens hospitaliers parisiens en secteur 2 et les spécialistes libéraux hors temps plein hospitalier. Celle-ci montre une dérive des dépassements plus importante en pourcentage chez les hospitaliers aussi bien en consultations (9^{ème} décile à 526% contre 245% pour les spécialistes non hospitaliers) que pour les actes techniques (9^{ème} décile à 489% contre 260%)¹⁶.

[123] Les honoraires moyens reçus au titre de leur activité libérale varient considérablement en fonction des disciplines (tableau 25). Si, dans de nombreuses disciplines, les honoraires tendent à être plus élevés pour les praticiens ayant opté pour la pratique des dépassements, ce n'est pas une règle générale, comme en témoignent les montants versés pour les praticiens exerçant en cardiologie ou radiologie.

¹⁵ Revue Capital : 1^{er} novembre 2008

¹⁶ CPAM de Paris. DRP-Pôle expertises statistiques. Les pratiques tarifaires des spécialistes parisiens temps plein hospitalier exerçant une activité libérale en secteur 2 et la part de leur activité rapportée à l'ensemble des spécialistes libéraux de secteur 2. 7 juillet 2008

Tableau 25 : Honoraires libéraux totaux et taux de croissance annuel (2004/2007) pour les médecins hospitaliers temps plein selon le secteur

	secteur 1			secteur 2 et IDP		
	Effectifs (2007)	Moyenne honoraires totaux (2007)	taux croissance annuel 2004/2007	Effectifs (2007)	Moyenne honoraires totaux (2007)	taux croissance annuel 2004/2007
Médecine générale	21	46 135	4,3%	6	23 956	15,2%
Anesthésie-réanimation chirurgicale	72	62 598	7,7%	16	47 051	6,1%
Pathologie cardio-vasculaire	356	83 236	10,3%	64	83 627	14,3%
Chirurgie	542	73 920	8,7%	583	92 430	4,8%
Dermato-vénérologie	12	33 521	11,5%	30	43 026	4,7%
Radiologie	419	101 896	7,1%	48	89 216	17,1%
Gynécologie	296	57 337	5,1%	295	75 500	5,4%
Gastro-entérologie et hépatologie	137	52 792	6,6%	38	51 879	7,1%
Médecine interne	64	32 786	-5,2%	58	40 059	-2,1%
Oto-rhino-laryngologie	60	49 589	6,2%	103	70 653	1,4%
Pédiatrie	65	37 580	2,1%	22	45 593	8,6%
Pneumologie	82	47 476	12,6%	20	45 923	1,9%
Rhumatologie	18	27 509	0,5%	36	41 346	6,4%
Ophthalmologie	29	84 087	3,5%	120	112 009	8,3%
Neuropsychiatrie	8	31 668	-14,3%	5	41 020	-7,8%
Stomatologie	7	57 631	-5,1%	22	80 973	6,7%
Rééducation réadaptation fonctionnelle	11	34 353	-3,2%	7	60 357	2,6%
Neurologie	69	42 478	7,7%	24	47 449	4,1%
Psychiatrie	100	32 599	-0,8%	24	43 124	-6,9%
Néphrologie	40	38 558	1,6%	6	33 880	-2,7%
Anatomo-cyto-pathologie	12	42 461	0,2%	2	101 418	3,1%
Endocrinologie et métabolisme	17	28 024	4,4%	20	32 168	3,1%
<i>Total spécialistes</i>	<i>2416</i>	<i>68 544</i>	<i>7,2%</i>	<i>1543</i>	<i>78 997</i>	<i>5,5%</i>
TOTAL MEDECINS	2437	68 351	7,1%	1549	78 784	5,5%

Source : CNAMTS/SNIR-PS

[124] On retrouve dans la lecture du tableau 25 la constante déjà relevée d'honoraires significativement plus importants pour certaines spécialités dans lesquelles dominent les actes techniques (radiologie, chirurgie, ophtalmologie...), avec des montants plus de deux fois plus élevés que d'autres spécialités où la clinique est prépondérante (pédiatrie, psychiatrie, médecine interne, endocrinologie...).

[125] Les taux de croissance annuels depuis 2004 sont importants que ce soit en secteur 2 (5,5% par an) ou en secteur 1, avec une progression plus rapide pour ce dernier (7,1%). Cette croissance varie fortement en fonction des disciplines et des secteurs. Il convient toutefois de noter certaines fortes progressions : la cardiologie, quel que soit le secteur, la pneumologie et la dermatologie en secteur 1, la radiologie en secteur 2.

[126] Une analyse plus spécifique de l'étendue des dépassements pour les deux spécialités les plus importantes en effectifs en secteur 2 (chirurgiens et gynécologues-obstétriciens) est présentée dans le tableau suivant (tableau 26). Il en ressort que, pour ces deux spécialités, la part des dépassements compte en moyenne pour près de la moitié des honoraires totaux. Mais cette situation moyenne couvre de fortes disparités. Ainsi, il apparaît une relation inverse entre les honoraires sans dépassement et les dépassements au travers des déciles : l'augmentation des dépassements vient combler une moindre activité libérale pour ces deux spécialités.

Tableau 26 : Répartition par décile des taux de dépassement des chirurgiens et gynécologues hospitaliers temps plein du secteur 2 et 1 DP de France métropolitaine en 2007

Spécialités	Décile	Effectif	Dépassement minimum	Dépassement maximum	Taux moyen de dépassement 2007	Honoraire moyen sans dépassement 2007	Dépassement moyen 2007
Total chirurgiens	1er	58	0,00%	10,36%	4,2%	71 426	3 006
	2ème	58	10,37%	25,56%	17,8%	66 855	11 899
	3ème	59	25,57%	39,83%	31,8%	58 898	18 754
	4ème	58	39,84%	55,15%	46,0%	57 887	26 623
	5ème	59	55,16%	77,99%	68,9%	46 112	31 750
	6ème	58	78,00%	100,39%	89,2%	49 250	43 932
	7ème	59	100,40%	137,41%	116,9%	39 405	46 070
	8ème	58	137,42%	187,26%	159,5%	40 173	64 094
	9ème	59	187,27%	274,64%	227,0%	38 630	87 672
	10ème	59	274,65%	856,37%	362,1%	32 246	116 749
	Total	585			90,3%	50 028	45 184
Total gynécologues	1er	29	4,72%	35,17%	28,5%	58 647	16 716
	2ème	30	35,18%	50,31%	43,4%	44 844	19 474
	3ème	29	50,32%	64,21%	56,8%	45 073	25 615
	4ème	30	64,22%	76,63%	68,8%	47 283	32 515
	5ème	29	76,64%	87,80%	81,9%	43 621	35 730
	6ème	30	87,81%	103,03%	95,4%	40 659	38 808
	7ème	30	103,04%	113,79%	108,6%	32 680	35 476
	8ème	29	113,80%	140,42%	126,2%	33 422	42 179
	9ème	30	140,43%	191,86%	161,0%	28 910	46 547
	10ème	30	191,87%	525,36%	252,9%	29 420	74 391
	Total	296			91,2%	40 392	36 835

Source : CNAMTS/SNIR-PS

2.1.4. L'évolution des rémunérations des praticiens à l'hôpital public et ses déterminants

[127] A partir de 2000, les rémunérations des médecins hospitaliers ont été sensiblement revalorisées. Comme le montre le tableau 27, la masse salariale a sensiblement augmenté (+ 29 % entre 2001 et 2005).

Tableau 27 : Evolution des rémunérations du personnel médical dans les établissements publics de santé (EPS)

COMPTE		(en millions d'euros)				
		2001	2002	2003	2004	2005
6421	Praticiens temps plein	2 131,50	2 351,70	2 576,70	2 688,10	2 815,40
6422	Praticiens temps partiel	225,1	233,6	236,8	237,9	235,3
6423	Attachés	234	226,7	260,9	266,9	308,7
6424	Internes et étudiants en médecine	458,3	470	476,9	502,7	523,5
6425	Gardes et astreintes	575,7	620,4	705,4	741,6	783,6
6428	Autres rémunérations du personnel médical	52,4	56,5	68,8	71,6	76,1
	TOTAL	3 677,00	3 959,00	4 325,60	4 508,70	4 742,60

Source : DGFIP

[128] La mission a consolidé les constats déjà effectués par la Cour des Comptes¹⁷ : « Compte tenu de la faiblesse des systèmes d'information, il n'est pas possible de déterminer avec précision la part des hausses des dépenses attribuable à la croissance des effectifs et celle imputable aux augmentations salariales et aux revalorisations indemnitaires ». Toutefois les données de l'enquête « coûts et carrière » déjà citée font apparaître que la progression de la masse salariale est liée pour partie à la croissance des effectifs¹⁸, mais qu'elle traduit aussi l'amélioration des rémunérations. Celle-ci est largement le résultat d'une série de décisions concernant les indemnités prises en 2001 et 2003. A partir de la signature du protocole du 13 mars 2000 avec les organisations représentatives des praticiens hospitaliers, 12 protocoles et relevés de décisions ont été signés avec les différentes composantes médicales hospitalières et hospitalo-universitaires¹⁹. Ils ont conduit à la mise en œuvre de différentes mesures indemnitaires rappelées ci-après.

¹⁷ Rapport public thématique « Les personnels des établissements publics de santé ». Cour des comptes Mai 2006.

¹⁸ La création de 3 500 postes de praticiens (dont la moitié au moins de titulaires) entre 2002 et 2005 ainsi que le financement, entre 2001 et 2006 de la transformation de postes de PAC en postes de PH.

¹⁹ Protocole avec les organisations représentant les praticiens hospitaliers du 13 mars 2000,
 Relevé de décisions avec les internes du 3 mai 2000,
 Relevé de décisions avec les chefs de clinique des universités-assistants hospitaliers du 9 mai 2000,
 Relevé de décisions avec les étudiants du 24 juillet 2000,
 Accord avec les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers du 27 juillet 2000,
 Protocole avec les organisations représentant les praticiens hospitaliers du 22 octobre 2001,
 Protocole d'accord avec les attachés du 14 décembre 2001,
 Protocole d'accord avec les internes du 19 décembre 2001,
 Protocole d'accord avec les chefs de clinique des universités-assistants hospitaliers du 16 janvier 2002,
 Accord d'assouplissement du protocole du 22 octobre 2001 avec les organisations représentant les praticiens hospitaliers du 13 janvier 2003,
 Protocole d'accord avec les personnels hospitalo-universitaires du 16 mai 2003,
 Relevé de décisions relatif à la chirurgie publique du 2 septembre 2004
 Relevé de décisions du 31 mars 2005.

Tableau 28 : Coût des mesures de revalorisation indemnitaires sur la période 2001 2005, en année pleine
(en Millions €)

Mesures	Coût en année pleine
Indemnités engagement de service public exclusif	124 M€
Nouvelle grille de carrière (augmentation moyenne entre le 1 ^{er} mai 2000 et le 1 ^{er} mai 2002 de 15,39 % hors augmentation du point fonction publique)	84 M€
Indemnité pour exercice sur plusieurs établissements	21 M€
Indemnité pour poste déclaré prioritaire ²⁰	31 M€
Prime d'engagement de servir versée aux assistants qui s'engagent à exercer leurs fonctions pendant deux ou quatre ans ²¹ dans le cadre d'un « post internat » hospitalier	18 M€
grilles de rémunération des chefs de clinique, des assistants et des praticiens adjoints contractuels « post internat »	40 M€
Indemnités liées à la permanence sur place	environ 215 M€ de 2003 à 2006
Revalorisation du déplacement	23 M€
Gardes des internes	14M€
maintien en qualité de consultants de PUPH	21 M€ sur trois ans
Reclassement HU	20 M€
Revalorisation des tarifs d'astreinte (de sécurité et opérationnelle) ²² , du deuxième déplacement ²³ et du dispositif d'astreinte forfaitaire pour certaines activités (notamment blocs opératoires des Services d'accueil des urgences).	93,2 M€ coût gagé par un gain de 55,3 M€ (par réduction du nombre d'astreintes)

Source : DHOS

[129] Les derniers accords signés (2 septembre 2004 et 31 mars 2005), comportent également des volets salariaux portant sur l'amélioration de l'indemnisation de la permanence à domicile, l'instauration d'une part variable pour les praticiens s'engageant dans une démarche d'accréditation et l'indemnisation des responsables de pôles dont les conséquences financières n'ont pas été intégrées dans le tableau ni le rachat des jours liés à la réduction du temps de travail (RTT) en cours au moment où la mission est intervenue.

[130] Comme le montrent les données recueillies dans le cadre de l'enquête « coûts et carrière » déjà évoquée, l'ensemble de ces mesures a conduit à des augmentations significatives des rémunérations dans la période 2003 et 2005. Mais surtout il apparaît que la croissance des rémunérations est largement liée à la progression des indemnités, notamment pour la permanence des soins (tableau 29).

²⁰ 10 000 € brut pour un PH à temps plein et 5 000 € brut pour un PH à temps partiel.

²¹ Montant brut de 5 000 € pour deux ans ou 10 000€ pour quatre ans.

²² L'astreinte de sécurité passe de 24,06 € brut à 29,00 € au 01/01/05, à 36,00 € brut au 01/07/06 et à 40,00 € brut au 01/07/07. L'astreinte opérationnelle passe de 36,78 € brut à 40,00 € brut au 01/01/05

²³ Au delà du premier déplacement, le tarif passe de 62,11 € brut à 70,00 € brut à compter du 01/01/05

Tableau 29 : Evolution de la rémunération des praticiens hospitaliers sur la période 2003/2005

Composantes de la rémunération	2003	2005	% de croissance
Traitement de base hospitalier (a)	41 769	42 546	1,86%
Indemnités permanence sur place astreinte (b)	4 435	6 383	43,92%
Total a + b	46 204	48 829	5,68%
Traitement brut	52 456	53 625	2,23%
Charges patronales	17 923	18 569	3,60%
Coût salarial total	69 749	72 194	3,51%
Cotisation sociales ouvrières	6 694	7 143	6,71%

Source : Enquêtes « coûts et carrière ». Données sur 174 établissements. Retraitement mission IGAS

[131] Les règles de fixation de la rémunération qui sont organisées dans un cadre statutaire conduisent à une hiérarchie des rémunérations relativement écrasée pour ce qui concerne la rémunération principale. De ce fait les différenciations portent principalement sur les indemnités. La revalorisation des indemnités de permanence des soins a accru la différenciation des rémunérations car ces indemnités sont mises en œuvre dans des conditions significativement différentes selon les spécialités, les praticiens et les politiques d'établissements. Par ailleurs une autre source de différenciation est intervenue du fait de l'évolution des dépassements d'honoraires dans l'activité libérale. Au total, lorsqu'on intègre tous les éléments de rémunération y compris l'activité libérale, l'écart de rémunération entre praticiens est très important. Or ces écarts ne sont pas fondamentalement reliés à des différences dans les activités et les résultats mis en œuvre.

2.2. La faiblesse, dans les EPS, du lien entre la rémunération d'un côté, l'activité et les résultats de l'autre

[132] La mission a constaté que la mise en œuvre du système de rémunération présenté ci-dessus a conduit à des difficultés du fait de la faiblesse du lien entre la rémunération et l'activité. Durant la dernière période, la revalorisation des rémunérations des activités de permanence des soins, davantage liées à l'activité, n'a pas modifié fondamentalement cette situation. De même le développement de l'activité libérale a permis une forte amélioration des rémunérations pour les praticiens concernés mais il s'accompagne de dérives importantes et donc de risques croissants à la fois pour le positionnement de l'activité des établissements et pour l'équité d'accès aux soins des patients par la constitution de filières parallèles.

2.2.1. Une forte hétérogénéité des niveaux d'activité entre les praticiens déconnectée avec le niveau de rémunération et accentuée par les pratiques de permanence des soins et l'activité libérale

2.2.1.1. Un système de rémunération qui ne permet ni de rendre compte de l'ensemble des activités ni de différencier les niveaux d'activité

[133] Le système de rémunération applicable à l'hôpital public garantit à tous les praticiens hospitaliers titulaires une évolution de carrière « linéaire » et donc une progression régulière de la rémunération en fonction de l'ancienneté. La rémunération principale est totalement déconnectée du volume et de la qualité de l'activité effectuée, ainsi que des résultats et de la performance obtenus (en termes de qualité et d'efficience). Un constat assez proche peut être fait pour les rémunérations indemnitaires. A l'exception des indemnités de permanence des soins et de l'indemnité de part variable (voir annexe 7), les différentes indemnités ne permettent pas de réellement prendre en compte la diversité des missions et des fonctions exercées ni le niveau d'activité. Cette situation a d'abord pour conséquence l'absence de valorisation de certaines missions. A l'exception des fonctions de chef de pôle pour lequel il est envisagé la mise en place d'une indemnité (pour l'instant fixée au niveau peu attractif de 200 euros), les fonctions correspondant à la participation à la gestion de l'établissement ou à des missions transversales (par exemple le CLIN) ne sont pas identifiées et rémunérées en tant que telles. Elles sont prises en compte dans les obligations de service dont le respect conditionne le versement de la rémunération mais au même titre que les autres composantes de l'activité alors même qu'elles représentent une part importante du temps de travail (jusqu'à ¼ temps pour certains responsables de pôle rencontrés par la mission). C'est le cas aussi pour les missions d'enseignement et de recherche exercées de fait par des praticiens hospitaliers même si cette absence de valorisation est d'abord liée à l'organisation statutaire qui formellement réserve l'exercice de ces activités aux seuls praticiens des statuts hospitalo-universitaires. De nombreux praticiens sont engagés dans de telles activités, alors que leur statut ne le prévoit pas et donc sont sans impact en termes de valorisation. Leur implication ne peut être réellement prise en compte dans leurs profils de carrière, en dehors d'arrangements internes avec les autres membres de l'équipe.

[134] Mais surtout, à travers les entretiens qu'elle a eus avec des chefs de services dans les différents établissements où elle a enquêté, la mission a pu vérifier le constat déjà établi par des missions antérieures de l'Igas²⁴ selon lequel les conditions d'engagement professionnel sont très variables entre les praticiens. La grande majorité d'entre eux met en œuvre un haut niveau d'activité au sein de l'hôpital avec, dans de nombreux cas, des horaires excessivement lourds avec des conséquences qui peuvent se révéler négatives en termes de qualité et de sécurité. D'autres sont en situation de sous activité manifeste au sein de l'hôpital et parmi ceux ci certains sont très engagés dans des activités à l'extérieur de l'établissement.

[135] De nombreux chefs de pôle ou chef de services rencontrés par la mission ont décrit la situation de praticiens qui n'effectuaient pratiquement aucune activité pour le service. Ainsi par exemple dans un CHU, un des chefs de service rencontrés a indiqué à la mission que sur quatorze praticiens dans son service, deux d'entre eux n'exerçaient aucune activité pour l'établissement depuis plusieurs années, sans qu'il ait été possible de mettre fin à cette situation.

²⁴ Rapport de contrôles sur les mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux perdants à la TAA. La mission avait plus spécifiquement analysé 19 hôpitaux dans cinq régions : Haute Normandie, Ile de France, Lorraine, Midi Pyrénées et Nord Pas-de-Calais. Dans le cadre de cette mission a été calculé le nombre d'interventions par chirurgien ou par anesthésiste ou le montant de recettes TAA par équivalent temps plein ; les résultats ont montré des différences significatives entre établissements mais et surtout au sein des établissements.

[136] Dans certains cas, il s'agit de praticiens qui sont en situation d'inadaptation professionnelle sans que les mesures de recours à des expertises médicales de réorientation professionnelle ou de sanction disciplinaire aient été déclenchées. La mission Igas de 2002 sur la gestion des praticiens hospitaliers²⁵ avait déjà constaté l'absence de procédure de sanction disciplinaire en cas d'absentéisme. Elle avait aussi noté les difficultés à établir l'insuffisance professionnelle. Au cours des entretiens qu'elle a eus dans différents établissements, la mission a pu constater que la situation n'avait pas été fondamentalement modifiée depuis cette date, et ce malgré les dispositions des décrets statutaires de 2006 qui ont créé une position statutaire de recherche d'affectation au CNG mais qui jusqu'à présent n'ont que très rarement été mises en œuvre.

[137] Dans d'autres cas, il a été rapporté à la mission que certains praticiens consacraient une très large partie de leur temps de travail à la réalisation de travaux rémunérés pour le compte d'organismes extérieurs. A titre d'exemple, la mission a recueilli le cas de praticiens hospitaliers, dans différentes spécialités mais notamment en psychiatrie, en sous-activité au sein de leur service à l'hôpital et qui consacraient une part très importante de leurs temps de travail à réaliser des expertises pour l'administration judiciaire. Il a également été rapporté à la mission des situations dans lesquelles des praticiens hospitaliers (et notamment des anesthésistes réanimateurs) exercent des activités dans d'autres établissements publics ou privés ou exercent par télétravail des fonctions pour le compte de compagnies d'assurance durant leur temps de présence à l'hôpital (par exemple des interventions pour les sociétés d'assistance internationale qui assurent des prises en charge sanitaires à l'étranger). Dans un rapport de 2005²⁶, l'Igas avait relevé le cas d'un chef de service dont les divers mandats et les fonctions extérieures le conduisaient à ne passer dans son service qu'une à deux demi-journées par semaine (généralement entre 10h et 13h).

[138] Un autre rapport Igas²⁷ a fait apparaître les très graves difficultés rencontrées par certains établissements du fait d'une absence de gestion organisée du temps de travail et des activités. « Dans certains secteurs visités par la mission, le temps médical déjà réduit du fait des moyens autorisés, est encore limité par les vacances de poste et les absences de médecins pour diverses raisons, certaines non maitrisables (maladie, notamment de longue durée), d'autres plus problématiques (gardes très nombreuses, expertises, enseignement en sus des activités d'intérêt général voir absences non déclarées) ».

[139] Au delà des éléments recueillis sur des situations identifiées au cours d'enquêtes menées dans un petit nombre d'établissements, il est difficile d'établir avec précision des constats de portée générale compte tenu du flou des obligations de services et aussi de l'absence d'outils de gestion et de mesure du temps de travail, au-delà des tableaux de services analysés plus loin. Il existe de fait une forte opacité sur l'activité des praticiens.

2.2.1.2. Un système de gestion caractérisé par l'absence de programmation et de suivi de l'activité des praticiens et la très forte hétérogénéité du management des équipes.

[140] La mission a vérifié la persistance des constats faits par la Cour des comptes sur l'absence de suivi et de contrôle de l'application de la réglementation en ce qui concerne l'activité et les résultats obtenus par les praticiens. Cette situation est d'abord le résultat d'une certaine imprécision des textes qui régissent le temps de travail et les obligations de service des praticiens qu'ils relèvent d'un statut de mono appartenant ou d'un statut hospitalo-universitaire.

²⁵ Rapport Igas N° 2002.143 "gestion des praticiens hospitaliers" décembre 2002.

²⁶ Rapport Igas N° 2005-149 " Inspection de la chambre mortuaire de Saint Vincent de Paul " Octobre 2005.

²⁷ Rapport Igas N° 2007-033P « Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie ».

- [141] S'agissant de la première catégorie, les praticiens hospitaliers ont bénéficié à travers les dispositions prises en 2002 et 2003 d'une réduction importante de leur temps de travail ramené à 207 jours (20 jours de congés supplémentaires), du fait qu'en application d'une directive européenne le temps de garde a été considéré comme du temps de travail, ce qui aboutit à ce qu'une garde hebdomadaire est désormais comptabilisée pour deux journées de travail, réduisant ainsi de 20% les obligations de service. Les textes organisent le temps de travail hebdomadaire d'un PH à temps plein en 10 demi-journées, mais la demi-journée n'est pas clairement quantifiée en nombre d'heures de travail. Un système de compte épargne temps permet d'affecter la totalité des jours de RTT. Comme l'a montré le rapport de Madame Acker²⁸, le nombre de jours accumulés est relativement considérable. Les obligations de service ne définissent pas non plus clairement la répartition entre les activités internes. De plus, s'agissant des activités externes comme les expertises, rien n'est prévu au niveau du temps qui peut être consacré à ces activités.
- [142] Les praticiens hospitalo-universitaires, n'ont pas bénéficié de la réduction du temps de travail. Comme l'indiquait le rapport de la Cour des Comptes précité, la durée du temps de travail des personnels enseignants et hospitaliers reste fixée « à titre indicatif » à onze demi journées par une circulaire de 1962 qui précise que cela correspond à un minimum de 40 heures hebdomadaires et que les gardes prises à l'hôpital sont en principe comprises dans cette durée. Les obligations de service « restent encadrées, de manière floue, par un arrêté et une circulaire datée du 21 décembre 1960 »²⁹. En application d'un décret du 24 février 1984 ces obligations de service auraient dû être précisées par arrêté pour ce qui concerne la répartition du temps de travail des activités de soins, d'enseignement, de recherche. Mais cela n'a pas été le cas.
- [143] Mais la mission a aussi constaté les faiblesses du système de gestion au niveau des établissements de santé pour ce qui concerne le suivi des activités. Les activités des personnels médicaux hospitaliers devraient pouvoir être enregistrées et donc suivies dans les tableaux de service, qui ont été rendus obligatoires par un arrêté du 30 avril 2003. La mission a pu mesurer sur place, dans plusieurs établissements, que les tableaux d'activités restent des instruments indicatifs, établis à titre de compte rendu et jamais comme outil prévisionnel. Ils sont remplis le plus souvent sans vérification, validés a posteriori par le chef de service ou de pôle et servent surtout aux paiements des indemnités. La Cour des comptes souligne dans son rapport précité la réponse apportée par la conférence nationale des directeurs de centre hospitalier, indiquant « les réticences à tout contrôle du temps travaillé par les praticiens quels que soient leurs statuts »³⁰. Au moment où est intervenue la mission l'AP HP avait engagé une démarche visant à redonner une certaine réalité à la procédure d'élaboration et de suivi des tableaux de service.
- [144] Enfin la mission a constaté l'absence complète de procédure de contrôle concernant l'application de la réglementation du temps de travail et des obligations de services. D'une manière générale l'absence de suivi de l'utilisation du temps de travail et de l'activité traduit aussi la faiblesse du pilotage des équipes. Celui-ci s'effectue dans un contexte particulier caractérisé par la conjonction d'exigences toujours accrues de coordination et d'une culture qui pose comme principe essentiel le respect de l'autonomie des professionnels.
- [145] Au total, non seulement le système ne permet pas véritablement de reconnaître et de prendre en compte ceux qui exercent un haut niveau d'activité pour le compte de l'établissement mais de fait il se traduit par une sorte d'incitation négative à aller faire des travaux rémunérés à l'extérieur ou à rechercher à travers l'activité libérale des compléments de rémunération jugés légitimes. Cela conduit à augmenter la tension au sein de l'hôpital sur la gestion du temps de travail et à accroître les sentiments d'inéquité de ceux qui sont amenés à assurer un surcroît d'activité du fait que d'autres consacrent une large partie de leur temps de travail à des missions extérieures à l'hôpital.

²⁸ Rapport remis à la ministre sur la gestion des comptes des épargnes temps par Madame Dominique Acker Juillet 2007.

²⁹ Cour des comptes Rapport public thématique : Les personnels des établissements publics de santé, Mai 2006.

³⁰ Cour des comptes ibid.

- [146] Le code de la santé publique affirme la responsabilité technique du chef de service sur le fonctionnement du service (article L 6146-4 du code de la santé publique). Le chef de service a un pouvoir d'organisation qui lui donne une autorité fonctionnelle sur les autres praticiens hospitaliers. Il doit notamment organiser la répartition du travail entre les praticiens du service. Dans un rapport de 2002³¹, l'Igas avait dénoncé une valorisation de la fonction insuffisante, un mode de renouvellement quasi automatique et l'absence de leviers réels par exemple sur la gestion des recrutements. Les réformes intervenues en 2005 et la mise en place d'une nouvelle gouvernance doivent conduire au renforcement des capacités de management au double niveau du responsable de pôle et du chef de service. Mais dans la pratique, cette intervention sur l'organisation de travail se fait dans le cadre de pratiques de pilotage et d'animation plus moins intense qui varient au gré de la personnalité des chefs de service et des chefs de pôle.
- [147] La mission a ainsi constaté que les chefs de service sont très inégalement engagés dans l'organisation du travail des équipes. Dans un rapport récent de l'Igas³² concernant l'utilisation du temps de travail médical dans trois CHS, il apparaît que « sur les sept secteurs, il n'y en a qu'un voir deux, dans lequel l'emploi du temps du chef de service reflète un vrai travail managérial ». Par exception, la mission a observé dans certains services de l'AP HP, comme au pôle urgence à la Pitié Salpêtrière, le responsable du pôle et les chefs de service ont entrepris de répartir les activités postées et y ajouter une fraction de travail non postée, incluant des tâches d'enseignement et d'activités générales et le temps qui doit être consacré comme coordonnateur.
- [148] La mission a constaté que les de nombreux praticiens étaient fortement mobilisés par des activités de gestion au delà de ce qui serait justifié dans le cadre d'une bonne utilisation de compétences médicales. L'absence de coordination n'est pas favorable à une bonne gestion du temps de travail. Ainsi la non reconnaissance de la participation à des activités de gestion conduit à ne pas réellement les identifier et à ce que finalement elles soient gérées sans prendre en compte les contraintes d'une bonne utilisation du temps médical (« réunionite », mise en œuvre des fonctions supports et donc part excessive du temps administratif, glissement de tâches au détriment de l'activité soignante....)
- 2.2.1.3. Des rémunérations de permanence des soins (PDS) revalorisées sans que soit assuré un emploi optimal des crédits concernés, lié à la pertinence réelle de ces activités
- [149] La permanence des soins a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence ainsi que la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après midi, dimanche ou jour férié. La permanence des soins à l'hôpital comprend non seulement les permanences sur place mais également les astreintes à domicile.
- [150] L'application de la directive européenne au 1^{er} janvier 2003 a imposé l'intégration des gardes dans le temps de travail ; la mise en place de la réduction du temps de travail à cette même date modifiait le régime d'indemnisation de la permanence des soins sous forme d'astreinte, de sujétion ou de plage additionnelle.
- [151] Tous ces éléments impactent fortement la rémunération des praticiens hospitaliers. Pour ce qui concerne la rémunération des médecins de cliniques privées, des contrats ont été signés entre les ARH et les établissements concernés sur une base forfaitaire de lignes de gardes³³.

³¹ Rapport Igas n°002 143 " Gestion des praticiens hospitaliers " décembre 2002

³² Rapport Igas n° 2007-033P " La gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie", Juillet 2007.

³³ Voir annexe 7.

[152] Globalement, la mise en œuvre de ces activités de permanence des soins a été mal maîtrisée au sein des établissements publics de santé, ce qui a généré des dépenses importantes. Trois facteurs principaux peuvent expliquer cette dérive :

a) Les coopérations et complémentarités entre établissements n'ont pas été suffisamment opérées

[153] La permanence des soins devait être organisée après une réflexion et concertation au sein des bassins de santé pour couvrir toutes les disciplines médicales 24h/24. Or, après la mise en place du dispositif, on a constaté que la plupart des régions a connu au mieux une stabilisation du nombre de lignes mais le plus souvent une augmentation globale du nombre de lignes de permanence s'expliquant par des créations d'activités nouvelles ou par l'application des normes personnel/activités édictées pour certaines disciplines et notamment l'obstétrique ou l'anesthésie-réanimation.

[154] Très marginales, les suppressions de lignes ont été liées à des restructurations, suppressions d'activités et de structures ou regroupements de structures pour la permanence.

[155] Le recours à la forfaitisation des astreintes est encore assez limité et très variable d'une région à l'autre : de 3 à 34 % pour les régions qui y ont eu recours de façon significative (les régions les plus concernées sont la Basse-Normandie, le Languedoc-Roussillon et le Centre).

[156] Les perspectives d'évolution de l'organisation de la permanence des soins sont faibles³⁴ ; le bilan d'étape réalisé par la DHOS met en évidence les difficultés de pilotage de la réorganisation de la PDS.

b) Des modalités pratiques difficilement contrôlables au sein des EPS

[157] L'arrêté du 30 avril 2003³⁵, publié dans le cadre de la mise en œuvre à l'hôpital de la réduction du temps de travail, fixe les modalités d'organisation et d'indemnisation de la continuité et de la permanence des soins dans les établissements publics de santé.

[158] Cet arrêté prévoit deux types de fonctionnement possibles pour les services de soins :

- soit une organisation en service quotidien de jour, suivi d'une permanence sur place ou d'une astreinte à domicile la nuit, les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés avec une obligation de travail égale à 10 demi-journées ;
- soit, par dérogation, une organisation en temps médical continu décomptée en heures, les activités étant assurées indifféremment le jour et la nuit, avec une obligation de travail égale à 48 heures; le texte prévoit également que les praticiens de l'établissement peuvent effectuer du temps additionnel au-delà de leurs obligations de service.

[159] L'article 5 dudit arrêté dispose que le directeur de l'établissement de santé, avec la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS), prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, après consultation des chefs de service ; cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement (CME) et tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

³⁴ L'instruction DHOS du 23 août 2005 annonçait l'organisation d'un nouvel état des lieux de l'organisation de la permanence des soins dans les EPS à réaliser par les ARH pour le printemps 2006. Ce nouvel état des lieux devait permettre de constater si l'objectif de diminution des lignes d'astreinte, fixé par le relevé de décisions du 31 mars 2005 et l'arrêté du 28 juin 2005, est atteint et s'il autorise la revalorisation du tarif d'indemnisation des astreintes de sécurité.

³⁵ Arrêté 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 dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes- J.O n° 102 du 2 mai 2003 page 7655.

- [160] Le courrier du Ministre de la Santé et de la protection sociale, en date du 7 septembre 2004, adressé aux directeurs des établissements de santé sur la question de l'indemnisation des périodes de temps de travail additionnel confirme qu'il revient « au directeur d'établissement en association avec la CME et la COPS (...) de déterminer les structures où la réalisation de temps additionnel est justifiée au regard de l'activité et des effectifs de praticiens présents au sein des structures de soins concernées. Cette organisation doit tenir compte du budget dont dispose l'établissement ... »
- [161] Dès lors il apparaît que la situation financière de l'établissement est un critère essentiel à prendre en considération et devrait être un élément central dans la réunion annuelle de la COPS.

c) Les tableaux de service ne constituent pas, dans l'état actuel, des moyens pertinents d'organisation et de contrôle de la permanence des soins

- [162] Le directeur de l'hôpital, après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins, arrête annuellement l'organisation des activités et du temps de présence médicale. Le **tableau de service général** définit, pour chaque service, la durée de la période de jour et de nuit ainsi que le temps de présence médicale par demi-périodes. Sur cette base, le directeur, sur proposition du chef de service, établit le **tableau de service nominatif mensuel** avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant. Ce tableau indique les périodes de temps de travail de jour, de nuit et d'astreinte à domicile et précise le nom et la qualité du praticien qui en est chargé.
- [163] Force est de constater que, la plupart du temps, le tableau de service reste un document formel, validé a posteriori par le chef de service ou de pôle. Il est pourtant fondamental à deux titres. D'une part, c'est un document qui devrait servir d'organisation du service et d'ajustement en fonction de l'analyse de l'activité. D'autre part, il constitue le document attestant du service fait et de justificatif des éléments variables de la paie.
- [164] Au sein des établissements publics de santé, les modalités pratiques d'organisation des activités sont laissées à l'initiative des praticiens eux mêmes sans que puisse s'exercer de contrôle réel.
- [165] Avec les nouvelles législations et réglementations, les périodes de permanence sur place sont intégrées dans les obligations de service. En effet, le praticien réalise désormais ses obligations de service statutaires aussi bien de jour que de nuit. Les permanences sur place, qu'elles soient réalisées la nuit, le samedi après midi, le dimanche ou jour férié (« ancienne garde ») donnent lieu au versement d'une indemnité de sujétion pour tenir compte des contraintes liées à ces périodes de travail. Un praticien doit justifier, en moyenne sur quatre mois, d'avoir accompli l'ensemble de ses obligations de service, de jour et de nuit. A cette condition, celui-ci pourra effectuer, sur la base du volontariat, des périodes de temps de travail additionnel, le jour ou la nuit, en sus de ses obligations de service hebdomadaires³⁶.
- [166] Faute d'outils de gestion fiables et performants, la gestion est organisée sur un mode déclaratif et il n'y a pas de contrôle alors même que les sommes engagées sont importantes.
- [167] Des limites quant au nombre et à la durée des permanences sur place existent toutefois, pour des motifs de sécurité. Les personnels mono-appartenant bénéficient d'un repos quotidien depuis le 1^{er} janvier 2003 qui consiste en un arrêt de toute activité pendant une durée de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Le PH aura ainsi pu travailler pendant une durée de 13 heures avant son repos de 11 heures. Par dérogation, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Il bénéficie alors, à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente à celle de la période de travail immédiatement précédente.

³⁶ Par exemple, pour un PH temps plein, le temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé au-delà de dix demi-journées ou au-delà de 48 heures dans un service organisé en temps médical continu. Ces périodes donnent lieu au versement d'une indemnité forfaitaire lorsqu'elles ne font pas l'objet d'une récupération ou d'un versement au compte épargne temps. Le décompte du temps de travail additionnel se fait, à l'issue de chaque période de quatre mois, depuis le 1^{er} janvier 2003, au vu des tableaux de service mensuels nominatifs réalisés.

[168] De leurs côtés, les personnels bi-appartenants bénéficient d'un repos de sécurité d'une durée de 11 heures consistant en un arrêt de toute activité clinique auprès du patient. A l'inverse, dans les services organisés en temps médical continu, le repos de sécurité consiste en un arrêt total de toute activité tant universitaire qu'hospitalière.

2.2.1.4. Un dispositif législatif et réglementaire sur l'activité libérale à l'hôpital foisonnant et fréquemment modifié

[169] Institué par la réforme hospitalo-universitaire de l'ordonnance du 11 décembre 1958, le "secteur privé" des praticiens hospitaliers visait à permettre aux médecins, désormais salariés à temps plein, de conserver la clientèle constituée antérieurement et leur offrir une diversification des cas d'examen ainsi qu'un complément de revenu compensant la perte de l'activité libérale réalisée en cabinet.

[170] La loi du 28 octobre 1982 en avait organisé l'extinction au 31 décembre 1986, mais la loi du 27 janvier 1987³⁷ a rétabli l'autorisation pour les praticiens hospitaliers à temps plein d'exercer une activité libérale au sein de leur établissement et a prévu des modalités de contrôle.

[171] Cette activité au sein de l'hôpital public donne lieu au versement par les praticiens d'une redevance. Cette pratique est encadrée³⁸ et régulièrement discutée.

[172] Deux points de vue s'affrontent. Pour les uns, la possibilité offerte d'exercer ce type d'activité constitue la garantie d'éviter une fuite des praticiens vers le secteur libéral et d'améliorer un revenu de remplacement à la retraite, notamment pour les praticiens hospitalo-universitaires. Deux possibilités s'offrent à eux, l'exercice en secteur I dit conventionnel ou le secteur II avec dépassement d'honoraires. Pour les autres, cette pratique est difficilement conciliable avec les valeurs et les missions de service public hospitalier.

[173] Les praticiens qui renoncent à l'exercice de cette activité³⁹, par contrat triennal, perçoivent une indemnité d'engagement de service public exclusif. Il est à noter que peuvent prétendre à cette indemnité, tous les praticiens pouvant statutairement effectuer une activité libérale, même si le domaine d'activité ne permettrait pas en pratique de la réaliser.

[174] Depuis 1987, L'existence de cet exercice libéral n'a plus été remise en cause. Toutefois, on relève une volonté de « moraliser » la pratique en 1999⁴⁰ puis de simplifier le fonctionnement de l'activité en 2003⁴¹. Les débats autour de cette question restent toujours sensibles. Les rapports de l'IGAS⁴² sont venus régulièrement rappeler les difficultés de contrôle de cette activité. Dernièrement, l'assiette de calcul de la redevance a été revue en mai 2008⁴³ et octobre 2008⁴⁴ mais reste contestée par certains praticiens, comme l'ont rappelé les mouvements de cet été dans quelques grandes villes, notamment au niveau de l'AP/HP.

³⁷ Loi du 27 janvier 1987 et décret du 27 novembre 1987

³⁸ Articles L 6154-1 à L 6154-7 et Articles R 6154-1 à R 6154-27 du Code de la santé publique

³⁹ Décret et arrêté du 8 juin 2000 pour les praticiens hospitaliers, arrêté du 21 décembre 2000 pour les PU-PH et MCU-PH, et décret et arrêté du 21 février 2003 pour les CCA, AHU et PHU

⁴⁰ Loi dite "CMU" du 27 juillet 1999, article 54 et décret du 25 avril 2001

⁴¹ Ordonnance du 4 septembre 2003, articles 3 et 30 et décret du 11 janvier 2005

⁴² Rapport Igas n°2007-054P avril 2007 les dépassements d'honoraires médicaux, et en particulier annexe sur l'activité libérale à l'hôpital public et rapport Igas 2002 la gestion des praticiens hospitaliers déjà cité

⁴³ Décret n° 2008-464 du 15 mai 2008 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé.

⁴⁴ Décret n° 2008-1060 du 14 octobre 2008 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé.

- [175] A l'origine de ce changement est intervenue une décision du Conseil d'Etat qui a annulé l'article 1^{er} du décret n° 2006-274 du 7 mars 2006 qui considère que la redevance due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale est calculée de façon différente selon les catégories d'actes, en pourcentage soit des tarifs opposables couverts par les organismes de l'assurance maladie (secteur 1) soit des honoraires perçus par les praticiens pour les actes qui n'en relèvent pas (secteur 2). A cet égard, le décret méconnaît le principe d'égalité. Dans son argumentaire, le Conseil d'Etat estime qu'il y a lieu de considérer que la redevance est perçue pour service rendu et qu'elle « constitue essentiellement une contrepartie directe dans la prestation fournie par le service ». Toutefois, il considère que « la valeur du service rendu par l'établissement hospitalier au praticien y exerçant une activité libérale n'est pas limitée au coût des installations techniques et des locaux mis à la disposition de celui-ci, ainsi que des dépenses de personnel exposées par l'établissement, mais peut également être appréciée au regard des avantages de toute nature qu'en retirent les praticiens hospitaliers, eu égard notamment à la possibilité qui leur est ainsi ouverte d'exercer leur activité libérale dans le cadre et avec les moyens du service, en bénéficiant le cas échéant de la notoriété qui s'attache à l'établissement dans lequel ils exercent cette activité » et « que, dans tous les cas, le tarif doit être établi selon des critères objectifs et rationnels, dans le respect du principe d'égalité entre les usagers du service public et des règles de la concurrence ».
- [176] Les règles qui régissent cette activité libérale sont de deux ordres : Les praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale dans leur hôpital de rattachement dans le respect d'un encadrement de durée et de volume d'activité : le temps consacré à cette activité rémunérée à l'acte ne peut excéder 20% de leur temps de travail, d'une part, et ne doit pas produire une activité privée supérieure en volume à leur activité publique, d'autre part⁴⁵.
- [177] Dans les deux types d'exercice au sein de l'établissement public de santé, ils doivent offrir le même type d'actes. A noter toutefois que ce temps consacré à cette activité est intégré à la quotité du temps de travail des praticiens.
- [178] Les dernières dispositions issues de l'ordonnance du 4 septembre 2003 introduisent deux modifications : elles réintroduisent d'une part la possibilité pour les praticiens de percevoir directement leurs honoraires sans que les patients soient obligés de se rendre à la caisse de l'hôpital, alors que depuis 1999, la régie hospitalière était devenue le passage obligé, sans véritable effets ; elles confient d'autre part aux ARH la compétence d'approbation, de suspension et de retrait d'autorisation des contrats d'activité libérale, auparavant dévolue aux préfets. Les circulaires de la DHOS de novembre 2001⁴⁶ et d'octobre 2005⁴⁷ rassemblent les principales instructions en vigueur à ce jour.
- [179] Les tarifs que le praticien applique dépendent du secteur conventionnel auquel il a adhéré et des droits à dépassements dont il dispose dans les mêmes conditions que l'ensemble des praticiens libéraux : secteur 1 avec ou sans droit permanent à dépassement ou secteur 2. Le praticien verse une redevance à l'établissement calculée sur l'ensemble des honoraires perçus, proportion qui varie selon les actes, la spécialité et le secteur hospitalo-universitaire, de 20 à 60%⁴⁸.
- [180] Les contrôles ne permettent pas une véritable régulation :

⁴⁵ Le cadre législatif et réglementaire actuel repose sur les articles L.6154-1 à L. 6154-7 et R.714-28-21 à R.714-28-24 du Code de la santé publique.

⁴⁶ Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B/2001/561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein dans les établissements publics de santé.

⁴⁷ Circulaire DHOS/M2/2005/469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale, au rôle de la commission locale, à la procédure à suivre dans le cas d'une suspension ou d'un retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale et à certaines dispositions relatives à cette activité.

⁴⁸ Décret n°2008-464 du 15 mai 2008, op cit.

- [181] En interne, le contrôle de l'activité libérale repose sur une commission de l'activité libérale intra-hospitalière (CAL) où siègent à parité, des médecins hospitaliers et des représentants du conseil d'administration et de la tutelle Etat et Assurance Maladie.
- [182] Globalement, les partenaires se contentent de faire acte de présence car ils ne disposent pas de réel pouvoir en la matière. Comme le notait la Cour des comptes en 1997⁴⁹ « les commissions de l'activité libérale des hôpitaux, chargées de "veiller au bon déroulement de cette activité " et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ne fonctionnent pas, à quelques exceptions près. Très peu d'établissements contrôlent les déclarations. Rares sont ceux qui rapprochent la déclaration du praticien des données du Système national inter-régimes (SNIIR). Les contrôles diligentés par les chambres régionales des comptes font ressortir une fréquence élevée de minorations de déclarations, parfois pour des volumes importants d'honoraires ».
- [183] La mission a constaté l'absence de rapprochement systématique des données SNIIR avec les données de l'établissement. Ce constat semble, à ce jour encore vérifié comme l'a constaté la mission lors des visites de sites réalisées dans le département des Alpes-Maritimes. Ainsi la différence entre les honoraires libéraux les plus élevés déclarés par le CHU de Nice et ceux enregistrés par la CPAM pour l'année 2007 dans une discipline chirurgicale est de 301 825€ (341 766€ d'honoraires totaux notés par la CPAM contre 39 941,24€ déclarés par le CHU). Ce constat est récurrent puisqu'il est fait par les différentes missions IGAS ayant abordé le sujet.
- [184] En externe, les contrôles des structures externes n'apparaissent que très rarement contraignants. Depuis 2004, les ARH se sont globalement peu saisies de cette question alors qu'elles en ont la pleine responsabilité depuis septembre 2003.
- [185] Les données des contrôles sont aujourd'hui parcellaires, souvent anciennes et relèvent principalement de l'initiative de l'Assurance Maladie ou des Chambres régionales des comptes. La Cour de comptes relevait toujours en 1997 que « les contrôles opérés par les chambres régionales montrent que certaines règles sont trop complexes ou mal adaptées à la pratique médicale. Les dispositions actuelles n'assurent pas la transparence de l'activité libérale à l'hôpital. Elles ne garantissent pas certains équilibres entre l'hôpital et le secteur privé, entre l'activité libérale et le secteur public, avec dans ce dernier cas un risque de redoublement des coûts pour l'assurance maladie. ».
- [186] Quand les abus sont relevés, ils portent principalement sur le temps de travail consacré à l'activité libérale du praticien. Ainsi, les dysfonctionnements signalés portent davantage sur le déséquilibre entre activité publique et privée des praticiens que sur la pratique de dépassements jugés excessifs. La question de la fixation du dépassement reste subjective faute de critères précis. En revanche, les rendez-vous des consultations privées seraient accordés avec des délais plus courts que ceux des consultations publiques, incitant de fait le patient à privilégier la consultation privée et consentir par avance au dépassement lorsqu'il est demandé. La mission n'a pas été en mesure de vérifier ce point, mais elle estime qu'il devrait faire l'objet de contrôles réguliers.
- [187] Des sanctions sont possibles mais elles restent rares : en cas d'anomalie, les commissions de l'activité libérale ou la DDASS pouvaient saisir jusqu'en 2003 le préfet et depuis l'ARH, pour sanctionner le praticien. La décision de sanction ou de retrait de l'autorisation n'est pas suspensive. Le praticien qui veut contester cette décision doit obligatoirement déposer un recours hiérarchique. Le recours est rejeté implicitement si dans un délai de quatre mois, le ministre ne s'est pas prononcé.⁵⁰

⁴⁹ Synthèse des contrôles auprès de 57 établissements hospitaliers appartenant à 15 régions, réalisés par les chambres régionales des comptes de 1994 à 1997.

⁵⁰ Article R.714-28-24 du code de la santé publique.

[188] L'absence de contrôle est récurrente ; les rapports IGAS⁵¹ l'ont révélé à maintes reprises, sans qu'à ce jour il n'y ait d'effets.

2.3. Un système de rémunération peu favorable au développement d'une gestion des ressources humaines dans un contexte de recherche de performance

[189] Au total, outre le fait que de nombreux praticiens le ressentent comme inéquitable, le système actuel de rémunération des praticiens dans les établissements publics de santé a des conséquences négatives. Il ne facilite pas l'émergence d'une gestion dynamique des ressources humaines en adéquation avec les attentes des praticiens et les exigences de performance médico-économique.

[190] Un tel système de rémunération n'est pas sans avantages, pour le praticien lui-même comme pour les établissements employeurs. Pour le praticien, ce régime salarié déconnecté de l'activité confère à la fois une sécurité de l'emploi et une large indépendance de sa pratique professionnelle. Au moment de son recrutement, le médecin hospitalier connaît par avance son évolution de carrière et la progression quasi-linéaire de sa rémunération. Il peut donc aborder sa pratique professionnelle sans se soucier des questions matérielles et pécuniaires liées à sa rémunération et à l'avenir de sa carrière. L'exercice salarié déconnecté de l'activité offre des garanties fortes en matière d'autonomie professionnelle. À titre d'exemple, les responsables médicaux d'un service parisien ont indiqué à la mission que c'est cette indépendance professionnelle qui permettait à leurs opérateurs de réaliser « seulement » une centaine d'interventions majeures, de troisième et parfois de quatrième recours, en ophtalmologie, alors que d'autres opérateurs libéraux, dans une clinique conventionnée, en réalisaient un millier. Pour les gestionnaires et l'assurance maladie l'absence de liens directs entre le nombre d'actes réalisé et le niveau de la rémunération permet d'éviter une multiplication des actes inutiles.

[191] Mais en sens inverse « Le profil de carrière est linéaire quels que soient les services rendus et la pénibilité du travail, la charge de travail individuelle et la responsabilité sont insuffisamment valorisés »⁵². Le système de rémunération comporte ainsi l'inconvénient potentiel de ne pas comporter d'incitation directe au développement de la production de soins ou de la qualité. Par ailleurs l'évolution de la rémunération qui repose largement sur la progression à l'ancienneté n'intègre pas la mobilité dans les parcours ni la reconnaissance des compétences acquises.

2.3.1. Un système de gestion des ressources médicales qui n'encourage pas à la mobilité et à une gestion dynamique des parcours de carrière

[192] Le cadre statutaire conduit à de très fortes rigidités dans la gestion des parcours professionnels. La nomination des praticiens hospitaliers universitaires est relativement tardive (42 ans en moyenne) dans la carrière. Elle est soumise à des exigences élevées (thèse de science, publications scientifiques dans des revues internationales à comité de lecture) ce qui dans certains conduit à une forme d'usure prématurée des praticiens concernés mais elle est acquise définitivement. Du fait de ce système statutaire et en l'absence d'accompagnement individualisé, il est difficile de faire des parcours de carrière véritablement orientés et assurant une progression professionnelle.

⁵¹ Rapports Igas déjà cités sur les dépassements honoraires (2007) et la gestion des praticiens hospitaliers (2002).

⁵² Rapport Igas déjà cité Gestion des praticiens hospitaliers 2002.

2.3.2. Un système qui comporte des conséquences négatives pour l'attractivité et la performance des établissements.

[193] Le système de rémunération fondé ni sur l'acte, ni sur l'activité du médecin ce qui, pour certains interlocuteurs rencontrés par la mission, permet de s'assurer que l'hôpital public ne rentre pas dans une logique de « productivité ». Il est toutefois en décalage avec les exigences de performance médico économique qui découlent de l'introduction de la tarification à l'activité. Les recettes financières de l'établissement sont maintenant directement liées à l'activité réalisée, dans la grande majorité des domaines.

2.3.2.1. Une attractivité qui faiblit, ce qui conduit dans certains cas à des pratiques de gestion contestables

[194] Il n'y a pas, contrairement à certaines idées reçues, de départs massifs de médecins et chirurgiens hospitaliers, du secteur public vers le secteur privé lucratif ou non lucratif. Selon les données communiquées par la DREES, entre 2005 et 2006, les départs du public vers le privé ont concerné seulement 210 médecins dont 160 spécialistes, soit 0,3 % des médecins exerçant (exclusivement ou non) dans le public. On ne peut donc pas parler de « débauchage » massif. Compte tenu de la faiblesse des effectifs, il n'est pas possible de dire quelles spécialités sont les plus touchées par ces départs : les proportions ne sont pas stables d'une année à l'autre. Toutefois, aucune spécialité ne se démarque par des départs massifs, ni entre 2005 et 2006, ni entre 2004 et 2005.

[195] Mais a contrario, on constate également que l'hôpital public est peu attractif pour les chefs de clinique qui s'orientent généralement, après leur clinicat, vers le secteur privé lucratif quand ils n'ont pas accès à une carrière universitaire. Cinq spécialités sont particulièrement touchées par cette désaffection vis-à-vis du secteur public : la chirurgie, la radiologie, l'anesthésie et la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. Le rapport Igas pré-cité sur les établissements de santé spécialisés en psychiatrie évoque « la « fuite » des psychiatres vers l'activité libérale et les établissements privés »

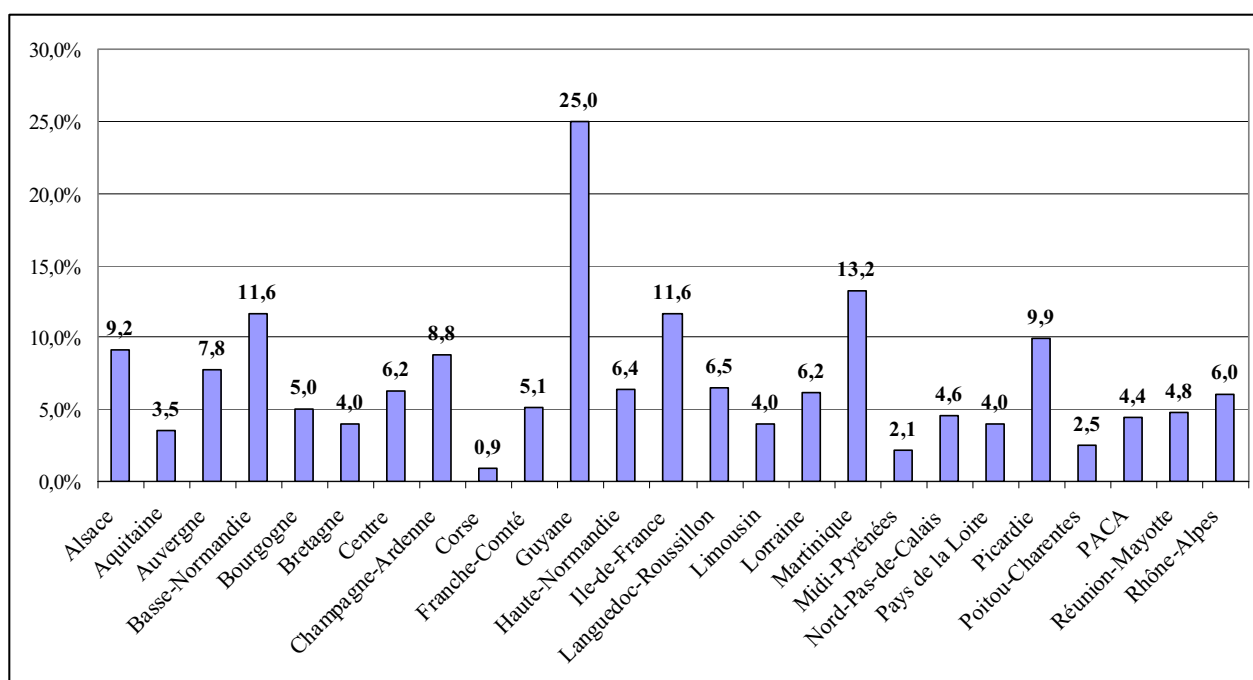
[196] Dans un grand centre hospitalier général du Nord-Pas-de-Calais (800 lits actifs), le départ successif de deux médecins plein-temps dans une unité d'oncologie médicale qui compte au total moins de cinq ETP pose, aux dirigeants de l'hôpital, un véritable problème quant au devenir de cette structure : le dynamisme et la réputation du service reposaient en grande partie sur les deux praticiens qui sont partis. Le troisième PH a une activité relativement faible et il draine peu de clientèle. Les dirigeants sont totalement démunis face à une telle situation. Ce type de situations est fréquemment rapporté.

[197] Cette situation de fragilité peut également être illustrée par la présence des médecins à diplôme hors de l'Union européenne. Une étude effectuée par la DHOS en 2007⁵³ pour évaluer les candidats potentiels à l'autorisation d'exercer la médecine montre que dans six spécialités, les effectifs susceptibles de passer les épreuves dépassent 5% du total des candidats potentiels : la médecine générale (17,6%), la psychiatrie (11,1%), la radiologie (6,5%), l'anesthésie réanimation (6,2%), la pédiatrie (5,5%) et la gériatrie (5,3%). Ces disciplines représentent des lieux de fragilité pour le premier recours (médecine générale) et pour les établissements publics pour les autres spécialités.

⁵³ DHOS : enquête sur les médecins à diplôme hors Union européenne, Juin 2007

[198] L'étude, même si elle comporte quelques faiblesses méthodologiques (taux de réponse inégal, possibilité de double compte) montre également que les territoires ne sont pas égaux et que certaines régions sont dans une vulnérabilité importante qui les conduit à utiliser des médecins à diplôme hors de l'Union européenne dans une proportion significative pour assurer la permanence du service public (graphique 3). En dehors de la situation spécifique des départements d'outre-mer, le recours aux médecins à diplôme hors Union européenne est totalement différent entre les régions Midi-Pyrénées ou Charente-Poitou où il se pratique de façon marginale, et les régions Basse Normandie, Ile de France ou Picardie où il représente un praticien sur 10.

Graphique 3 : Répartition régionale des candidats potentiels à exercer la médecine en France.
Pourcentage de l'effectif total des praticiens des établissements publics



Source : DHOS, retraitement IGAS

[199] La faible capacité d'attraction de certains établissements publics peut ainsi modifier fortement les types de médecins engagés (PAC ou assistants étrangers dans les établissements peu attractifs). Les hôpitaux publics de proximité, et parfois même les centres hospitaliers plus importants situés dans des chefs-lieux de département, dans des zones peu attractives en matière de recrutement médical, sont contraints, pour ne pas interrompre le fonctionnement de leurs plateaux techniques, d'avoir recours outre les titulaires de diplômes étrangers obtenus hors de l'Union européenne, à des pratiques contestables de recrutement et de rémunération de médecins temporaires ou contractuels, en faisant appel à des remplaçants appelés communément « mercenaires », ou encore à des généralistes sur des emplois de médecins spécialistes.

- [200] Comme le souligne la Cour des Comptes dans son rapport de 2006 sur le personnel hospitalier⁵⁴ certains établissements n'hésitent pas à rémunérer au prix fort, comme prestataire extérieur, des médecins remplaçants employés à temps plein en qualité de contractuel. Ce type de situation est d'autant plus contestable que ces praticiens pourraient tout à fait, de par leurs diplômes et leurs titres, accéder par concours sur titres ou sur épreuves au statut de praticien hospitalier. Comme l'a précisé à la mission un médecin anesthésiste remplaçant dans une structure publique, les rémunérations dont bénéficient ces praticiens peuvent dépasser 600 à 700 € nets par jour, et les honoraires d'agence sont généralement à la charge des établissements. Au-delà de ces rémunérations excessives qui fragilisent d'autant la situation financière déjà préoccupante des établissements publics de proximité, cette « course au recrutement » conduit également les dirigeants des hôpitaux à des dérives encore plus contestables sur la rémunération de la PDS : paiement de gardes et d'astreintes fictives, et maximum du temps de plages additionnelles systématiquement accordé, alors que l'activité des praticiens concernés ne le justifie pas.
- [201] Cette déconnexion entre le système de rémunération et l'activité génère un autre dysfonctionnement lié au nouveau mode de financement de l'hôpital. Avec la tarification à l'activité, les recettes financières de l'établissement sont directement liées à l'activité réalisée. Dans l'exemple précité de l'unité d'oncologie médicale, une activité insuffisante des PH entraînera inexorablement un déficit d'exploitation, voire à terme la fermeture de l'unité concernée.
- [202] Les motivations sont pourtant présentes pour choisir prioritairement le secteur public : la compétence technique et l'intérêt professionnel des postes proposés, la possibilité d'envisager des activités d'enseignement et de recherche, et surtout le travail en équipe avec des parcours professionnels valorisants. Si la rémunération des PH anciens chefs de clinique est revalorisée surtout en début de carrière (hors activité libérale), l'attractivité du secteur public pourrait connaître un nouvel élan, et les postes proposés pourraient être plus intéressants dans le cadre des futures « communautés hospitalières de territoire »⁵⁵. En Seine-et-Marne, les services de chirurgie et de gynécologie-obstétrique n'hésitent plus à se regrouper au niveau de deux établissements, afin de proposer des pôles d'activité de grande dimension, avec des équipes médicales de 10 à 15 ETP.

2.4. Le système de rémunération des praticiens qui travaillent dans les établissements privés participant au service public hospitalier : un exercice salarié avec des possibilités d'adaptation locale

- [203] Pour les praticiens des hôpitaux PSPH, les salaires sont organisés dans le cadre de la convention de 1951 et des ses avenants. Mais cette convention n'est pas obligatoirement appliquée au niveau des établissements. Dans de nombreux cas, les dispositions qui organisent la rémunération des praticiens sont spécifiques à l'établissement employeur. La très grande majorité des praticiens exerçant dans les établissements adhérents de la FEHAP sont des personnels contractuels de droit privé. Ce mode de gestion du personnel médical distinct à la fois de la gestion statutaire du secteur public et de l'exercice libéral a souvent été présenté comme une alternative intéressante et a contribué à l'attractivité du secteur privé non lucratif à la fois du point de vue des praticiens que des établissements. La possibilité d'une activité libérale n'est pas ouverte aux médecins salariés des établissements PSPH.

⁵⁴ Cour des Comptes. Rapport : le personnel des établissements publics de santé. Mai 2006

⁵⁵ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, remis au président de la République le 10 avril 2008.

[204] Toutefois, ce « modèle » apparaît aujourd'hui fortement menacé. Les revalorisations successives du statut de praticien hospitalier ont très largement réduit les écarts de rémunération qui avaient pu exister entre le secteur public et le secteur privé non lucratif. D'après le rapport IGAS⁵⁶ relatif aux écarts de coût du travail entre les établissements publics et PSPH, les rémunérations conventionnelles nettes sont pratiquement identiques à celles du secteur public sur une carrière (l'exercice en PSPH restant légèrement plus attractif en début de carrière). Toutefois, cette comparaison n'intègre pas les revenus pouvant être tirés par les praticiens hospitaliers de leur activité libérale. Cette évolution a conduit un certain nombre d'établissements court séjour du secteur privé non lucratif à rechercher des formules innovantes d'intéressement, ou de contractualisation ouvertes à des rémunérations à la performance pour conserver voire attirer des médecins (voir annexe 8).

2.5. La comparaison des rémunérations des praticiens des différents modes d'exercice et la question des retraites

[205] La comparaison entre les rémunérations des praticiens du public avec ceux des libéraux et des PSPH est délicate. Tout d'abord comme le font apparaître les données de l'annexe 2 la répartition des spécialités et de leur activités est différenciée selon les spécialités : la chirurgie est partagée entre public et privé alors que sur la plupart des spécialités médicales, la domination du public est très forte. L'analyse doit donc différencier les spécialités mais les données par spécialités sont très lacunaires. Celles recueillies par l'enquête DHOS-CNG pour le compte de la mission sont à interpréter avec prudence. Sous ces réserves, lorsqu'on compare les rémunérations moyennes par spécialité, on constate que l'écart en faveur du privé est important, surtout pour les spécialités médico-techniques.

[206] S'agissant de la comparaison avec les praticiens travaillant dans les PSPH, une étude réalisée en 2006 par la FEHAP fait apparaître un avantage aux praticiens des EPS, avantage d'ailleurs essentiellement lié à la permanence de soins. En net, le différentiel entre les rémunérations moyennes d'un PH et d'un praticien d'un PSPH rémunéré sur la base de la convention collective s'élève à 12,43 % en moins pour ce dernier, mais à 28, 52 % si on tient compte de la rémunération des gardes. On retrouve ce même niveau d'écart lorsqu'on effectue ce calcul sur une carrière complète. Enfin ces comparaisons ne prennent pas en compte les rémunérations de l'activité libérale dont ne peuvent pas bénéficier les praticiens des PSPH.

[207] Les limites des comparaisons tiennent aussi aux difficultés à intégrer l'ensemble des revenus perçus tout au long de la vie professionnelle et après. Comme l'avait noté le HCCAM dans son rapport déjà cité, la dimension longitudinale tout au long de la vie est rarement étudiée. Or le profil de carrière des médecins est particulier : âge élevé à l'installation (plus de 33 ans) avec un niveau très élevé d'honoraires sur une durée de 23 ans, de 35 à 58 ans environ puis une décroissance des revenus liée à une diminution de la durée du travail - en fait une diminution du nombre d'actes - jusqu'à 65 ans.

[208] Pour affiner cette comparaison, en prenant en compte les différences dans les profils de carrière, le HCAAM a reconstitué le revenu, sur données récentes, entre 25 et 65 ans, des médecins libéraux, des PH (praticiens hospitaliers) à temps plein et des cadres supérieurs (ceux dont le salaire les place au début du décile des cadres les plus aisés).

⁵⁶ Rapport Igas R M 2007 -053P Tarification à l'activité et écarts de couts du travail entre établissements publics et PSPH Mars 2007.

Tableau 30 : Profil de rémunération nette moyenne au cours de la carrière des médecins et des cadres

Profil de rémunération nette moyenne au cours de la carrière des médecins et des cadres			
	Médecin libéral	Médecin hospitalier PH temps plein	Cadre supérieur (1er décile)
25-34 ans	31 700	31 700	43 850
35-65 ans	88 500	74 300	78 700
25-65 ans	74 600	63 700	70 200

Source : Hcaam

- [209] Les premières analyses montrent que, rapportée à leurs revenus sur toute leur carrière, la retraite des généralistes est en gros comparable à celles des cadres supérieurs et des médecins hospitaliers, PH à temps plein. Elle est sensiblement plus basse pour les spécialistes.
- [210] Enfin, les études sur les retraites, très peu développées, rendent difficile une comparaison avec celles d'autres professions. Les systèmes de retraite diffèrent selon les modes d'exercice.
- [211] Les médecins libéraux cotisent pour leur retraite à la Caisse autonome de retraite des médecins de France. L'affiliation est obligatoire pour les médecins exerçant une activité médicale libérale (installation en libéral, remplacement, exercice libéral à l'hôpital public, expertise... toute activité rémunérée sous forme d'honoraires). La CARMF gère dans le cadre de la retraite trois régimes :
- le régime de base : la cotisation comporte deux tranches: taux de 8, 6% jusqu'à 27 356€ et 1,6% de 27 357 à 160 920€ et une cotisation forfaitaire de 142€ pour les revenus inférieurs à 1 654€ ;
 - le régime complémentaire : la cotisation est proportionnelle aux revenus non salariés nets plafonnés à 108 500€ sur la base d'un taux de 9% ;
 - l'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV) : les cotisations sont forfaitaires (1 200€ pour les médecins en secteur 1, 3 600€ pour les médecins en secteur 2).
- [212] L'article 77 de la LFSS 2006 a instauré, en plus de la cotisation forfaitaire, une cotisation d'ajustement proportionnelle aux revenus conventionnels avec une participation des caisses d'assurance maladie et un taux fixé par la convention. La retraite moyenne d'un médecin (base 1^{er} trimestre 2007) est pour les trois régimes de 2 488€ par mois avec comme décomposition : 469€ régime de base, 1 048€ régime complémentaire et 971€ ASV.
- S'agissant des médecins hospitaliers de statut public, il faut distinguer d'un côté les médecins de statut universitaire rattachés pour leur carrière à l'université et relevant de la fonction publique et de l'autre les praticiens hospitaliers pour lesquels le régime de retraite combine le régime général de l'hospitalisation publique et un régime complémentaire obligatoire à l'IRCANTEC.
- [213] La retraite des hospitalo universitaires relève de quatre dispositifs de retraites :
- la retraite universitaire de la fonction publique comme fonctionnaire de l'Etat pour laquelle il a cotisé sur sa rémunération universitaire lui assure sur la base de toutes ses annuités 75% à 85% de son salaire universitaire compte tenu des bonifications ;
 - la retraite additionnelle de la fonction publique : depuis 2005 les émoluments hospitaliers sont admis au bénéfice de la retraite comme prime mais plafonnés à hauteur de 20% du salaire universitaire ;
 - la retraite hospitalière. Il a été ouvert en 2007 la possibilité pour un HU qui souscrit une retraite auprès d'un assureur d'obtenir la participation financière du CHU au versement des primes d'assurances. La LFSS 2008 a ouvert le régime IRCANTEC selon des modalités à définir par décret ;
 - la CARMF des médecins libéraux pour les PUPH ayant une activité libérale dans leur secteur privé hospitalier.

- [214] La constitution de la retraite des PH combine le régime général de retraite, un régime complémentaire obligatoire à l'IRCANTEC et la CARMF des médecins libéraux pour ceux qui ont un secteur privé dans leur activité hospitalière publique.
- [215] De manière générale les régimes de retraites des médecins n'échappent pas à la problématique générale de l'équilibre à moyen terme des régimes de retraites par répartition. C'est le cas de la CARMF dont l'équilibre reposait en 2006 sur un ratio de 4 actifs pour un retraité et qui en 2023 sera d'un actif pour un retraité et qui toute choses égales par ailleurs ne pourra maintenir le rapport actuel cotisation pension. Comme pour les autres régimes, le retour à un équilibre durable sera le résultat d'une combinaison de mesures associant les montants de cotisations et des pensions, l'allongement des durées de cotisation, l'âge de départ à la retraite, et aussi prenant en compte la démographie médicale.
- [216] C'est le cas également de l'IRCANTEC, retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat, des collectivités locales et des hôpitaux ⁵⁷ dont les dépenses seraient supérieures aux recettes dès 2015. Les propositions de réforme ont pour conséquence une diminution du rendement, le taux actuel à 12%(rapport cotisation/pension) qui passerait à 7,75% d'ici à 2015. Si pour les contractuels l'IRCANTEC ne verse qu'une part relativement faible des retraites totales, pour les médecins hospitaliers qui cotisent tout au long de leur carrière, les deux tiers de leur pension proviennent de cette caisse. Le ministère a proposé pour atténuer les effets de la réforme d'élargir l'assiette de cotisation (primes, gardes, astreintes) dès 2009.
- [217] La situation des médecins hospitalo-universitaires est particulière. Les médecins hôpitalo-universitaires ne cotisaient que sur la base de leurs revenus universitaires avec un taux de remplacement (niveau de pension versée versus niveau du dernier revenu d'activité) qui même à hauteur de 75% entraînait sur l'ensemble des revenus une diminution très sensible. Cette situation a d'ailleurs longtemps été mise en avant par un certain nombre de PUPH pour justifier le choix de l'activité libérale. Il est vrai qu'en sus de l'augmentation des revenus pendant la période d'activité, l'activité libérale apporte un complément non négligeable de pension de retraite en ouvrant des droits à la CARMF. Depuis 2005 des droits à cotisations supplémentaires sur les émoluments publics hospitaliers ont été ouverts par l'adhésion à deux nouveaux régimes :
- la retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP). Toutefois son assiette de cotisation est limitée à 20% du traitement. Or celui-ci n'est qu'une partie de la rémunération des hospitalo-universitaires,
 - la retraite hospitalière. Par un décret du 5/04 /2007 il est devenu possible à un praticien hospitalo-universitaires qui souscrit une retraite auprès d'un organisme assureur (PREFON, CEGOS par exemple) d'obtenir la participation financière de son CHU au versement de ses primes d'assurance (plafonnée à 5% des émoluments perçus et à 200 euros maximum par an).
- [218] Ces réformes sont certainement un progrès mais par définition elles bénéficieront plus aux jeunes médecins qu'à leurs aînés.

⁵⁷ Les médecins hospitaliers représentent 17,5% des cotisants

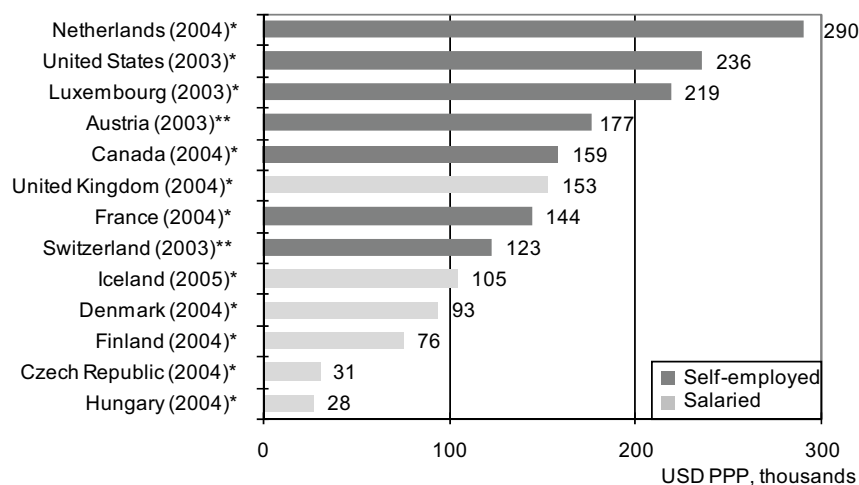
3. DES SPECIFICITES DE LA SITUATION DE LA FRANCE PAR RAPPORT A CELLE DE CERTAINS PAYS ETRANGERS

- [219] Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait souligné la difficulté d'effectuer des comparaisons internationales, à la fois pour des raisons de définition du champ des études (définition des rémunérations et des catégories de médecins) et du fait de la grande variabilité des structures de prélèvements obligatoires d'un pays à l'autre⁵⁸.
- [220] Toutefois, l'OCDE a examiné récemment la situation de 14 pays pour ce qui concerne la rémunération des généralistes et des spécialistes⁵⁹. Cette étude compare, pour l'année 2004, les revenus bruts avant impôts ou cotisations sociales, mais en tenant compte des déductions pour les dépenses liées à la pratique. Malgré la prudence qui s'impose sur ce type de comparaisons, les données présentées méritent une attention particulière, car elles s'expriment sur une même base (dollars US ajustés en fonction de la parité de pouvoir d'achat - PPP) et du fait de la présentation d'un ratio construit sur le salaire moyen dans chaque pays, ce qui permet une comparaison sur la base de la valeur que chaque pays accorde aux rémunérations des professions médicales.
- [221] Sur les 12 pays pour lesquels l'information était disponible, la rémunération des médecins généralistes en France est une des plus faibles (10^{ème} rang sur 12, devant la Finlande et la République Tchèque). Dans la comparaison avec le salaire moyen en vigueur dans chaque pays, les médecins généralistes français viennent en 9^{ème} rang avec un ratio de 2,6, juste devant le Luxembourg et les deux autres pays déjà cités. Les résultats concernant spécifiquement les médecins généralistes ne sont toutefois pas détaillés dans ce rapport, car ils sortent du champ de la mission.
- [222] La rémunération des spécialistes a été effectuée en comparant les données de 13 pays. La France est en situation intermédiaire sur ces 13 pays (7^{ème} rang), avec une rémunération annuelle de 144 000 dollars US PPP (graphique 4).

⁵⁸ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, adopté le 24 mai 2007.

⁵⁹ The remuneration of general practitioners and specialist in 14 OECD Countries: what are the factors influencing variations across countries? En cours de publication.

Graphique 4 : Rémunération des spécialistes en dollars US en parité de pouvoir d'achat sur 13 pays de l'OCDE, données 2004 (ou l'année la plus proche)



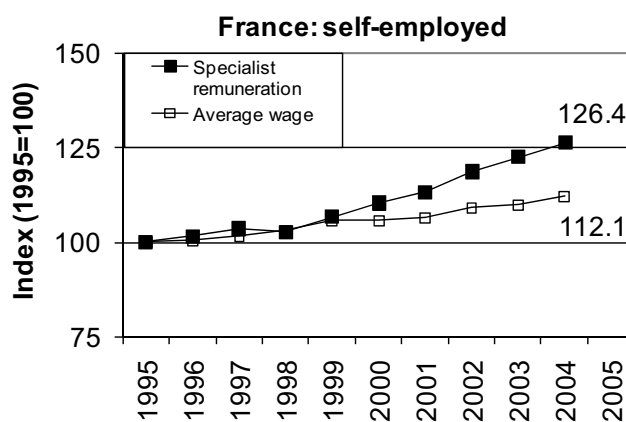
Source : OCDE

[223] En comparaison avec le salaire moyen du pays, la France se place au 6^{ème} rang, avec un ratio de 4,4. Le ratio le plus élevé étant les Pays-Bas, avec 7,5 et le moins élevé la Hongrie avec 1,5. L'OCDE a également analysé l'évolution concomitante de la rémunération des spécialistes et du salaire moyen sur une période de 10 ans (1995/2004), sur 8 pays. La France se caractérise par une forte augmentation relative de la rémunération des spécialistes depuis 1998 (graphique 5).

[224] Pour compléter l'analyse en termes macro-économiques, ces données devraient être reliées aux densités médicales observées dans ces différents pays, car les écarts de densité peuvent modifier la charge financière globale pour le pays. Ainsi aux Pays-Bas où les rémunérations sont élevées aussi bien pour les spécialistes (1^{er} rang) que les généralistes (3^{ème} rang), la densité médicale pour 1000 habitants est élevée (3,7), supérieure à la France (3,4) et à la moyenne des pays de l'OCDE (3,0). A l'inverse, le Royaume-Uni ou les Etats-Unis conjuguent des rémunérations élevées avec des densités médicales faibles (2,4 pour ces deux pays), ce qui limite l'impact financier des rémunérations⁶⁰.

⁶⁰ OCDE : Les personnels de santé des pays de l'OCDE. Comment répondre à la crise imminente ? Editions de l'OCDE 2008. Les chiffres sont de 2005

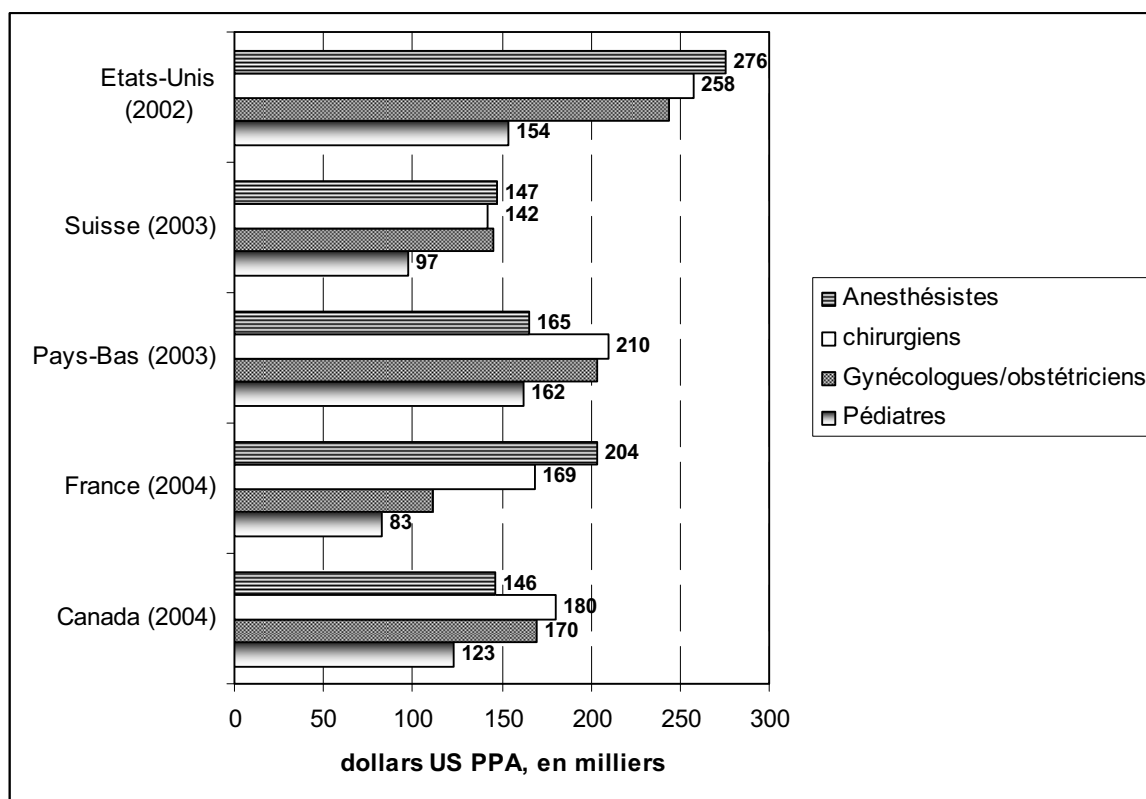
Graphique 5 : Evolution de la rémunération des spécialistes en termes réels entre 1995 et 2004 en France (1995= base 100)



Source : OCDE

[225] Cinq pays (Canada, Pays-Bas, Suisse, Etats-Unis et France) ont également été comparés sur la base des rémunérations en dollars US-PPP de quatre spécialités : pédiatres, gynécologues/obstétriciens, chirurgiens et anesthésistes. Les résultats montrent que, dans ces cinq pays, les pédiatres, spécialité essentiellement clinique, connaissent des rémunérations sensiblement plus faibles que les quatre autres spécialités (sauf pour les Pays-Bas, où elles sont semblables à celles des anesthésistes). Les trois autres spécialités présentent des figures différentes, la France se caractérisant par une rémunération plus forte des anesthésistes (comme aux Etats-Unis) et plus faible des gynécologues/obstétriciens.

Graphique 6 : Niveaux comparés de rémunérations de quatre spécialités sur une sélection de pays, année 2004 ou année disponible la plus proche



Source : D'après OCDE. Canada: OECD calculations based on Canadian Institute for Health Information (2006b), and Canadian Medical Association (2003). France: OECD calculations based on data provided in the following reports: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) (2007) and Legendre (2007). Netherlands: Memo CTG/Zaio (The National Health Tariffs Authority, June 2004). Switzerland: Hasler (2006a). United States: Data Trackers, as cited in the report by the National Economic Research Associates (2004).

[226] Tout en attirant l'attention sur les précautions méthodologiques dont il convient de s'entourer pour de telles investigations (accord sur les définitions, recueil comparable de données, contexte historique et social...), la mission considère qu'il est important de développer ces études comparatives, qui permettent de ne pas se restreindre à des débats internes à la France et qui éclairent les choix, implicites ou explicites, que font les autorités en charge de la régulation des dépenses des systèmes de santé au sein de ces pays.

4. UNE FORTE OPACITE SUR LES REMUNERATIONS COMPLEMENTAIRES LIEES AUX ACTIVITES DE RECHERCHE ET D'EXPERTISE

[227] Les médecins et chirurgiens hospitaliers qu'ils soient libéraux ou statut de salarié exercent des activités en plus de leur activité principale de soins pour les libéraux et les praticiens hospitaliers ou de soins d'enseignement de recherche pour les praticiens hospitalo-universitaires. Il s'agit pour l'essentiel :

- de la participation à des activités de recherche pilotée par des entreprises ou par des organismes publics,

- ou de travaux d'expertise réalisée pour le compte de la HAS et des agences sanitaires, des juridictions de l'ordre judiciaire, de l'ONIAM et d'entreprises privées notamment de compagnies d'assurance.

[228] La plupart du temps ces activités sont rémunérées. La mission constaté une forte opacité sur des rémunérations dont il apparaît au terme de l'enquête, qu'elles concernent un nombre significatifs de médecins et chirurgiens hospitaliers et pour des montants non négligeables.

4.1. Eléments d'ensemble sur les rémunérations complémentaires

[229] La mesure précise des rémunérations complémentaires est difficile. Pour pouvoir apprécier la part qu'elles représentent dans les revenus des praticiens des différentes spécialités, il faudrait pouvoir accéder aux comptes des entreprises ou des organismes publics employeurs ou aux déclarations de revenus des praticiens. Il serait donc nécessaire de constituer un échantillon représentatif pour chaque spécialité et de recueillir l'accord des praticiens. Dans les délais cadre contraint qui étaient les siens, la mission s'est limitée à l'exploitation de données détenues par l'Ordre des médecins et des informations recueillies auprès des organismes bénéficiaires des expertises.

[230] En application de l'article L. 4113-6 du Code de la santé publique (article 25-1 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002), les conventions concernant les activités de recherche et d'évaluation passées entre les médecins et les entreprises ainsi que l'hospitalité offerte à l'occasion de manifestations à caractère scientifique et professionnel doivent faire l'objet de conventions communiquées au conseil départemental de l'Ordre ou au conseil national si leur champ est interdépartemental ou national. L'institution doit seulement vérifier que les contrats communiqués sont conformes aux règles déontologiques de la profession, et donc notamment que la rémunération n'est pas exorbitante au regard du travail requis par cette collaboration. Cette déclaration comportant la rémunération versée au médecin est faite au conseil départemental et peut être transmise par celui-ci pour avis au conseil national. Sont ainsi collectés les dossiers qui ont donné lieu à un avis favorable de l'institution et ceux qui ont été transmis postérieurement et qui, en conséquence, ont donné lieu à un constat mais pour lesquels aucun avis n'a été formulé. Pour des raisons expliquées plus loin se sont pas transmis au conseil de l'ordre les contrats d'expertises réalisées pour les juridictions.

[231] La mission a exploité les données recueillies sur un échantillon de 6675 déclarations transmises au Conseil national soit directement soit par les conseils départementaux au cours des années 2006, 2007 et les neuf premiers mois de l'année 2008. Ce travail a été mené sur la base d'un classement des activités ayant donné lieu à rémunération en distinguant quatre catégories : les activités d'intervention dans des colloques ou de formation, les contributions scientifiques, les prestations de conseil, et les expertises.

[232] Le dessaisissement par le médecin de ses honoraires perçus au profit d'un tiers, essentiellement des associations internes aux services, à la discipline ou à l'établissement, s'observe dans une proportion variable selon la catégorie de collaboration considérée. Il est peu fréquent lorsqu'il s'agit d'une activité de formation (0,3%) ou de conseil (1,4%) - activités qui sont essentiellement liées à l'investissement propre et à la personnalité du médecin - il est plus fréquent par contre lorsqu'il s'agit d'une collaboration scientifique (2,5%) et surtout lors des expertises et études (10,5%) lesquelles font plus volontiers appel à la coopération inter professionnelle au sein du service de soins au sein duquel est conduit l'étude ou l'expertise, au-delà de la rémunération spécifique prévue pour l'établissement dans ce cas.

Tableau 31 : Contrats entre médecins et industrie pharmaceutique ou sociétés à vocation médicale

	Orateur Formation	Contribution Scientifique	Conseil	Expertises Etudes
A. Nombre total de dossiers	2 856	401	1 022	267
B. Nombre de dossiers avec honoraires	2 854	401	1 012	267
Ratio (B/A)	99,9%	100,0%	99,0%	100,0%
C. Nombre de dossiers avec honoraires reversés par le médecin à une association	9	10	14	28
Ratio (C/B)	0,3%	2,5%	1,4%	10,5%
D. Nombre de conventions multicentriques	445	57	152	24
Ratio (D/A)	15,6%	14,2%	14,9%	9,0%
Moyenne des honoraires versés (en €)	1 217	6 856	6 961	8 251
Médiane des honoraires versés (en €)	765	2 600	2 250	3 200
Ecart type des honoraires versés (en €)	3 295	17 017	22 065	12 452
Maximum des honoraires versés (en €)	90 000	241 200	600 000	84 000
Minimum des honoraires versés (en €)	0	5	80	200

Source : Mission Igas/Cges : exploitation de 6675 dossiers transmis au Conseil National de l'Ordre des médecins

[233] En fréquence, les activités de formation donnent lieu au plus grand nombre de contrats déclarés auprès de l'institution ordinale puis viennent les activités de conseil au profit de l'entreprise. A elles seules, ces deux catégories représentent 85,27 % des dossiers déposés. Les activités de collaboration scientifique et surtout les activités d'expertise et d'étude concernent seulement 14,73% des dossiers, les expertises et études étant les moins fréquentes puisqu'elles ne représentent que 5,89 % de l'ensemble des dossiers.

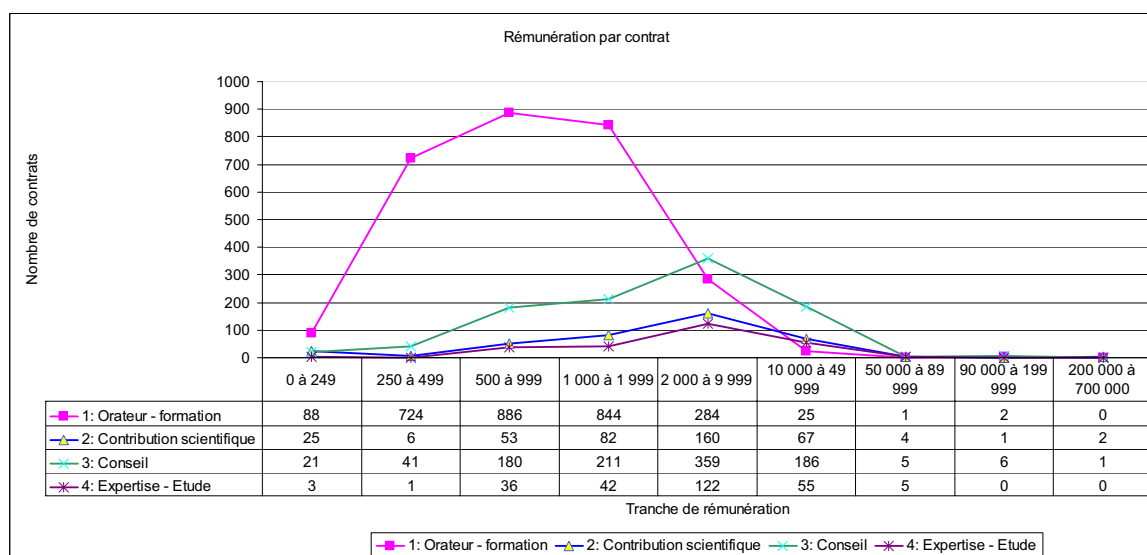
Tableau 32 : Répartition en volume des dossiers selon la typologie retenue

Catégorie typologique des dossiers	Nombre de dossiers comportant le versement d'honoraires	Pourcentage du total des dossiers
Orateur Formation	2854	62,95 %
Conseil	1012	22,32 %
Contribution Scientifique	401	8,84 %
Expertises Etudes	267	5,88 %
Total	4534	100 %

Source : Mission Igas/ Cges. Exploitation de 6675 dossiers transmis au Conseil national de l'Ordre des médecins

[234] La rémunération moyenne par dossier atteint 1217 € pour les interventions dans les colloques et la formation, 6856 € pour les contributions scientifiques, 6961€ pour les activités de conseil et 8251 € pour les activités d'expertise et d'études. Dans chacune de ces catégories, la dispersion des rémunérations est importante. la moyenne des rémunérations diffère significativement de la médiane. Ce constat peut s'interpréter comme illustrant l'hétérogénéité du contenu de la collaboration avec les sociétés à vocation médicale et, peut-être aussi notamment pour l'activité d'enseignement ou de conseil, une différenciation forte de la rémunération liée à la notoriété du praticien. Le taux de contrats « multicentriques », c'est dire ceux pour lesquels les activités correspondantes se font dans plusieurs établissements de différents départements, est faible.

Graphique 7 : Dispersion des honoraires versés au médecin par la firme selon la typologie de la prestation



Source : Mission Igas/Cges Exploitation de 6675 dossiers transmis au Conseil national de l'Ordre des médecins

[235] Les données auxquelles la mission a eu accès étaient anonymisées et elle n'a pu établir le supplément de revenu apporté à chaque praticien par ces rémunérations complémentaires pour une année donnée. Mais même si cela avait été possible, la signification de cette donnée aurait été limitée par le fait que certaines rémunérations ne sont pas déclarées à l'Ordre pour des raisons de droit (les expertises judiciaires) ou de non respect par les praticiens des règles de déclaration. Il est encore moins possible d'appréhender le temps passé pour la mise en œuvre des activités concernées et particulièrement pour les praticiens de l'hôpital public du fait de l'absence de suivi de leurs activités et de l'utilisation de leur temps de travail.

4.2. Les rémunérations complémentaires liées aux activités de recherche

[236] Les activités de recherche sont assurées par les médecins dans le cadre :

- d'un partenariat avec l'industrie pharmaceutique pour les essais de phase 2 et 3 du développement d'une nouvelle molécule ou encore les partenaires de l'industrie biomédicale pour les dispositifs médicaux ;

- d'un programme de recherche conduit par les différents organismes publics ou para publics de recherche institutionnelle.

[237] Le partenariat avec l'industrie pharmaceutique peut revêtir deux formes différentes selon le statut du médecin :

- celui de consultant du laboratoire pour assurer une fonction de conseil au bénéfice de l'entreprise ou bien assurer des prestations de formation internes au bénéfice du personnel de l'entreprise ou encore au bénéfice des médecins prescripteurs ;
- celui d'investigateur, en milieu hospitalier, pour l'expertise clinique des phases 2 ou 3 du développement d'une molécule nouvelle.

4.2.1. Les fonctions de consultant au bénéfice de l'industrie pharmaceutique

[238] Dans cette activité, le médecin remplit la fonction de conseil auprès de l'entreprise de l'industrie pharmaceutique ou biomédicale qui l'emploie. C'est en général le fait de médecins hospitalo-universitaires ayant le statut de « leader d'opinion ». Cette collaboration avec l'industrie pharmaceutique ou biomédicale donne lieu à la signature d'un contrat de droit privé entre le médecin et l'industriel. Ce contrat doit être communiqué par le médecin au conseil départemental de l'Ordre dont il dépend mais aucune obligation de nature réglementaire ne lui est faite d'informer son employeur principal - l'institution qui l'emploie - de l'existence de ce contrat, et a fortiori des clauses de son contenu, alors que la fonction est le plus souvent tirée de la notoriété attachée tout à la fois au médecin et à l'établissement auquel il appartient. Cette rémunération personnelle fait seulement l'objet d'une déclaration de revenus lors de la déclaration annuelle aux services fiscaux. Aucune rémunération n'est versée à l'établissement pour cette fonction. Aucun barème de ces revenus n'est actuellement rendu public.

4.2.2. Les fonctions de médecin investigateur

4.2.2.1. L'organisation de la fonction

[239] Actuellement, ces activités concernent essentiellement les médecins des établissements hospitalo-universitaires, ceux des services conventionnés avec un CHU ou encore de certains établissements PSPH. L'organisation actuelle des essais cliniques conduit à distinguer le rôle respectif du promoteur de l'essai de celui d'investigateur.

[240] Dans les fonctions d'investigateur en milieu hospitalier, le médecin va recruter, parmi les patients pris en charge dans son service, ceux qui remplissent les critères d'inclusion pour participer à un essai clinique donné. Après avoir évalué le caractère favorable du rapport bénéfice/risque, il va les informer, recueillir leur consentement puis diriger, suivre et surveiller la réalisation de l'essai. En cas d'effet indésirable grave, le médecin doit le déclarer au promoteur qui est tenu de le notifier au comité de protection des personnes⁶¹ et à la DGS ou à l'AFSSAPS selon la nature de la recherche car aucun enjeu scientifique n'autorise la prise de risque inconsidéré au cours d'un essai.

[241] Le plus souvent, le promoteur met en place un comité de surveillance indépendant, composé d'experts extérieurs, qui travaille avec le promoteur et le ou les investigateurs. Cette expertise va conduire à l'organisation des partenariats à long terme entre les laboratoires pharmaceutiques et les médecins qui peuvent introduire des conflits d'intérêts. Les médecins sont à la fois acteurs des essais cliniques et intéressés à leur mise en œuvre et aux résultats. Ces conflits d'intérêts ont des conséquences potentiellement graves :

⁶¹ Voir sur ces questions différents rapports de l'IGAS notamment le rapport N°2003-126 d'octobre 2003 « Les essais cliniques chez l'enfant en France » et le rapport N° 2005 125 de juillet 2005 « La transformation des comités consultatifs de protection des personnes en matière de recherche biomédicale (CCPRB) en comités de protection des personnes en application de la loi du 9 août 2004 »

- *au niveau collectif* sur la validité scientifique de l'essai (méthodologie et fiabilité des données) lequel est à la base de l'appréciation du service médical rendu qui conditionne la mise sur le marché et l'identification des indications,
- *au niveau individuel* sur la sécurité des patients qui participent à l'essai mais aussi sur le respect des principes éthiques qui doivent l'encadrer.

[242] C'est pourquoi ces activités sont encadrées par des principes inspirés par le code de Nuremberg et la déclaration d'Helsinki, et s'incarnent tant dans le droit européen (directive européenne 2001/20CE) que dans la législation française (livre premier du code de la santé publique).

[243] Le rôle de l'investigateur d'un essai clinique se distingue de celui du promoteur et il est défini par le code de la santé publique :

[244] *Le promoteur* est celui qui prend l'initiative d'un essai clinique et le gère : il doit veiller à ce que soient respectées les obligations réglementaires, évaluer le rapport bénéfice /risque de l'expérimentation, gérer les données, la sécurité des patients, et notamment les événements indésirables graves et enfin garantir l'assurance qualité de l'essai. Il doit aussi assurer le financement et couvrir les assurances relatives à l'essai. Le promoteur est propriétaire des résultats. Ce peut être un laboratoire pharmaceutique, moins fréquemment une institution.

[245] *L'investigateur* est le médecin qui va recruter les patients participant à l'essai. Pour mémoire, il va les informer, recueillir leur consentement puis les suivre tout au long de l'essai. En cas d'effet indésirable grave, il doit le déclarer au promoteur, lequel doit en informer le comité de promotion des personnes et l'AFSSAPS ou la DGS.

[246] Deux types de convention encadrent les essais :

- *une convention de droit privé* passée entre l'industrie et le médecin investigateur lui-même. Elle fixe notamment la rémunération de l'investigateur, rétribué par une somme fixe pour chacun des patients inclus dans l'essai. Cette convention doit être communiquée à l'Ordre départemental des médecins du lieu d'exercice du praticien s'il s'agit d'un essai mono centrique et au conseil national si l'essai associe des investigateurs de centres différents, ce qui maintenant devient la règle pour les grands essais cliniques, souvent internationaux. La convention devrait être communiquée aussi au directeur de l'établissement, ce qui semble irrégulièrement respecté, dans moins de 10% des cas selon la direction de la recherche des Hospices civils de Lyon, par exemple.
- *une convention hospitalière* entre l'industrie et l'établissement. Elle établit les surcoûts engendrés pour l'hôpital par l'essai clinique ; ce sont les prestations que le patient n'aurait pas eues s'il avait bénéficié du seul traitement de sa maladie. Le surcoût est calculé suivant les modalités d'une grille pour chaque patient inclus. Cette grille était jusque récemment fixée par une convention entre le LEEM et la FHF. Dans un cas, la mission a pu constater un conflit d'intérêt entre l'hôpital et le praticien et la tendance à sous estimer le niveau du versement dû à l'établissement. Dans la nouvelle organisation, ces conventions seront gérées par le guichet unique du CENGEPS, guichet créé en partenariat entre l'industrie pharmaceutique et les organismes institutionnels, tant pour homogénéiser les pratiques que limiter la charge administrative.

4.2.2.2. Les conditions de rémunération des médecins investigateurs

- [247] Les fonctions d'investigateur dans un essai au bénéfice de l'industrie pharmaceutique sont une source de revenus conséquents pour les médecins qui y participent. La rémunération du médecin investigateur est fixée à l'avance pour chaque patient inclus dans l'essai. Elle varie selon les circonstances et les spécialités. Les rémunérations sont couramment de l'ordre de 1500 à 2500€ par patient et peuvent aller jusqu'à 5 000€ en cardiologie ou en réanimation. Dans l'ensemble, les inclusions de patients en cancérologie sont particulièrement bien rémunérées, sauf lorsque ces essais sont effectués sous l'égide de la FNLCC. Les informations administratives relatives aux patients à inclure dans un essai sont à disposition dans les délégations à la recherche clinique et à l'innovation des établissements concernés (CHU).
- [248] La rémunération du médecin investigateur est personnelle. Elle peut lui être versée directement. Dans ce cas la direction de l'établissement n'en a aucune connaissance. Mais elle est souvent versée en tout ou partie sur le compte d'une association régie par la loi de 1901 constituée à cet effet pour améliorer le fonctionnement du service clinique, qu'il s'agisse d'amélioration matérielle de l'environnement ou des conditions de travail, ou encore pour contribuer à la formation médicale continue du personnel médical ou para médical. Ainsi, la mission a pu constater que pour 500 protocoles de recherche au CHU de Nice, 128 associations sont domiciliées au sein de ce même établissement et, parmi elles, l'objet de 70 d'entre elles comporte l'activité de recherche. L'objet des autres associations domiciliées au CHU intéresse essentiellement les réseaux, la formation du personnel médical ou soignant, les actions caritatives ou l'assistance aux patients et aux familles de malades.
- [249] L'interpénétration de l'hôpital et des associations qui y sont ou non domiciliées a fait l'objet d'un rapport de l'IGAS relativement ancien, puisque réalisé en 1998⁶², mais dont la mission a pu vérifier l'actualité des constats. Il apparaît que ces associations interviennent dans un domaine qui est souvent à la charnière entre les missions dévolues à l'hôpital public et des activités scientifiques qui concernent les patients qui y sont pris en charge. La mission a constaté que ces associations permettent d'offrir de la souplesse dans la gestion des services notamment pour les fonctions support de l'activité de recherche et le fonctionnement de la logistique. Elle remarque aussi que ces associations jouent un rôle essentiel dans le financement de la recherche et de l'innovation. En sens inverse, ces associations fonctionnent dans des conditions très opaques au bénéfice de certains médecins praticiens hospitaliers⁶³, et cette opacité pourrait masquer des dérives, par exemple à travers la prise en charge de dépenses personnelles. De plus la gestion de ces structures consomme du temps de travail des praticiens dont on peut penser qu'il serait mieux employé dans des activités plus en rapport avec leurs compétences. Enfin, ce système comporte aussi un risque de mise en cause des intérêts financiers de l'établissement car l'enveloppe qui doit rembourser les surcoûts hospitaliers et rémunérer les médecins est une enveloppe fermée : l'augmentation d'un versant diminue la rémunération de l'autre.

⁶² Rapport Igas « Les associations domiciliées dans les établissements publics de santé » – rapport 1998-083 – juillet 1998.

⁶³ Le contrôle des commissaires au compte ne porte que sur la régularité comptable.

[250] Ces risques sont d'autant plus importants qu'aucun contrôle n'est exercé par les instances de l'établissement sur l'emploi des fonds de ces associations. Celles-ci sont toutefois soumises à des contrôles externes, ceux des commissaires aux comptes et des chambres régionales des comptes. Au début des années 1990, certains comptables du trésor ont exigé le respect de la réglementation qui prévoit que le compte bancaire des associations domiciliées dans les établissements publics soit ouvert au Trésor Public et géré par lui moyennant le prélèvement d'un pourcentage sur les mouvements qui sont opérés. Cette disposition a conduit certains responsables associatifs à procéder au changement de localisation du siège social de leurs associations. Cette initiative de l'autorité publique autant que le contrôle fiscal auquel ces associations ont systématiquement donné lieu plus tard, à la recherche d'éléments en faveur d'une gestion de fait, ont certainement conduit dans l'ensemble à une gestion plus rigoureuse de ces associations avec l'appui de juristes et de comptables professionnels pour clarifier l'usage des fonds ainsi collectés. Mais ces progrès ne sont pas la garantie d'une gestion optimale de ces financements et donc d'une réelle prévention des risques évoqués plus haut.

4.2.2.3. Des évolutions de contexte qui ne remettent pas cause le mode et les niveaux de rémunération

[251] Le contexte dans lequel s'inscrit le développement de ces activités et la rémunération des médecins évolue mais sans que cela conduise à modifier les conditions de rémunération des médecins.

[252] Le cadre juridique issu de la loi Huriet a été modifié en 2006-2007. La directive européenne 2001/20/CE a été transposée en droit français par la loi de santé publique d'août 2004 dont l'application a été organisée par un décret en 2006 et une soixantaine d'arrêtés. Le nouveau cadre vise à mieux garantir lors d'un essai :

- la fiabilité des données recueillies, et ce en accroissant « l'assurance qualité ». Le suivi précis est assuré par le « data management »,
- l'application des « bonnes pratiques cliniques » est obligatoire en matière d'essais de médicaments,
- la qualité exigée de la méthodologie et de l'analyse statistique est accrue pour être plus pertinente,
- la protection du patient est accrue par l'accroissement des exigences de gestion des vigilances.

[253] En conséquence, la mise en œuvre d'un système d'assurance qualité accroît les coûts de la recherche clinique dans un environnement concurrentiel à l'échelle planétaire. Cette situation peut conduire à des « contournements », notamment par le transfert vers des tiers de la responsabilité du statut de promoteur lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une étude conduisant seulement à l'extension d'indications pour l'AMM d'une molécule déjà commercialisée ou encore pour l'expertise d'un médicament générique.

[254] Les exigences de cette compétitivité internationale ont amené en 2001, à l'initiative du Premier ministre de l'époque, la structuration d'une politique publique visant à faciliter la conduite d'essais cliniques en France en favorisant l'inclusion de patients dans les essais pour préserver sa place devant celle, croissante, des essais cliniques conduits dans les pays d'Europe centrale et orientale ou sur le continent asiatique. C'est la finalité du centre national de gestion des essais de produits de santé (CENGEPS), groupement d'intérêt public créé pour quatre ans, terme au bout duquel il sera évalué pour déterminer s'il doit être pérennisé. Sa finalité est d'améliorer la performance de la recherche clinique en facilitant l'inclusion des patients dans les essais cliniques. Les quatre actions principales qu'il conduit sont :

- l'harmonisation nationale des procédures mises en œuvre dans les essais dont le promoteur est un industriel,

- la réalisation d'un logiciel national unique de suivi de la gestion des données administratives relatives aux inclusions dans les essais,
- les directions inter régionales de recherche clinique disposent de moyens financiers pour assister les investigateurs en disposant de techniciens d'études cliniques,
- le financement d'un réseau national d'investigateurs cliniques comme guichet d'entrée unique pour l'industrie pharmaceutique.

[255] Au moment où se déroulait la mission, cette évolution du dispositif était trop récente pour pouvoir en apprécier les effets sur la rémunération versée aux médecins mais, en tout état de cause, ce dispositif n'a pas pour objectif de lutter contre l'opacité des rémunérations constatée dans son ensemble. Le guichet d'entrée unique que constitue le CENGEPs ne constitue donc pas une garantie d'équilibre entre les intérêts respectifs du praticien et de l'établissement. Les risques sur ce point sont d'abord liés à l'opacité du système de financement. Celle-ci ne facilite pas une juste appréciation et la reconnaissance du travail effectué.

4.2.2.4. L'absence de rémunération spécifique pour les praticiens dans le cadre du PHRC

[256] L'expertise clinique est promue au sein des établissements publics de santé au travers, notamment, du « programme hospitalier de recherche clinique » (PHRC) conduit par la mission de l'observation, de la prospective et de la recherche clinique au sein de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Depuis plus de dix ans, une dotation reprise dans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) est répartie à la suite d'un appel à projets. Celui de 2009 comporte un appel à projets national sur 8 thématiques identifiées mais aussi dans le cadre d'un projet dit « programme blanc » laissé à l'initiative des chercheurs. Des essais multicentriques libres peuvent aussi être proposés. Parallèlement à cet appel à projet national, des appels à projet inter régionaux sont organisés sous la responsabilité des directions inter régionales de la recherche clinique responsables de projets éligibles à un financement dans le cadre d'une enveloppe déconcentrée. Les crédits octroyés sont destinés au financement des projets retenus qui peuvent être pluriannuels et sont régulièrement évalués. Ils ne donnent pas lieu à une rémunération spécifique du médecin investigateur. Pour l'AP-HP, le budget de fonctionnement des PHRC est géré par le siège mais délégué aux établissements ; il est de l'ordre de 2,5 à 3 millions d'€ annuellement, la plupart des projets étant pluriannuels.

4.3. *Les rémunérations complémentaires liées aux activités d'expertise (hors recherche)*

4.3.1. **L'expertise au bénéfice de la HAS et des agences sanitaires**

[257] L'activité d'expertise institutionnelle s'exerce principalement au bénéfice de la HAS et des agences nationales (AFSSAPS, et Agence de Biomédecine notamment) mais aussi des services centraux du ministère de la santé ou de comités d'experts tel le Haut conseil de santé publique. Il s'agit pour le praticien de rendre un avis dans le cadre d'un processus de préparation de la décision publique en matière de santé. C'est essentiellement du temps médical mis à disposition et, pour l'essentiel, du temps de médecin hospitalier, bien qu'aucun système d'information ne permette d'identifier de manière précise et complète la provenance des experts et le volume du temps consacré à ces missions, ni la rémunération à laquelle elles donnent lieu. Comme l'a montré un rapport spécifique⁶⁴, cet apport d'expertise est très utile pour préparer la décision publique. Selon l'évaluation de la DGS, les effectifs d'experts médicaux, hospitaliers pour la plupart, mobilisés pour rendre un avis en amont de la décision par les différentes structures publiques sont de l'ordre de 10 000 et il n'est pas possible d'identifier la part des médecins hospitaliers ou hospitalo-universitaires (même si elle est probablement importante), faute d'un système d'informations approprié. La situation des experts est par ailleurs très variable : le temps de l'expertise peut être pris sur le temps de travail, sur le temps social ou sur l'activité d'intérêt général car les chefs d'établissements ont des politiques différenciées dans la réponse aux sollicitations dont ils sont l'objet de la part des médecins de leur établissement.

[258] La rémunération est variable selon l'organisme concerné et pas forcément homogène au regard du travail produit et qui par ailleurs dans certains cas utilise sans contrepartie ou presque le temps médical hospitalier. L'indemnisation moyenne personnelle du médecin est de l'ordre de 70 € par vacation⁶⁵ mais la charge de travail et/ou de temps pour cette vacation n'est pas définie de façon homogène : une vacation peut être l'unité de compte pour ½ journée, un dossier, un rapport ou un forfait, par exemple. L'indemnisation est donc hétérogène selon les institutions. Elle semble inférieure aux rémunérations versées dans d'autres institutions en Europe. A titre d'exemple, la Communauté européenne indemnise les experts qu'elle emploie, notamment dans des comités scientifiques, à hauteur de 300€ par jour de participation aux réunions ou par rapport⁶⁶. De ce fait, des agences comme l'INCa ont des difficultés à trouver des experts étrangers.

[259] Les expertises demandées par la DGS, la HAS et l'Agence de la Biomédecine sont plutôt recherchées par les médecins hospitaliers mais c'est pour des raisons qui vont au delà des questions de rémunération (et d'abord le sentiment d'appartenance à une communauté professionnelle et la capacité d'influence sur la décision publique). Pourtant, c'est une activité qui n'est pas valorisée de façon équitable et homogène dans la carrière professionnelle pour ceux qui la remplissent. En effet, les sous sections du CNU apprécient de façon hétérogène cette activité d'expertise, le CNU ne tendant à retenir essentiellement que les publications originales à facteur d'impact significatif dans des revues à comité de lecture.

⁶⁴ Rapport de Madame Marie-Dominique Furet (DGS) à la demande du Ministre de la santé sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant à l'appui des décisions en santé publique – mai 2008.

⁶⁵ Source : données DGS.

⁶⁶ Source : A titre d'exemple, appel d'offres pour le renouvellement d'un comité scientifique (JOUE n°L241 du 19 septembre 2008, décision de la commission européenne n°2008/721/EC, ANNEXE III).

- [260] Dans le contexte de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la perte de temps médical lié aux travaux d'expertise préoccupe les directions d'établissements soumis à ce mode de financement. En date du 25 août 2008, le secrétaire général de l'AP-HP a adressé une lettre aux Directeurs de la DGS et de la DHOS pour faire état de la charge importante et pour le moment « bénévole » que requiert l'expertise institutionnelle. D'après l'enquête réalisée par la direction de l'AP, le temps médical mobilisé au sein de l'AP-HP s'élèverait à 5 ETP pour à l'AFSSAPS, ¼ pour l'Agence de Biomédecine. Les données concernant les autres agences sont inconnues, celles-ci n'ayant pas répondu au questionnaire. Ce temps n'est pas comptabilisé et les établissements n'en reçoivent aucune contrepartie. A l'heure d'un contexte budgétaire tendu où les ressources médicales se raréfient, le directeur général demande donc que cette activité cesse d'être transparente et gratuite pour les institutions qui en bénéficient aux dépens des établissements de soins et qu'elles fassent l'objet d'un contrat et soit remboursé ou pris en charge dans les missions d'intérêt général.
- [261] Au total il apparaît nécessaire de clarifier le temps consacré à ces activités et de progresser vers des rémunérations homogènes et définies formellement dans un cadre contractuel entre toutes les parties concernées.

4.3.2. Les fonctions d'expertise dans les procédures d'indemnisation gérées par les CRCI et l'ONIAM, celles réalisées au bénéfice de l'ordre judiciaire ou pour des compagnies d'assurance

- [262] La fonction d'expert peut enfin être exercée au bénéfice des CRCI, de l'ONIAM, de la justice en expertise pénale ou civile, ou encore en temps qu'expert privé désigné par une compagnie d'assurance pour évaluer le préjudice éventuel à apprécier de l'un de leurs clients. Elles ne sont pas réglementairement intégrées à l'activité du secteur privé à l'hôpital et viennent donc en sus et sans limitation de nombre et de temps consacré.

4.3.2.1. Les expertises réalisées pour le compte des CRCI et de l'ONIAM et des juridictions

- [263] *S'agissant des CRCI et l'ONIAM*, la mission s'est appuyée sur les constats établis par un rapport Igas de septembre 2005⁶⁷. La mission avait constaté que les CRCI et l'ONIAM faisaient un large appel à l'expertise médicale dans des conditions qui avaient parfois posé des problèmes qui n'étaient pas complètement résolus en 2005 au moment où était intervenue la mission. La principale difficulté tenait à l'absence de garantie sur la compétence et à la gestion des conflits d'intérêt. En revanche la mission n'avait pas considéré que la rémunération (jusqu'à 900 euros pour les dossiers les plus complexes) posait problème surtout s'agissant de travaux qui à terme, bien encadrés, « pourrait être une activité relativement répétitive pour les cas les plus fréquents (état des données de la science, principales questions à poser et documents à demander) ».
- [264] S'agissant des expertises réalisées pour le compte des magistrats de l'ordre judiciaire, il faut distinguer l'expertise pénale de l'expertise civile.
- [265] *La première* est à la fois tarifée selon les actes et en même temps suivant la mission d'expertise, sa complexité et les moyens nécessaires. Le médecin intervient en garde à vue, en enquête préliminaire ou à la demande du juge d'instruction et toujours sur la base d'un agrément passé entre le médecin et le juge taxateur et qui est soumis au contrôle du parquet. L'expertise est tarifée sur la base du C (132€ pour une autopsie, par exemple) et ne comporte pas de rémunération pour les frais de déplacement.

⁶⁷ Rapport Igas N° 2005 058 « L'indemnisation des accidents médicaux » septembre 2005.

- [266] Compte tenu de leur défaut d'attractivité, ces dispositions sont contournées par certains procureurs dans les unités médico-judiciaires où l'expertise est institutionnalisée pour toutes les gardes à vue (en certains lieux, il peut y en avoir jusqu'à 50), le volume compensant alors l'insuffisance de la rémunération unitaire. La tarification varie de 60 à 70€ de l'heure jusqu'à 110€ à Paris et un devis est nécessaire si la rémunération dépasse 460€. A Paris, il n'y a pas d'expertise à moins de 1500 à 2000 €.
- [267] Les expertises sont souvent concentrées sur un nombre limité de médecins dans certaines spécialités (psychiatrie mais aussi gynéco-obstétrique). Cette situation tient au fait que le ou les mêmes experts sont volontiers sollicités dès lors qu'ils donnent satisfaction aux magistrats, à la fois par leur réactivité à la demande et la qualité de l'expertise qu'ils produisent. Des juridictions ont mis en œuvre des démarches visant à garantir la qualité de l'expertise à travers le recours à des experts de haut niveau. Ainsi dans le ressort de la cour d'appel d'Aix Marseille, a été engagée à partir de 2004 une politique de renouvellement des experts après cinq ans d'inscription sur la liste. Désormais la première inscription est faite pour deux ans et la seconde pour cinq. Par ailleurs des formations ont été mises en place. Les 1300 experts sont astreints à la production annuelle d'un rapport d'activité.
- [268] L'expertise judiciaire n'est pas reconnue comme acte professionnel, ce qui explique peut-être son statut particulier et le fait qu'elle ne soit pas intégrée au travail médical du PH ou du PU-PH. Le PU-PH ou le PH hospitalier sont dispensés de la déclaration des charges sociales à laquelle sont contraints les médecins libéraux. Cette déclaration devrait être faite pour eux par les tribunaux qui, dans les faits, ne le font pas, faute de moyens humains suffisants à cet effet. La médecine légale est désormais une capacité et n'est plus reconnue comme une spécialité médicale depuis la réforme de l'internat. C'est une fonction qu'exerce le médecin.
- [269] *L'expertise civile* concerne de nombreuses spécialités avec toutefois très peu de recours aux psychiatres car il s'agit surtout d'expertises suite à des accidents physiques (et parfois à des accidents médicaux). Elle est intéressante pour le médecin car le niveau de la rémunération se décide par un agrément réciproque entre le médecin et le tribunal. Cette rémunération dépend donc de la qualité relationnelle entre l'expert et les magistrats. Ce sont les parties qui paient le coût de l'expertise qui est généralement de 600 à 800€ à Paris et 300 à 400€ en province, les fonds transitant par le tribunal. Dans certains tribunaux ont été élaborés des barèmes. Ainsi un barème a été établi en concertation avec les représentants des experts pour les expertises réalisées dans le ressort d'Aix Marseille. Pour toutes les spécialités, les honoraires sont déterminés à partir d'un prix de vacation horaire, déterminé au cas par cas en considération du niveau de technicité et de la complexité du travail à effectuer. En 2008 ce tarif s'établit entre 75 et 125 euros. La rémunération d'une expertise médicale est comprise entre 350 et 500 euros.
- [270] Au total, que ce soit pour l'expertise pénale ou pour l'expertise civile, la tendance est à la professionnalisation de cette forme d'exercice de la médecine d'expertise. La pratique de l'expertise civile est plus fréquemment le fait des praticiens libéraux que des hospitaliers. La rémunération de l'activité d'expert au bénéfice de la justice est atypique en ce qu'elle n'est pas reconnue comme une activité médicale. Elle n'est donc pas incluse dans le temps de travail des médecins quand ils exercent à temps plein à l'hôpital, ce qui est fréquent, tant en expertise pénale que civile. Les rémunérations tendraient vers l'homogénéité sur l'ensemble du territoire national sous l'influence des parquets. Pour encourager cette évolution, le ministère envisage la mise en place d'un Intranet permettant aux juridictions de mieux gérer le recours à l'expertise par l'affichage du nom des experts sollicités et des taux usuellement pratiqués en fonction de la nature de l'expertise. L'indépendance du magistrat demeure préservée puisque c'est lui qui fixe le niveau de la rémunération en toute indépendance mais la mutualisation lui permet de disposer d'une base comparative.

4.3.2.2. L'expertise assurantielle

[271] L'activité d'expertise auprès des assurances, principalement exercée par les médecins libéraux, demeure inconnue, sauf des services fiscaux. C'est le domaine dans lequel l'opacité sur le financement est la plus grande car aucune déclaration autre que fiscale n'est obligatoire. C'est une activité qui n'est pas le monopole des médecins et chirurgiens hospitaliers. Elle est assurée fréquemment par les médecins généralistes libéraux qui sont agréés par une ou des compagnies d'assurances. La rémunération serait en moyenne de l'ordre de 150€ par dossier. Une mention particulière doit être faite s'agissant des sociétés qui assurent des prestations d'assistance médicale pour les personnes qui voyagent et qui peuvent bénéficier de soins pris en charge sur place ou de rapatriement sanitaire. Les médecins employés peuvent intervenir sur place par téléphone et cette activité peut alors se cumuler avec d'autres activités hospitalières (par exemple durant une garde sur place).

[272] Au total, à travers ces multiples sources la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers est loin d'être négligeable et elle représente une part significative du temps de travail. Faute de pouvoir accéder à des données nominatives, la mission n'a pu produire d'estimations sur la part que représente ces rémunérations dans le total des revenus d'activité des praticiens. Elle a pris connaissance avec intérêt de l'analyse du président de la commission des relations médecins industrie bio médicale de l'Ordre national des médecins qui a indiqué que « certains de nos confrères hospitaliers cumulent les contrats en tant que coordonnateur d'étude, expert, ou conseiller scientifique consultant auprès de plusieurs industriels. Ces cumuls de contrats peuvent représenter une masse d'honoraires dépassant leur rémunération hospitalière ou hospitalo-universitaire et occuper une part de leur temps de travail très supérieure à ce qui est raisonnable et autorisé⁶⁸ » Quel que soit le bien fondé de la participation des médecins à ces activités, une plus grande transparence est donc souhaitable, ne serait ce que pour mieux organiser le temps médical dans les établissements généraux et spécialisés, en particulier les établissements psychiatriques.

5. DES POLITIQUES DE REMUNERATIONS QUI PRENNENT MAL EN COMPTE LES ENJEUX DE LONG TERME

5.1. *Des difficultés importantes dans le pilotage des systèmes de rémunération*

[273] Les deux systèmes de rémunération, celui des médecins libéraux qui travaillent dans les établissements privés et ceux des médecins salariés qui travaillent dans les établissements publics ou PSPH, sont pilotés de manière cloisonnée alors que, quelque soient leurs conditions d'exercice les praticiens mettent en œuvre des compétences analogues dans des contextes d'actions très proches et souvent en pratique mixte. Les deux structures en charge des rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers, la CNAMTS et la DHOS n'ont pas mis en œuvre des procédures de travail conjoint pour gérer de manière coordonnée ces questions. Dans les deux cas prévaut une gestion très centralisée, au sens où les décisions significatives sont prises par la CNAMTS et la DHOS, s'appliquent de manière uniforme sur l'ensemble du territoire et laissent peu de marges de manœuvre aux directions des établissements employeurs. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ne jouent pratiquement aucun rôle dans le pilotage et l'animation des politiques de rémunérations.

⁶⁸ Courrier adressé le 22 octobre 2008 par le Dr Bernard Chaunu à la mission

5.1.1.1. Le pilotage du système de rémunération des praticiens hospitaliers en exercice libéral

[274] Depuis la loi du 3 juillet 1971 les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux reposent sur des conventions nationales conclues pour 5 ans. Ce sont les accords conventionnels négociés entre les caisses d'assurance maladie et les professions de santé exerçant en ville qui fixent les tarifs et de manière plus large la politique des revenus des médecins libéraux. Ces négociations portent également sur la mise en œuvre des réformes de l'organisation de l'offre de soins et doivent intégrer la contrainte de la composante ambulatoire de l'ONDAM arrêtée chaque année par la LFSS votée par le Parlement.

[275] La Convention Médicale nationale, qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, a été signée le 12 janvier 2005⁶⁹ entre l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et trois syndicats médicaux, la CSMF, le SML et Alliance.

[276] Elle marque le retour à une convention unique, à la fois pour les médecins généralistes et spécialistes et inscrit, dans la nouvelle organisation conventionnelle, les mesures de la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004 concernant la médecine libérale :

- le parcours de soins comportant le dispositif du médecin traitant,
- un certain degré de liberté tarifaire plafonnée pour les spécialistes exerçant en secteur 1,
- la mise en place progressive du dossier médical personnel, de la CCAM des actes techniques,
- l'organisation de nouvelles instances pour la vie conventionnelle autour de commissions paritaires nationales, régionales et locales, des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses.

[277] Cette convention a été complétée par une série d'avenants en large partie consacrés à l'évolution de la tarification et à l'accompagnement financier des réformes⁷⁰, conduisant à une très forte différenciation des tarifs et de fait à un système d'une grande complexité. Et pourtant, l'approche retenue n'a pas conduit à une analyse différenciée par spécialité ni à une prise en compte des spécificités des médecins et chirurgiens hospitaliers. Toutefois, par exception, deux spécialités ont fait l'objet de démarches spécifiques :

- La chirurgie : signé par le ministre, les président et directeur de l'assurance maladie et les organisations représentatives des praticiens (CSMF, SML, FMF et Alliance) le protocole du 24 août 2004 comporte neuf engagements dont une large partie concerne directement ou

⁶⁹ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation.

⁷⁰ L'avenant n°4 prévoit que la rémunération du médecin d'astreinte est modulée en fonction de la plage horaire où celle-ci est assurée. Le montant de l'astreinte pour 12 heures est de 150 €, la rémunération du médecin libéral qui assure la régulation des appels téléphoniques dans les centres 15 est fixée à 3 € de l'heure.

L'avenant N° 12 signé par la CSMF et Alliance mais non par le SML définit les engagements des parties signataires sur l'exercice 2006 et entérine une série de revalorisations tarifaires dont celles de la MCS, du C et la mise en place de mesures compensatoires au préjudice, subi par 7 spécialités cliniques, entraîné par le dispositif du parcours de soins. Elle organise les conditions financières de la rémunération des médecins du parcours de soins, le forfait annuel de 40 euros par patient en affection de longue durée. Lorsque le patient consultera sur prescription de son médecin traitant, le médecin correspondant pourra coter une "C2" de 40 euros en cas de consultation ponctuelle ou percevra une majoration de coordination (2 euros en règle générale) en cas de consultations répétées. Cette majoration est réservée au médecin de secteur I (honoraires conventionnels), mais une "option de coordination" est ouverte aux médecins de secteur II (honoraires libres). En contrepartie d'une limitation de leurs dépassements d'honoraires, ces médecins pourront donc profiter de certains avantages du parcours de soins et d'une prise en charge d'une partie de leurs charges sociales. Le non respect du parcours de soins aura également des incidences financières : outre la majoration du ticket modérateur qui relève du décret, la convention autorise les spécialistes de secteur I à pratiquer un dépassement d'honoraires de 17.5% lorsqu'ils sont consultés par un patient sans prescription de son médecin traitant.

L'avenant n°23 du 31 mars 2007 prévoit une augmentation du C de 1 euro au 1er juillet 2007 et une nouvelle augmentation de leuro à une date qui sera fixée en fonction des marges rendues possibles par les LFSS et de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée.

indirectement les rémunérations. Comme l'a montré le rapport de l'Igas⁷¹ consacré à l'évaluation de ses conditions de mise en œuvre, les tarifs chirurgicaux ont été revalorisés en moyenne de 25,2% en secteur 1 et de 13,7 % en secteur 2, conformément aux termes du protocole et pour l'essentiel dans le cadre de l'application anticipée de la CCAM. En revanche l'engagement de mettre fin à la problématique des anciens chefs de cliniques qui ont initialement choisi le secteur 1 et ne peuvent plus accéder au secteur 2 depuis 1990 n'a pas été tenu. De même contrairement à la déclaration préliminaire du protocole il n'a pas été possible jusqu'à présent de mettre en place un secteur de liberté tarifaire encadrée, dit secteur optionnel ;

- la radiologie : l'avenant 24 du 25 juillet 2007 (arrêté du 10/09/2007) signé entre l'Assurance Maladie (UNCAM) et la Fédération des médecins radiologues (FMR). L'objet principal de ce texte est de réduire la valorisation des forfaits techniques des scanners et des IRM pour tenir compte du progrès technologique. Au moment où est intervenue la mission il était trop tard pour pouvoir disposer d'une évaluation de l'avenant du 24.

[278] Au moment où s'achevait la mission, des discussions étaient en cours portant sur différentes questions tels le secteur optionnel ou le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Mais aucune des mesures envisagées ne paraissait de nature à réduire les disparités évoquées dans la première partie.

5.1.1.2. Le pilotage du système de rémunérations des praticiens des EPS

[279] Dans une large mesure, la DHOS met en œuvre une gestion axée essentiellement sur la préparation et la mise en œuvre des textes statutaires élaborés dans le cadre d'un dialogue social avec les organisations syndicales au niveau national.

[280] A partir de 2002, dans le cadre de la préparation du plan hôpital 2007, une démarche de réflexion sur l'organisation statutaire a été engagée. Elle a abouti à une négociation qui s'est conclue par la signature d'un relevé de décision le 31 mars 2005, avec deux organisations syndicales représentants les praticiens (CMH et SNAM-HP). Sur cette base les textes statutaires des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel ont été réformés (décrets 2006-1221 et 2006-122 du 5/10/2006). Les nouveaux textes n'ont pas modifié les aspects essentiels du système de rémunération. L'objectif initial, qui était de simplifier l'architecture statutaire, n'a pas été atteint. Mais ils ont permis des améliorations significatives à travers une simplification des procédures de recrutement, la création d'une position de recherche d'affectation et la mise en place du centre national de gestion (CNG). Les progrès potentiels apportés par ces dispositions sont toutefois lents à se concrétiser : ainsi par exemple au 31 juillet 2008, seuls deux praticiens bénéficiaient de la position de recherche d'affectation.

[281] Par ailleurs en application d'une disposition du protocole du 2 septembre 2004 sur la chirurgie publique repris dans le relevé de décision du 31 mars 2005 déjà évoqué, la DHOS a entrepris de faire évoluer le régime indemnitaire en créant une part complémentaire variable (PCV) pour les praticiens hospitaliers (décret n°2006-1222 du 5 octobre 2006, et arrêté du 28 mars 2007). Il s'agissait d'établir un lien entre niveau d'activité et rémunération et donc d'améliorer l'attractivité de l'hôpital public, mais également de faciliter le développement de l'activité, en rémunérant davantage les praticiens les plus engagés à l'hôpital. Dans un premier temps, le dispositif ne s'appliquait qu'aux chirurgiens, dans un objectif de valorisation de la chirurgie publique fortement concurrencée par la chirurgie libérale, mais il était prévu de l'étendre ultérieurement à tous les statuts de médecins hospitaliers (notamment aux hospitalo-universitaires) ainsi qu'à toutes les disciplines et spécialités.

⁷¹ IGAS rapport N°2006-145P « Application du protocole d'accord du 24 août sur la chirurgie française », septembre 2006.

[282] La part variable complémentaire doit bénéficier aux praticiens qui s'engagent contractuellement dans une démarche d'optimisation de leur activité. Le contrat fixe annuellement des objectifs de qualité et des objectifs d'activité. Il ne peut être conclu que lorsque différents pré requis tenant à l'organisation de travail et à la lutte contre les infections nosocomiales sont remplis. Sont signataires du contrat le praticien, le responsable du pôle concerné et le directeur de l'établissement. L'analyse d'activité et de qualité s'effectue sur un certain nombre d'indicateurs et d'actes traceurs définis pour chaque spécialité chirurgicale. L'indemnité de PCV est attribuée sous forme d'un pourcentage de rémunération complémentaire qui peut atteindre jusqu'à 15 % des émoluments statutaires.

[283] La mise en place de ce dispositif a rencontré de grandes difficultés et au moment où la mission a effectué son enquête, seuls trois établissements s'étaient engagés dans des démarches de mise en place de la PCV. Plusieurs raisons expliquent la modestie des résultats⁷² :

- la complexité du dispositif élaboré et la difficulté à le mettre en œuvre dans un contexte de relative faiblesse des systèmes d'information. De ce point de vue on ne peut que regretter l'absence de démarches d'expérimentation préalablement à l'élaboration des textes ou simplement de prise en compte des enseignements de démarches analogues mises en œuvre dans d'autres organisations (voir plus loin la démarche dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
- le fait qu'initialement le dispositif ne concernait qu'une spécialité et donc laissait de côté des spécialités qui sont fréquemment associées dans la réalisation des activités de soin ;
- la difficulté à articuler la PVC avec la stratégie globale de l'établissement telle qu'elle est déclinée dans les contrats de pôle dont la préparation s'effectuait parallèlement ;
- l'absence d'une réelle prise en compte de la dimension du travail d'équipe et donc la difficulté à trouver un bon équilibre au sein des équipes médicales entre intéressement collectif et intéressement individuel ;
- le niveau limité de l'indemnité au regard du changement culturel requis. La mise à plat de l'emploi du temps des praticiens (déjà introduite par la réglementation en matière de permanence des soins mais loin d'être appliquée partout) comme le suivi de leur activité en terme de production d'actes et de qualité constitue un changement profond. L'idée de « rendre des comptes » et encore plus à une autorité administrative, n'est pas acceptée facilement.

[284] Du point de vue de la mission, ces difficultés devraient être une source précieuse d'enseignement pour le pilotage du système de rémunération. Il apparaît ainsi que la mise en place d'une différenciation de la rémunération fondée sur l'appréciation de la contribution individuelle à la performance collective ne peut être perçue comme légitime par les praticiens concernés sans un accompagnement managérial fort. Mais pour être appropriée par les praticiens, la démarche doit aussi s'inscrire dans une politique plus large de gestion des ressources humaines dans la mesure où il est très difficile de gérer les rémunérations sans articulation avec les parcours de carrière. Enfin il est à noter que plus les équipes médicales n'assument des missions diversifiées et qui requièrent une optimisation du temps de travail, moins les mécanismes purement individuels d'attribution d'éléments variables de rémunération paraissent adaptés.

[285] Les difficultés rencontrées montrent surtout les limites d'un pilotage centralisé des questions de rémunérations, que la création du CNG n'a pas fondamentalement fait évoluer à ce jour. Comme l'avait déjà constaté la Cour des comptes⁷³, les ARH sont très peu présentes sur le pilotage du système de rémunération, domaine où elles sont pratiquement dépourvues de leviers d'action. Même dans les rares cas où des compétences leur ont été confiées, elles sont peu actives : ainsi par exemple l'ordonnance du 4/09/2003 leur a confié le contrôle de l'exercice libéral à l'hôpital et comme cela a été indiqué précédemment, celui-ci est très peu mis en œuvre.

⁷² Voir notamment Rapport sur la part complémentaire variable remis par M L Geffoy, Conseiller Général des Etablissements de Santé (CGES) DHOS juillet 2008.

⁷³ Cours des comptes : rapport sur les personnels des établissements publics de santé (mai 2006).

[286] Les ARH comme la DHOS souffrent de la faiblesse des systèmes d'information des établissements hospitaliers (et d'abord des EPS) en matière de gestion des ressources humaines. Cette carence explique qu'au sein du système d'information (SNATIH) géré par l'Agence des Techniques d'Information Hospitalière (ATIH), il n'y a pratiquement aucune donnée concernant les rémunérations des médecins hospitaliers. Ce retard est lié au fait que la priorité a été donnée à la centralisation des données PMSI et notamment aux données utilisées pour la gestion de la tarification à l'activité. Mais c'est aussi la conséquence des difficultés d'articulation avec le système d'information des comptables publics. Dans la dernière période, l'ATIH a lancé des études sur les rémunérations des médecins dans le cadre de la démarche de convergence des tarifs des établissements publics et privés. Il faut signaler en sens inverse que la création du CNG devrait permettre de développer la production d'éléments d'information sur les rémunérations des praticiens des EPS à l'instar des études sur la rémunération de la permanence des soins déjà citée. Mais le développement des études implique une coordination des services de la DHOS du CNG avec ceux de la DREES.

[287] Enfin les directions d'établissement ont des marges de manœuvre limitées à l'intérieur du cadre statutaire actuel et dans le contexte de son application tel qu'il a déjà été évoqué. Elles n'accèdent pas à la connaissance des revenus des médecins du fait de l'opacité qui entoure certaines rémunérations (voir supra partie 3) et des lacunes des systèmes d'information déjà évoquées. Sur ce dernier point la mission a pu constater des évolutions favorables à l'AP HP. Celle ci va disposer en début d'année 2009 d'un nouveau système d'information des ressources humaines, ce qui va faciliter la gestion des rémunérations. Par ailleurs les orientations retenues pour le plan hôpital 2012 devraient permettre de soutenir le développement des systèmes d'information et de gestion modernes. L'action des directions des établissements est fragilisée par les insuffisances du système comptable, par la faiblesse du suivi de l'activité (voir supra partie 2) et par l'absence de procédures et de structures d'audit interne.

[288] De plus, au cours de l'enquête, la mission a pu constater que dans plusieurs établissements les directions n'avaient pas mené les contacts nécessaires avec les services de la CPAM de rattachement et s'étaient interdit de bénéficier des données détenues par l'Assurance Maladie (SNIIR-AM). Ils n'avaient donc pas une connaissance précise et actualisée de l'activité libérale des praticiens. Au total la mission a constaté une grande faiblesse en ce qui concerne le management des ressources humaines médicales notamment au sein des pôles et des services. Sur ce point aussi la mission a pu observer des changements positifs. Ainsi toujours à l'AP-HP, les échanges entre le siège et les directions d'établissement se sont intensifiées et permettent d'avoir une connaissance partagée des situations individuelles qui justifient un suivi personnalisé (par exemple celles des jeunes praticiens qui ont un fort potentiel) même si en l'état actuel du système de rémunération les capacités d'action réelles ont très limitées.

[289] Dans la dernière période des difficultés sont apparues en ce qui concerne la régulation de l'activité libérale et elles ont illustré de manière caricaturale les limites d'un mode d'action centralisé et normatif. Elaboré sans une réelle concertation avec les ARH ni avec et les directions d'établissement ou leurs représentants les plus concernés, un décret redéfinissant les redevances a du être profondément remanié sous pression des praticiens ou de leurs représentants sans que les questions les plus difficiles de l'exercice libéral puissent être prises en compte.

5.2. Une faible prise en compte des enjeux de long terme dans les politiques de rémunération

[290] Le système de santé est confronté à des évolutions en termes de démographie médicale, de développement des maladies chroniques et à des changements dans la prise en charge mais aussi dans les relations de complémentarité et de concurrence entre des établissements. Il apparaît que ces enjeux sont faiblement pris compte par le système de rémunération.

5.2.1. Les questions de démographie médicale

- [291] Les différents rapports de l'ONDPS⁷⁴ ont fait apparaître l'ampleur des contraintes qui vont résulter du nouveau contexte démographique. Celui-ci va rendre nécessaire une optimisation de l'emploi des ressources médicales. Or il est difficile de dissocier les questions de démographie médicale de celles de la rémunération des médecins dans les établissements de santé. Les disparités de rémunération entre spécialités ont un impact sur les choix d'orientation des jeunes professionnels. Cet impact est difficile à mesurer précisément. L'attractivité d'une spécialité est déterminée par de multiples facteurs. On peut constater toutefois que la hiérarchie des choix à l'examen classant national est proche de celle des rémunérations. De ce point de vue, il apparaît une situation particulièrement préoccupante de déséquilibres entre régions et entre spécialités à moyen terme. Un certain nombre de disciplines ou de spécialités rencontre des difficultés touchant à leur répartition aussi bien régionale qu'entre le public et le privé.
- [292] La situation actuelle introduit de fortes distorsions dans la capacité de disposer d'une offre de soins hospitaliers répondant aux besoins de la population sur un territoire donné et permettant également d'assurer un bon équilibre entre complémentarité et concurrence au sein de ces établissements. Au sein des établissements publics de santé, le système actuel souffre d'une rigidité dans la gestion des ressources médicales qui ne lui permet pas de s'adapter aux évolutions de l'offre de soins qui peuvent être rendues nécessaires soit par une meilleure connaissance des problèmes de santé de la population du territoire, soit par des variations dans l'activité des autres établissements du territoire, soit par des changements internes à l'établissement.
- [293] Au mode de gestion - extrêmement centralisé - des médecins s'ajoutent une hétérogénéité forte des catégories de personnels médicaux⁷⁵ qui entrave une vision globale des compétences nécessaires et l'incapacité d'adapter les rémunérations en fonction de l'activité réelle des équipes médicales. Ainsi, les établissements publics de taille modeste sont tentés de trouver des formes complémentaires de rémunérations pour garder des médecins et parvenir ainsi à reconstituer ou à maintenir une activité, sans qu'une approche territoriale et de complémentarité des structures puisse être proposée.

5.2.2. Les questions de coordination ville hôpital dans les prises en charge

- [294] Le système de santé va devoir assurer des progrès en terme de qualité notamment pour la prise en charge des maladies chroniques, et pour ce faire développer le décloisonnement ville hôpital, le renforcement du premier niveau de recours aux soins et l'accessibilité aux structures de soins. Or les systèmes de rémunération consacrent la dichotomie ambulatoire hôpital, et font apparaître une hiérarchie des rémunérations qui est défavorable aux spécialités cliniques et valorise les actes médico-techniques au détriment des actes intellectuels et ne favorisent pas la coordination et la qualité des prises en charge.

⁷⁴ Voir notamment rapport annuel 2006 2007 de l'ONDPS.

⁷⁵ Cette extrême diversité statutaire a été rappelée récemment par la Cour des comptes : Les personnels des établissements publics de santé, Cour des comptes, mai 2006.

[295] La question de la rémunération des médecins dans les établissements de santé ne peut être totalement séparée de l'évolution de la médecine ambulatoire et ce pour de multiples raisons. L'engorgement des urgences hospitalières marque une incapacité de notre système à diriger une majorité des patients vers la médecine ambulatoire, pourtant appropriée et moins coûteuse⁷⁶. Mais surtout la forte étanchéité entre soins ambulatoires et soins hospitaliers n'est plus compatible avec l'évolution rendue nécessaire de notre système de soins. La pression conjuguée d'un vieillissement de la population, d'un accroissement des problèmes de santé chroniques ou des poly-pathologies et le développement rapide de l'innovation technologique tant pour le diagnostic que pour le traitement oblige à revoir en profondeur les modalités de prise en charge. Or les modes de rémunération, tant pour l'ambulatoire que pour l'hospitalier, ne permettent pas de diffuser des pratiques privilégiant la continuité de la prise en charge. Ainsi en est-il des activités de prévention ou d'éducation thérapeutique, qui peuvent être partagées entre l'hôpital et la pratique de ville, mais pour lesquelles ni le financement à l'acte, ni le salariat au sein des établissements ne répondent à la nécessité d'une prise en charge globale du patient. Une autre illustration de la limite du système actuel se trouve dans le développement des réseaux de santé, qui peinent à sortir de démarches expérimentales⁷⁷, malgré l'intérêt conceptuel qu'ils représentent pour assurer une continuité des soins préventifs et curatifs.

5.2.3. Les questions de concurrence et complémentarités d'évolution de l'offre de soins hospitalière

[296] La participation des établissements privés et PSPH aux missions d'intérêt général, (permanence des soins, enseignement et recherche, etc.) est préconisée dans le rapport Larcher et le projet de loi de réforme de l'hôpital comporte des dispositions en ce sens. Elle est rendue souhaitable par l'intérêt d'organiser la complémentarité pour rendre plus efficace la mise en œuvre de ces missions. Mais elle va conduire à rapprocher davantage les conditions de participation des établissements publics et privés aux missions de service public et va déboucher sur des modes de rémunération assez homogènes en vertu d'un principe de «à travail égal salaire égal».

[297] Par ailleurs, les règles différentes qui persistent entre le public et le privé ne sont pas de nature à favoriser des partenariats ou des concurrences dans des conditions transparentes. D'une part, au niveau des établissements, le rapport de la mission présidée par M Gérard Larcher a souligné le manque d'explicitation du rôle de l'hospitalisation privée, notamment dans le cadre d'une participation au service public hospitalier incluant l'ensemble des missions d'intérêt général et les obligations de service afférentes⁷⁸. D'autre part, les modes différents d'application de la tarification à l'activité (TAA) dans les établissements publics et privés conduisent à rendre très difficiles des comparaisons d'activités des médecins, ce qui ne permet ni aux autorités publiques, ni aux organismes de tarification, ni aux patients de mesurer précisément les différences de prise en charge entre deux équipes médicales pour des pathologies homogènes. La mission n'a pas pu mettre en évidence de conséquences de ces règles différentes en termes de transferts massifs de praticiens du public vers le privé ou inversement. Il apparaît toutefois des passages individuels vers le privé qui sont notés par les établissements publics, notamment dans certaines disciplines comme la radiologie.

⁷⁶ « Sur les 14 millions de passages par an dans les services d'urgence, 11 millions sont injustifiés et ne relèvent pas des urgences dont 8,8 millions ont lieu pendant les heures ouvrables et 50% de ces patients ont des symptômes depuis plus de 48 heures ». Communication du Dr Tarpin, d'Espace généraliste. Dans : A. Flajolet : Peut-on réduire les disparités de santé. Rapport remis le 15 avril 2008 à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. La documentation française.

⁷⁷ IGAS : rapport de synthèse N° 2006-022 de mai 2006 « contrôle du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FASQV) et de la dotation régionale de développement des réseaux (DDR) et évaluation de la contribution de ces dispositifs à la mise en place des réseaux de santé ».

⁷⁸ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, remis au président de la République le 10 avril 2008.

[298] Dans une première période la mise en place de la TAA s'est faite dans des conditions spécifiques pour les EPS et les PSPH d'un côté et, de l'autre, l'hospitalisation privée à but lucratif. Mais dans les deux secteurs, la part de la production de soins couverte par la TAA a augmenté et va atteindre 100% ; par ailleurs le Parlement a fixé un objectif de convergence des échelles tarifaires à l'échéance de 2012. Or, sauf à fausser profondément les relations concurrentielles, il est difficile d'envisager que les coûts salariaux des deux secteurs soient « structurellement » différents c'est à dire que du seul fait de l'actionnariat de l'établissement, le coût salarial pour une même prestation médicale soit différencié.

6. DE NOUVELLES ORIENTATIONS POUR LES POLITIQUES DE REMUNERATION

[299] Comme évoqué dans la première partie, les deux systèmes de rémunération, le paiement à l'acte des libéraux et le salariat (que ce soit dans le cadre des statuts de PH ou dans celui de la convention collective pour les médecins des établissements PSPH) fonctionnent mais avec des difficultés croissantes à la fois sur le plan de l'efficacité, c'est-à-dire de leur contribution à la performance du système de santé et sur celui de l'équité entre professionnels. Dans un contexte de forte tension démographique, il ne peut être exclu un retentissement en termes d'inégalités de recours aux soins pour les patients si la ressource médicale n'est pas utilisée de manière efficiente. Il est donc souhaitable de faire évoluer les systèmes existants pour qu'ils conduisent à une rémunération motivante pour tous les professionnels quels que soient leurs lieux d'exercice, qu'ils facilitent l'émergence d'une gestion moderne des ressources humaines médicales et donc le développement des compétences dans le sens d'une adaptation aux besoins et d'une offre de services de soins performants et accessibles pour tous.

[300] La mission préconise donc une réorientation profonde des politiques de rémunérations. L'économie générale de la démarche est de fonder davantage les rémunérations des médecins et chirurgiens sur la base d'une analyse objectivée de l'activité médicale et de la prise en compte de ses résultats. Toutes les activités des médecins et chirurgiens hospitaliers devraient pouvoir être valorisées en fonction du temps qui leur est consacré par les praticiens mais aussi des compétences, de la responsabilité et de la pénibilité ainsi que du coût de l'environnement médico-technique qui permet leur réalisation. Cette évolution devrait permettre de progresser dans l'application d'un principe d'équité, c'est-à-dire de garantir qu'une même activité médicale est valorisée dans les mêmes conditions quels que soient la spécialité, le mode d'exercice (libéral ou salarié) ou le statut juridique de l'établissement hospitalier d'accueil.

[301] Cette approche ne vise pas à uniformiser les rémunérations, bien au contraire. La médecine, comme toutes les autres activités, s'exerce dans des conditions diversifiées suivant les spécialités et au sein de celles ci suivant les praticiens. Il est donc normal et souhaitable que les rémunérations des praticiens soient différenciées. Mais cette différenciation doit être fondée entre spécialités sur les niveaux de responsabilité, de pénibilité et de coût de la pratique et entre les praticiens d'une même spécialité sur les différences de niveau d'activité et de résultats obtenus. Dans ce sens, il est nécessaire de faire évoluer les principes de rémunération des médecins pour diversifier et mieux combiner plusieurs modalités de rémunération (à l'acte, au forfait et à la capitation) et intégrer des critères de qualité. Il faut aussi développer dans les établissements hospitaliers un management des équipes médicales qui aboutisse à une gestion contractuelle du lien entre rémunération d'un côté et activité et résultats de l'autre.

[302] Les propositions présentées ci après s'inspirent très étroitement de celles contenues dans les différents rapports déjà évoqués de la cour des comptes, du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), de la mission Larcher, et du rapport remis à la ministre par MM Aubart, Cuq et Valencien. Elles intègrent également les propositions présentées par le député Marc Bernier sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire⁷⁹ qui, bien qu'axées sur l'offre de soins de premier recours, insistent également sur un maillage hospitalier du territoire qui exploite les complémentarités entre établissements, intègrent l'hospitalisation privée dans l'offre de soins et prône une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital.

[303] La mission est consciente que la mise en œuvre de ces propositions, si elles étaient retenues, ne peut se faire que sur le moyen terme. Elles supposent des travaux techniques complexes et pourraient justifier une revalorisation non négligeable des rémunérations des praticiens des spécialités reposant sur des activités essentiellement cliniques, dont le coût devrait être nécessairement étalé sur une longue période. La mission insiste toutefois sur la nécessité d'engager ce chantier dans les plus brefs délais à la fois en raison de l'importance et de la complexité des travaux préparatoires, mais également pour engager dès à présent les partenaires conventionnels et les associations professionnelles sur la base de cette approche, enfin pour que les mesures à court terme qui devront être prises soient cohérentes avec la transformation à moyen terme du mode de rémunération des médecins dans les établissements de santé.

6.1. *Elaborer une nouvelle CCAM pour refonder les rémunérations sur des bases plus objectives et en cohérence avec les enjeux stratégiques du système de soins et en assurer une actualisation régulière dans le cadre de la discussion conventionnelle*

6.1.1. Une rémunération à l'activité pouvant combiner plusieurs modalités et intégrant des critères de qualité

6.1.1.1. Des modes de rémunération diversifiés

[304] De nombreux travaux ont été menés, notamment dans les pays anglo-saxons, sur les avantages et inconvénients des différentes formes de rémunération : la rémunération à l'acte, le salariat, la rémunération à la capitation. Ces travaux sont souvent axés sur la médecine ambulatoire (general practitioner ou primary care)⁸⁰. Un document spécifique couvrant l'ensemble du sujet a toutefois été produit pour la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par une équipe franco-québécoise⁸¹. Ce rapport indique qu'il n'existe pas de mode alternatif à ces trois différents « grands standards ». Les auteurs passent ensuite en revue, sans conclure, des initiatives menées dans différents pays : incitations variées au sein de la rémunération individuelle, incitations conjointes à un niveau individuel et collectif, incitations financières associées à des incitations d'un autre ordre (information, références de pratiques ...).

⁷⁹ Rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, présenté par M ; Marc Bernier, député. Assemblée nationale. 30 septembre 2008.

⁸⁰ Voir entre autres les travaux de Gosden et al., ou de Iversen et al.

⁸¹ Michel Grignon, Valérie Paris et Dominique Polton : L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité des systèmes de soins. Etude No 35. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Novembre 2002.

- [305] Plus récemment, une synthèse de la littérature a été effectuée par la direction générale du trésor et de la politique économique (DGTPE)⁸². Cette analyse détaille les avantages et inconvénients des trois modes de rémunération. Elle souligne que le mode de rémunération mixte peut être une solution, mais insiste pour que l'introduction de forfaits ne devienne pas « un effet d'aubaine pour les médecins, sans contrepartie sur le niveau des soins dispensés ». Elle préconise également, plutôt qu'un plafonnement individuel d'honoraires, la mise en place de « droits à tirage » qui régulent le volume de soins produit par patient, à condition toutefois qu'il soit possible de fixer un quota d'actes pertinent.
- [306] Ces analyses confortent l'intérêt d'une diversification des modes de rémunération notamment dans la perspective d'une valorisation plus objective des activités cliniques dont il a été montré (voir parties 2 et 3) qu'elles sont relativement mal prises en compte à l'heure actuelle. Cette évolution apparaît souhaitable compte tenu à la fois de l'évolution des pathologies et de leurs modes de prises en charge et de la diversification souhaitable de l'activité dans les établissements.
- [307] Autrefois dominée par les pathologies infectieuses et les épisodes aigus, l'activité médicale se déplace prioritairement vers des pathologies chroniques, auparavant mortelles et qui ont aujourd'hui trouvé des thérapeutiques permettant l'allongement de la durée de vie sans incapacité majeure (diabète, maladies inflammatoires du tube digestif, pathologies inflammatoires articulaires, maladies cardio-vasculaires, cancers, etc. ...). De même les maladies émergentes évoluent rapidement vers des pathologies chroniques, ainsi que l'a montré l'évolution de la séropositivité au VIH⁸³. Elles sont prises en charge selon le stade de la maladie et les ressources locales disponibles, indifféremment dans l'un et l'autre des secteurs de soins (ambulatoire ou hospitalier). Les modes de rémunérations doivent aussi prendre en compte l'évolution des pratiques, et notamment la tendance croissante à la spécialisation, et même à la « sur spécialisation », particulièrement dans les spécialités reposant sur des actes techniques.
- [308] Dans ce contexte, le système de rémunération doit favoriser une amélioration de la prise en charge globale du patient. Il doit prendre en compte la valeur ajoutée du médecin pour restaurer la santé du patient et pas seulement une succession d'actes techniques isolés et cumulatifs dont la contribution aux soins ne répond pas à une stratégie cohérente dans la prise en charge. Celle-ci doit se traduire par une progression pas à pas vers le diagnostic, la mise en route d'un traitement et la guérison des désordres observés, la stabilisation de l'état du patient pour ceux qui sont atteints de pathologies chroniques ou l'accompagnement palliatif dans les situations de fin de vie.
- [309] Cette évolution des pratiques, autant que celle des attentes des professionnels devra aussi effacer progressivement la césure qui persiste encore fortement entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière et assurer le plus possible la prise en charge en ambulatoire. Dans ce sens une rétribution alliant les différents modes de rémunération, selon des modalités à définir à partir des expérimentations déjà engagées (notamment à travers les prestations dérogatoires mises en œuvre dans les réseaux de santé financés par le FIQCS) doit permettre une indemnisation équitable de l'investissement intellectuel et du temps consacré par le médecin à la prise en charge des patients dont il a la charge.
- [310] La place particulière d'une forme d'établissement, l'hôpital local, devra également être considérée dans cette articulation entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Dans un contexte caractérisé par une croissance de populations vieillissantes, demandant un abord global qui intègre des soins multiples et la prise en charge de la dépendance et de ressources médicales rares, imposant de trouver les niveaux pertinents d'intervention, l'hôpital local peut être un lieu innovant qui intègre le médecin généraliste dans un cadre hospitalier de proximité. Il peut constituer une réponse pertinente et originale à plusieurs titres :

⁸² Valérie Albouy, Muriel Deprez : Mode de rémunération des médecins. Trésor-Eco, No 42, septembre 2008.

⁸³ Cette évolution est qualifiée de transition épidémiologique, par analogie à la transition démographique. Voir André Prost : les évolutions de la situation sanitaire mondiale. Actualités et dossiers en santé publique. No 23 juin 1998. pp II-VII.

- pour faire face au besoin de désengorgement des urgences que ce soit en amont (en évitant l'envoi vers les urgences) ou en aval (en trouvant rapidement une formule de retour après la délivrance de soins spécialisés),
- pour répondre à la demande de suivi des pathologies chroniques qui intègrent des soins médicaux peu technicisés et des soins de « nursing »,
- pour assurer la continuité entre l'hôpital, l'ambulatoire et les structures d'hébergement,
- pour expérimenter de nouvelles organisations de territoire et des évolutions des modes de rémunérations des médecins généralistes au sein de ces structures.

[311] Au total il apparaît ainsi que les modes spécifiques de rémunération des médecins se retrouveront de moins en moins à l'état pur et devront être combinés en fonction des pathologies, des modes de prises en charge et des types de spécialités dans le cadre de chacun des modes d'exercice, qu'il soit libéral ou salarié.

6.1.1.2. Une plus grande prise en compte de la performance dans la rémunération

[312] Comme cela a été évoqué dans la première et la deuxième partie, les systèmes de rémunération, que soit ceux des médecins libéraux qui exercent en ville ou en établissement hospitalier ou ceux des praticiens salariés, font peu de place à la prise en compte de la dimension qualité. Or il apparaît nécessaire d'amplifier les évolutions en cours non seulement au niveau de l'inscription des professionnels dans une démarche active d'amélioration continue de la qualité, mais également de la sécurité et de l'efficacité des soins délivrés. Il est important de mettre en œuvre une démarche progressive en commençant par la définition et le suivi d'objectifs et d'indicateurs centrés sur les moyens et les procédures avant d'intégrer ensuite des indicateurs de résultats.

[313] La mission a pris connaissance de travaux publiés récemment sur le sujet dont notamment :

- Pour ce qui concerne la médecine de premier recours, un rapport de l'IGAS, basé sur des expériences étrangères, a proposé des pistes de réflexion sur les conditions de son application en France⁸⁴ ;
- Un rapport récent sur la rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français⁸⁵. Ce travail est issu d'un colloque tenu le 6 février dernier⁸⁶ dans le cadre du projet COMPAQH (INSERM), qui associait conjointement la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'assurance maladie.

[314] Si les Etats-Unis et la Grande Bretagne font figure de précurseurs et de leaders au regard de ces initiatives sur la performance, d'autres pays (Canada, Australie, Nouvelle Zélande, Israël, Allemagne) se sont engagés à leur suite dans ces démarches. Dans ces pays, le développement de la qualité a été soutenu par des mesures incitatives positives le plus souvent, parfois assorties de pénalités. Même si le recul est limité, il apparaît que leur impact a été significatif, quoique parfois modeste. Certains effets inattendus ont été observés, qu'il s'agisse du biais de sélection aux dépens de populations précaires chez lesquelles les objectifs sont plus difficiles à atteindre ou, au contraire, de l'investissement des professionnels dans le système d'information.

[315] Le contexte différent de l'organisation des soins en France limite la possibilité de transfert immédiat de ces nouvelles modalités de rémunération. Toutefois, quatre points clés sont susceptibles de permettre une transposition partielle et adaptée :

⁸⁴ Rapport IGAS « Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères ». Septembre 2008.

⁸⁵ « Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : Etat des lieux et perspectives » - rapport du groupe COMPAQH – 2008, 36 pages.

⁸⁶ COMPAQH (INSERM). Compte rendu du séminaire « Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français ». (2008). 6 février 2008. HAS – Ministère de la santé - assurance maladie ; accessible sur <http://www.compaqh.fr>.

- le programme doit cibler, soit collectivement soit individuellement, les professionnels et les établissements mais il peut aussi influencer le comportement des patients s'il comporte des incitations financières modulant leur reste à charge,
- un ensemble d'indicateurs ciblant les différents domaines de la qualité doit permettre d'appréhender les résultats en termes de structure, de processus et de résultats cliniques. Le système d'information à développer doit permettre de recueillir ces indicateurs en routine,
- plusieurs programmes comportent des incitations en termes de rémunérations à des niveaux parfois significatifs, surtout dans l'expérience anglaise où l'incitation positive s'est superposée à une volonté politique d'augmenter substantiellement le revenu des médecins⁸⁷. Aux Etats-Unis, l'incitation positive s'est située dans la fourchette 1 à 10%, la moyenne étant à 3-4%. Ce niveau pourrait faciliter l'adhésion des professionnels,
- l'incitation est donc plutôt positive, la pénalité étant moins fréquente. Une autre forme d'incitation négative consiste à moins rembourser les soins secondaires à des conséquences négatives d'une prise en charge inadaptée, tels les événements indésirables. Mais cette pratique est de nature à décourager les initiatives de déclaration et de prévention de ces événements.

[316] Au total, l'efficacité de ces démarches se juge donc sur l'amélioration observée de la qualité. Aux Etats-Unis, lors de la mise en œuvre des plans de développement de la qualité, l'amélioration des scores s'est accompagnée d'une diminution parallèle de la variance des pratiques, donc un resserrement autour de la moyenne, et d'une diminution de la mortalité dans les domaines où elle a été mesurée. Dans deux domaines où elle a été mesurée – l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque – l'amélioration des indicateurs a été plus significative au sein des établissements où le score initial était le plus médiocre et la réduction des coûts a été estimée à 600€ par patient. La projection sur tout le territoire américain de ces démarches laisserait augurer une économie de 70 000 vies humaines. En Grande Bretagne, une amélioration a été observée concernant le diabète. Ces premiers résultats demandent à être confirmés. Le suivi doit être très précis pour détecter rapidement d'éventuels détournements telle l'exclusion de patients à risque ou la fragmentation des soins. Enfin, tant en Grande Bretagne qu'aux Etats-Unis, une forte progression des systèmes d'information a été observée.

[317] Il paraît particulièrement important de distinguer ce qui relève de l'amélioration de la qualité de ce qui vise à atteindre un objectif d'efficacité et d'apprécier l'impact des différentes incitations. Ainsi la diffusion publique des résultats apparaît efficace surtout pour les établissements dont la marge d'amélioration est faible. Les incitations financières valorisant ceux qui assurent le recueil de données et leur remontée ont un impact certain. Les indicateurs utilisés pour mesurer l'efficacité⁸⁸ sont des indicateurs de ressources et visent surtout à comparer le coût réel au coût théorique des services médicaux. Les mesures d'efficacité peuvent être fondées sur la population pour ajuster les coûts sur le malade avec ses co-morbidités ou sur l'épisode de soins en l'ajustant sur la complexité de la maladie.

[318] La spécificité culturelle du contexte anglo-saxon ne dispense pas d'engager une réflexion sur les modalités d'application au contexte sanitaire français de la rémunération à la performance, d'autant que ce mouvement répond à une demande collective implicite forte des professionnels et des patients, même si elle n'est pas encore clairement formalisée. La publication des classements, la création du site « Platines » en sont des illustrations comme l'est l'insatisfaction pour les professionnels des modes actuels de paiement en termes de reconnaissance du travail accompli, alors que la mesure de la qualité est aujourd'hui techniquement possible. Différentes démarches engagées ces dernières années, tels les contrats de bonne pratique en médecine libérale et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou les contrats de bon usage du médicament en milieu hospitalier ont permis de faire évoluer les conceptions.

⁸⁷ Dans un pays où la part des dépenses de santé dans le PIB reste inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE.

⁸⁸ Définie comme la minimisation les moyens mis en œuvre pour atteindre un résultat donné ou bien la maximisation le résultat pour un niveau de moyens mis en œuvre.

6.1.2. Relancer la démarche CCAM en renouvelant assez profondément ses modalités d'élaboration et de mise en œuvre

Recommandation n°1 : Elaborer une nouvelle CCAM, différenciée selon les spécialités, étendue à toutes les activités et valorisant les charges liées à l'environnement des activités médicales de manière articulée avec la tarification des établissements

- [319] Comme cela été indiqué plus haut, la CCAM ne porte actuellement que sur les actes techniques. La préparation d'une CCAM clinique a débuté en 2006, mais n'a toujours pas abouti et il est peu probable qu'elle puisse être menée à bien dans les conditions actuelles. En effet, les entretiens menés par la mission aussi bien que les analyses qui ont été produites sur le sujet ont fait apparaître les limites d'une approche duale qui vise à faire coexister deux systèmes : l'un, la CCAM technique, reposant sur des actes bien codifiés et pour lesquels un accord est trouvé sur une valorisation hiérarchisée intra et interdisciplinaire ; l'autre, la CCAM clinique, tentant d'établir une hiérarchisation des consultations, de l'activité clinique ou de coordination des soins selon leur contenu, sans tenir compte de la spécialité de celui qui l'effectue. Une telle approche risque d'être source de difficultés récurrentes dans les négociations, puisque les référentiels sur lesquels reposent ces deux exercices sont profondément différents. Elle ne permet pas une approche globale des rémunérations pour les praticiens d'une spécialité donnée. Enfin, elle ne correspond pas à la pratique quotidienne dans plusieurs spécialités (y compris la médecine générale) où plusieurs types d'actes peuvent être réalisés (consultations, actes techniques de base, comme de la petite chirurgie, voire actes techniques plus lourds). Il y a donc un risque que la construction d'une CCAM clinique juxtaposée à la CCAM technique ne permette pas un meilleur équilibre entre la valorisation respective des actes techniques par rapport aux actes cliniques.
- [320] C'est pourquoi la mission préconise une approche différenciée par bloc de spécialités. Pour chacun d'entre eux serait élaborée une classification commune spécifique. Celle-ci reprendrait les éléments déjà présents dans la CCAM technique, mais s'y ajouterait des actes essentiellement cliniques, intégrant mais non limités aux consultations habituelles. Une fois les blocs de spécialités définis, une phase de discussions et de négociations devrait être rapidement engagée, afin d'élargir les éléments déjà contenus dans la CCAM technique aux actes reposant uniquement ou à titre principal sur la clinique. Cette intégration devrait permettre de définir la place souhaitée pour l'activité à orientation clinique au sein de chaque bloc, et de lui accorder un niveau relatif de rémunérations par rapport aux actes techniques.
- [321] Par cette approche, le mode de construction des rémunérations au sein de chaque spécialité et entre spécialités pourrait être objectivé. Cela permettrait de redéfinir une politique de rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers sur des bases solides et de donner des impulsions nouvelles par le biais des rémunérations au développement de nouvelles activités correspondant à l'évolution des prises en charge. Ainsi pourrait être obtenue une revalorisation de l'acte clinique et à travers celle-ci une amélioration de la prise en charge longitudinale de patients atteints de pathologies chroniques. De la même manière, ce système permettrait d'obtenir un rééquilibrage entre les actes techniques simples et répétitifs et les actes lourds et complexes. Il devrait assurer une meilleure cohérence entre le mode de financement des établissements de santé et celui de la pratique ambulatoire et permettre à terme un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière (et notamment en favorisant la coordination entre le premier niveau de soins et les soins spécialisés).

6.1.3. Une démarche différenciée par grands blocs de spécialité

- [322] La mission propose de retenir une démarche différenciée en regroupant les spécialités par grands blocs homogènes. Le critère le plus pertinent paraît être la part respective des actes médico-techniques et cliniques dans les actes réalisés. Dans le cadre d'études sur la CCAM technique, les services de la CNAMTS ont été amenés à définir des groupes de spécialités. Le département des actes médicaux de la CNAMTS a réalisé pour la première fois une analyse des données issues du codage des actes pour une année entière (l'année 2006) à partir de la base ERASME (Extraction, recherches et analyses pour un suivi économique)⁸⁹.
- [323] Cette analyse montre que, en libéral, plus de la moitié des honoraires remboursables (56%) sont concentrés sur trois spécialités : radiologie, chirurgie et anesthésie-réanimation. Ce document précise, sur la base des données présentées dans le tableau 33 : « La proportion d'honoraires remboursables facturés en CCAM sur l'ensemble des honoraires d'une spécialité permet de distinguer les spécialités selon qu'elles sont techniques, mixtes ou cliniques »⁹⁰.

⁸⁹ Ce codage est disponible pour environ 74% des actes, car il correspond au régime général, hors sections locales mutualistes.

⁹⁰ CNAMTS : un an de codage CCAM en secteur libéral. Points de repère. No14, mars 2008.

Tableau 33 : Part pour chaque spécialité des honoraires versés sur la base de la CCAM par rapport aux honoraires totaux

Spécialité	%honoraires CCAM/honoraires totaux ¹ (2007)
Radiodiagnostic et imagerie médicale	97,9%
Chirurgie	70,7%
Anesthésie et réanimation chirurgicale	81,6%
Cardiologie	73,0%
Ophthalmologie	48,8%
Médecine générale et à mode d'exercice particulier	5,3%
Gynécologie médicale et obstétricale	47,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	73,3%
Oto-rhino-laryngologie	64,0%
Oncologie-radiothérapie	89,9%
Médecine nucléaire	97,6%
Pneumologie	81,5%
Rhumatologie	47,1%
Dermato et vénéréologie	20,8%
Néphrologie	85,3%
Neurologie	58,3%
Médecine physique et de réadaptation	32,3%
Pédiatrie	5,1%
Autres spécialités ²	6,7%

Source : ERASME National VI. CNAMTS

1 hors permanence des soins / 2 Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro-psychiatrie, psychiatrie générale, anatomo-cyto-pathologie, oncologie médicale, hématologie

[324] En fonction de ces découpages identifiés pour la médecine libérale, mais en affinant ces éléments, la mission a identifié sept grands blocs de disciplines médicales et chirurgicales. Il s'agit des domaines suivants :

- chirurgie et anesthésie-réanimation, en raison de leurs contraintes particulières, à la fois de pénibilité, mais également de permanence des soins,
- spécialités à actes médico-techniques majoritaires (plus de 70% d'actes techniques valorisés). Dans les données issues de la CNAMTS, il s'agirait de la cardiologie, de la gastro-entérologie et hépatologie, de l'oncologie-radiothérapie, de la pneumologie et de la néphrologie,
- spécialités principalement cliniques (moins de 30% d'actes techniques valorisés). entreraient dans cette catégorie la pédiatrie, la dermatologie, mais aussi fort probablement la médecine interne, la psychiatrie ou la gériatrie,
- spécialités mixtes, entre 30 et 70% d'actes techniques valorisés : l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, la gynécologie⁹¹, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation,
- imagerie, anatomo-cyto-pathologie et biologie, spécialités ayant en commun à la fois une forte prégnance des actes techniques, et la caractéristique de spécialité de « deuxième ligne », par rapport au patient,

⁹¹ Si l'on retient la classification de la CNAMTS. Une autre proposition pourrait être de séparer gynécologie médicale et obstétrique, l'obstétrique rejoignant le premier groupe en raison des aspects de permanence des soins

- médecine générale et urgences, pour leur caractéristique particulière de soins de premier recours,
- fonctions d'appui nécessaires à la pratique médicale, mais sans contact direct ou de « seconde ligne » avec le patient (DIM, santé publique, hygiène hospitalière...).

[325] Cette classification pourrait faire l'objet d'une première validation technique auprès de la HAS, en partenariat avec les organisations professionnelles, afin de mettre en évidence l'homogénéité des pratiques au sein de chacun des blocs et en considérant l'ensemble de l'activité (en secteur libéral et en secteur hospitalier public ou PSPH). Au terme de ces travaux, la classification retenue pourrait servir de cadre pour la mise en place, dans chacun des blocs, d'une démarche d'élaboration d'une nouvelle CCAM.

6.1.4. Une nouvelle CCAM couvrant toutes les activités médicales

[326] La mission préconise d'étendre le champ de la CCAM actuellement limité aux actes médico-techniques à l'ensemble des activités médicales. Il s'agirait ainsi de couvrir tout le champ des activités médicales correspondant aux différentes étapes des prises en charge qu'elles soient menées en ambulatoire ou dans les établissements hospitaliers publics ou privés. Il serait ainsi possible de promouvoir une approche globale des prises en charge et une valorisation des activités médicales intégrant le plus possible l'amont et l'aval hospitalier. Ce mode d'élaboration de la nouvelle CCAM permettrait de bien prendre en compte les activités médicales correspondant à la prise en charge des maladies chroniques. Il pourrait conduire à l'introduction de modes de rémunération forfaitaires ou à la capitation dans des conditions qui seraient organisées dans le cadre de référentiels de bonnes pratiques validées par la HAS.

[327] Pour chaque bloc de spécialité proposé plus haut et donc pour toutes les spécialités de chaque bloc, l'ensemble des activités serait analysé et pondéré avec des critères tels que la compétence, la responsabilité et la pénibilité. L'analyse des activités puis leur valorisation devraient permettre une meilleure prise en compte des exigences de qualité et de sécurité.

[328] A court terme, il s'agirait notamment de prendre en compte en les valorisant de manière spécifique des activités telles que :

- les consultations de prévention telle que la consultation annuelle pour les personnes de plus de 70 ans, les différents bilans pour les nourrissons et enfants d'âge préscolaire ou scolaire,
- les activités d'éducation thérapeutique du patient,
- les réunions pluridisciplinaires autour d'un patient telles que les réunions de coordination pluridisciplinaires (RCP) mises en place dans le cadre du plan cancer,
- des consultations longues mises en œuvre à certaines étapes des prises en charge : dispositif d'annonce dans le cadre du plan cancer, consultations mémoire préconisées dans le plan Alzheimer...

[329] Cette démarche pourrait constituer un facteur de meilleur équilibre des rémunérations entre spécialités et sa mise en œuvre serait un facteur de réduction des disparités de rémunérations non justifiées.

6.1.5. Une valorisation des charges liées à l'environnement des activités médicales établie en liaison avec l'évolution de la tarification à l'activité

[330] L'élaboration de la première CCAM avait permis un travail très approfondi sur la prise en compte dans les tarifs des charges liées à l'environnement, dénommées « coût de la pratique ». Mais depuis le début de sa mise en œuvre en 2005, la CCAM n'a pas fait l'objet d'une actualisation. Les analyses du coût de la pratique doivent être reprises pour tenir compte des changements intervenus ces dernières années. Il faut donc relancer, de façon partenariale avec les représentants du corps médical, des travaux sur l'analyse du coût de la pratique en différenciant les activités réalisées :

- en cabinets simples,
- dans des cabinets de groupe qui disposent d'un minimum de plateau technique,
- en hôpital général ou en clinique, c'est-à-dire en cabinet de consultation et sur un plateau technique.

[331] Pour ce faire, il faut développer des outils d'analyse sur les actes en priorisant dans chaque spécialité les actes fréquents ou à tarif élevé pour préciser ce qui est rémunéré par la CCAM et ce qui est financé dans le cadre des tarifs de GHS. Ces études permettraient de mieux apprécier les évolutions en cours en matière de partage des charges entre le praticien et l'établissement. Il y a quelques années le matériel était initialement acquis par le praticien qui en gérait l'entretien et le renouvellement. Mais la tendance est à l'heure actuelle en faveur d'un investissement par l'établissement, le praticien couvrant les charges correspondantes au moyen d'une redevance (appliquée aux actes effectués par le praticien). Plus l'investissement est important, plus ce schéma se développe.

[332] Mais il s'agit aussi de garantir une articulation efficace entre la tarification de la CCAM et celle des établissements hospitaliers dans le cadre de la mise en place de la convergence des tarifs entre secteur public et secteur privé (intersectoriel) et au sein de chacun des secteurs (intra sectoriel). L'intégration de la rémunération des activités médicales dans le tarif des GHS doit se faire de manière neutre par rapport à la propriété juridique des outils de travail qui constituent l'environnement des activités. Elle doit prendre en compte les exigences qui découlent de la démarche de convergence tarifaire entre hôpitaux publics et cliniques privées. Celle-ci est en soi une incitation à l'harmonisation des rémunérations. Au minimum, elle suppose de clarifier les conditions d'articulation des rémunérations des praticiens avec la tarification à l'activité des établissements. Or pour le moment coexistent deux modalités d'articulation très différentes : pour les praticiens du public, leur rémunération est intégrée dans le tarif de chaque GHS donc le tarif est « tout compris » et, pour les praticiens libéraux qui exercent en cliniques privées, leur rémunération est prise en compte séparément par les tarifs CCAM, le tarif des GHS intégrant les charges autres que la rémunération des actes des praticiens.

[333] Plusieurs modalités alternatives sont possibles pour articuler la rémunération dans le cadre d'une nouvelle CCAM et une tarification commune public/privé des GHS en exercice libéral ou salarié. Ces options traduisent des approches différentes de l'équilibre respectif pour la fixation des rémunérations entre ce qui relève de la négociation conventionnelle ou statutaire d'une part, et ce qui relève des responsabilités propres de chaque établissement d'autre part. La mission préconise de différencier d'un côté tout ce qui concerne le plateau technique et de l'autre les honoraires au sens large, c'est à dire la rémunération du temps de travail du médecin et du coût de la pratique (les investissements, les frais de structures etc.). Mais il faut, préalablement à ces choix, mener à bien des études pour fixer les périmètres respectifs des honoraires et des charges dans chacun des blocs de spécialités évoqués plus haut.

- [334] Si la démarche proposée était retenue, l'élaboration de la nouvelle CCAM devrait s'effectuer dans le cadre des négociations conventionnelles avec les organisations représentatives des praticiens. Au démarrage du projet, les principes constitutifs proposés pour l'élaboration de la future CCAM, tels qu'ils sont présentés plus haut, devraient faire l'objet d'une concertation approfondie avec l'ensemble des organisations représentatives des praticiens qu'ils soient libéraux ou salariés. Ultérieurement les résultats en termes de structure tarifaire devraient être intégrés dans les conventions médicales successives et dans les textes organisant la gestion des rémunérations des praticiens salariés (statuts, décisions prises au niveau des établissements et convention collective).
- [335] La préparation de ces négociations devrait conduire à faire intervenir la HAS, mais aussi les sociétés savantes et des structures interdisciplinaires comme la Fédération des spécialités. La mission TAA de la DHOS et l'ATIH devraient être étroitement associées à ces démarches. Il serait aussi nécessaire d'associer les structures représentatives des employeurs (FHF/FHP/FEHAP) de façon à garantir une cohérence entre les évolutions concernant la rémunération des médecins et celles concernant le financement des établissements. La conduite d'un tel projet requiert un pilotage étroitement coordonné des services de l'administration de l'Etat et de l'Assurance maladie.

6.1.6. A court terme réguler les dépassements

Recommandation n°2 : Poursuivre les démarches visant à assurer la transparence sur les tarifs pratiqués et au sein des établissements, notamment publics, développer une régulation locale des dépassements à travers des engagements formalisés dans des chartes de déontologie

- [336] La démarche proposée par la mission pour une refonte de la CCAM ne produira tous ses effets qu'à moyen terme, tout en demandant un investissement et un engagement tant des pouvoirs publics, des financeurs que des professionnels dès maintenant. Dans l'attente que ce système soit opérationnel, il est important de pouvoir contenir les dérives dans la pratique des dépassements. Le dépassement ne peut devenir un système de revalorisation d'honoraires considérés par la profession comme trop bas, car cela engendrerait des effets pervers à la fois sur la dérive des coûts et sur l'accessibilité des soins.
- [337] Différentes démarches ont été mises en œuvre notamment en application de la LFSS 2008 pour promouvoir une meilleure transparence et ainsi faciliter le respect du tact et mesure dans la fixation des dépassements. Ces démarches doivent permettre de faire davantage jouer la concurrence entre les praticiens et donc de peser sur le niveau des dépassements. La mission préconise de les amplifier. Une étude pourrait être engagée à court terme sur l'intérêt et la faisabilité de modifier le code de déontologie (article 80) pour permettre la publication des tarifs pratiqués et donc le développement d'analyses comparatives.
- [338] La mise en place d'un secteur dit « optionnel » est présentée comme une possibilité de limiter les dépassements. La mission s'interroge sur l'opportunité de cette mesure qui porte un danger réel de voir le secteur optionnel revendiqué par l'ensemble des praticiens, et qui risque de constituer rapidement un tarif généralisé, appliqué à tous les patients et constituant de facto une revalorisation forte et non maîtrisée des actes pratiqués par les médecins. Comme l'a montré la mission, les niveaux des dépassements sont très différenciés selon les spécialités, les actes, les territoires et donc les choix individuels des praticiens. La régulation ne peut être assurée uniquement par des mesures de portée générale.

[339] C'est pourquoi la mission incite plutôt à opter à court terme pour la mise en place d'un système de régulation des dépassements au sein des établissements de santé publics et privés, comme cela se pratique déjà dans certains établissements privés. Cette démarche pourrait être mise en œuvre dans les établissements publics à travers l'élaboration de chartes déontologiques (voir plus loin). Outre l'engagement de respecter les textes qui encadrent les dépassements, celles-ci comporteraient des normes sur le niveau des dépassements (par exemple pas de dépassements pour les actes pratiqués dans le cadre d'une mission de service public ou reste à charge zéro pour les dépassements concernant des populations vulnérables) et institueraient des barèmes de dépassement pour certains actes (voir plus loin paragraphe 6.2.7.).

6.2. *Resserrer les liens entre activité, résultats et rémunérations pour les praticiens des EPS et des établissements PSPH*

[340] A partir des constats exposés antérieurement et de l'ensemble des rapports évoqués précédemment, la mission s'est efforcée de préconiser des voies d'évolution pour le système de rémunération des praticiens des hôpitaux publics et des praticiens des établissements PSPH. Il s'agit :

- de mieux assurer la prise en compte dans la rémunération de toutes les activités réalisées par chaque praticien, quelles relèvent des domaines du soin, de l'enseignement, de la recherche ou de la participation à la gestion des établissements et en sens inverse, de pouvoir sanctionner financièrement les praticiens qui sont en situation de sous activité, sans qu'elle puisse être expliquée par des conditions particulières,
- d'inciter à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients et donc d'optimiser la part du temps de travail consacrée aux activités auprès d'eux,
- de garantir la cohérence entre les objectifs poursuivis au niveau de l'hôpital en terme de réponse aux besoins de la population desservie et les activités mises en œuvre par les équipes médicales,
- de préserver le temps nécessaire au développement des compétences à tous les moments du cycle de vie professionnelle.

[341] Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de passer d'une logique de parcours indifférencié et de rémunérations liées trop largement à l'ancienneté à celle de la reconnaissance et de la valorisation des différentes activités et des résultats obtenus par chaque praticien au cours de sa vie professionnelle. Cette nouvelle approche devrait permettre à un praticien de faire évoluer au fil du temps l'équilibre entre les différentes composantes de l'activité que constituent le soin, la recherche, l'enseignement et la participation à la gestion de l'établissement et de ses équipes. Il s'agit surtout de fonder davantage les parcours de carrières et les rémunérations sur l'évaluation des activités et des résultats obtenus. Les orientations proposées pourraient être mises en œuvre par voie réglementaire pour les praticiens des EPS, par la négociation de la convention collective pour les praticiens des établissements PSPH et par des évolutions dans les pratiques de relations contractuelles avec les établissements pour les praticiens en exercice libéral.

6.2.1. Développer un management des équipes médicales liant les rémunérations à l'activité et aux résultats

[342] Le système de rémunération est une composante majeure du mode de gestion des ressources humaines médicales. Il est aussi un élément constitutif important des pratiques de management dans les équipes. Il représente potentiellement un levier pour reconnaître l'engagement des praticiens dans la recherche de qualité lors des prises en charge. Mais le système de rémunération traduit aussi une culture très spécifique qui valorise beaucoup l'autonomie professionnelle. C'est pourquoi pour de nombreux auteurs⁹², il est important de replacer les incitatifs financiers axés sur le médecin dans un contexte plus large, qui inclut les facteurs organisationnels et des incitatifs non financiers. Aux Etats-Unis, l'Institut de médecine (IOM)⁹³ propose principalement quatre piliers pour un changement organisationnel :

- la révision des processus de soins sur la base des bonnes pratiques,
- l'usage des technologies de l'information pour améliorer l'accès à l'information et faciliter la prise de décision clinique,
- la coordination du soin au travers des conditions propres du patient, des services et de la durée,
- l'incorporation de la performance et des mesures de résultat (« outcome »).

[343] L'IOM insiste également pour que les incitatifs financiers pour le médecin soient associés à une amélioration de la qualité. Cette inscription de l'aspect financier dans un contexte plus large peut être rapprochée de la notion de gouvernance clinique, qui se développe comme « un dispositif de lutte contre le déficit d'informations qui marque la production et la distribution des soins »⁹⁴. La gouvernance clinique modifie fortement le cadre organisationnel et, selon ces auteurs, « l'incitation (mode de paiement des ressources) et l'information vont donc jouer des rôles cruciaux dans ce processus de mobilisation des professionnels et des gestionnaires ». Dans ce sens, il apparaît souhaitable de faire évoluer le dispositif de rémunération des médecins en l'intégrant à un nouveau mode de management des équipes médicales au sein des établissements hospitaliers.

6.2.1.1. Le développement d'un management de proximité

[344] Du fait de l'évolution des technologies, de la nécessaire pluridisciplinarité des prises en charge, et aussi des exigences liées à la participation aux missions d'intérêt général (comme la permanence des soins), la gestion des organisations hospitalières fait une place croissante au fonctionnement en équipe.

[345] Il y a quelques dizaines d'années, le fonctionnement hospitalier était relativement simple, limité au rapport, d'une part entre un médecin et son malade dans le colloque singulier et d'autre part au rapport du médecin avec quelques infirmières de proximité et le cadre soignant pour l'organisation des soins. La personnalisation des rapports humains était telle que le territoire géographique d'intervention du médecin (des lits, une salle de malades) était l'aune de mesure tant de son aura que de son activité et pouvait servir d'unité d'œuvre pour la mesure de son implication dans la vie hospitalière.

⁹² Douglas E Conrad, Jon B Christianson: Penetrating the "Black box": Financial incentives for enhancing the quality of physician services. Medical care research and review. Vol 61, No3, (supplement to September 2004) : 37S-68S

⁹³ Institute of Medicine. Crossing the quality chasm : A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press

⁹⁴ Jean-Louis Denis, André-Pierre Contandriopoulos : gouvernance clinique : discussion et perspectives. Pratiques et organisation des soins. Vol 39, No 3/juillet-septembre 2008.pp 249-254

- [346] Cette situation a été bouleversée sous l'effet conjoint du développement du progrès technique et de sa conséquence, la spécialisation des professions de soins : aujourd'hui seule une « équipe médicale » peut prendre en charge la situation pathologique d'un patient, et encore en ayant recours de surcroît à une myriade d'autres compétences périphériques, essentiellement techniques (radiologie, biologie, explorations fonctionnelles, etc.) et dans le cadre d'une coopération avec des fonctions transversales (information médicale, hygiène, vigilances, etc.). Cette évolution a eu pour conséquence de déshumaniser la relation du patient avec les soignants mais aussi de faire perdre à chacun les repères individuels lui permettant à la fois d'apprécier son rôle propre dans l'organisation hospitalière et de mesurer sa valeur ajoutée dans le processus de soins envers le patient.
- [347] Pour redonner du sens, permettre la réappropriation de l'outil de travail par les professionnels, notamment mais pas seulement les médecins, et donner de la lisibilité individuelle et collective au travail de chacun, il paraît nécessaire de développer le management au niveau des équipes afin d'organiser efficacement le travail et de réguler les rapports interpersonnels qu'il implique. Ce management de l'équipe doit permettre de définir la contribution de chacun de ses membres dans le cadre des missions assignées au pôle par le projet médical et définies dans le contrat de pôle. Il s'agit aussi de faciliter la coopération entre les équipes et notamment en réduisant l'écart qui s'est créé entre les professionnels du fait que leur rapport au temps est fondamentalement différent suivant qu'ils mettent en œuvre un travail posté ou non.

6.2.1.2. Une relation contractuelle au sein des équipes médicales

- [348] Les évolutions qui sont intervenues dans l'organisation interne des établissements et notamment la création des pôles, constituent un cadre à l'intérieur duquel doit s'affirmer de nouvelles pratiques de management. Du point de vue de la mission, cela suppose de développer une approche contractuelle, c'est-à-dire la formalisation des engagements réciproques entre les médecins d'une équipe. Il s'agit d'organiser un dialogue interne à l'équipe et en pratique de fixer des objectifs et de les suivre dans un cadre qui garantisse une forte objectivité de l'évaluation.
- [349] Pour faire en sorte que l'activité et la qualité soient appréciées à partir de critères simples et incontestables il paraît indispensable de partir de l'évaluation faite au sein des équipes en s'appuyant sur la légitimité qui est reconnue au jugement des pairs et à celui du primus inter pares que constitue le chef de service.
- [350] Cette approche est d'autant plus nécessaire que l'évaluation des activités et des résultats obtenus par les praticiens est délicate. Celle-ci est à la fois relativement facile lorsqu'il s'agit d'apprécier l'atteinte d'objectifs liés à l'activité (sous réserve du développement de systèmes d'information adaptés) mais très difficile pour ce qui concerne la performance clinique. Les activités hospitalières ne sont souvent qu'une composante d'une prise en charge qui associe de nombreux intervenants en amont et en aval de l'hôpital, ce qui rend moins facile l'évaluation de la performance propre de l'hôpital. Au sein des établissements, de nombreuses équipes peuvent participer à un épisode de soins et la qualité des interventions dépend largement des conditions de coopération entre les équipes et en leur sein. L'identification de la contribution individuelle et même de celle d'une équipe est souvent délicate. Toutefois des démarches visant à identifier et à mesurer les éléments de qualité et à en faire des critères pour la fixation des rémunérations ont été développées dans différents établissements en France et à l'étranger (voir annexe 8).

- [351] Cette approche paraît nettement préférable à un système de gestion basé sur l'application de règles uniformes et donc sans prise en compte du contexte spécifique à chaque service. Elle apparaît particulièrement adaptée à un contexte dans lequel les praticiens sont légitimement attachés à leur autonomie, d'ailleurs garantie par les textes. Elle devrait bien correspondre aux attentes de médecins qui ont choisi l'hôpital public du fait de la possibilité d'y travailler en équipe et d'y mettre en œuvre des activités diversifiées. C'est dans ce cadre que pourrait être renforcée l'attractivité de l'hôpital public et des PSPH pour certaines spécialités, pour certaines fonctions, ou au démarrage de la vie professionnelle. Elle correspond aussi à la nécessité de développer l'activité des EPS et notamment des CHU dans leur positionnement de recours et pour leurs missions de recherche et d'innovation. Enfin l'application de la démarche contractuelle permettrait de faire converger les deux systèmes de rémunération des médecins libéraux qui travaillent dans les cliniques privées et des praticiens salariés des hôpitaux publics ou PSPH.
- [352] Les orientations préconisées par la mission s'inscrivent dans les propositions présentées dans le rapport de la mission Larcher⁹⁵ traduites dans le projet de loi hôpital santé territoire et celles du rapport remis par MM Aubart, Cucq, Vallancien⁹⁶ qui préconise la mise en place d'un « contrat d'exercice global de la chirurgie ». Comme son nom l'indique, ce contrat ne concernerait que la chirurgie, même s'il est indiqué qu'il peut servir de cadre pour d'autres disciplines. Il s'appliquerait à l'ensemble des praticiens quel que soit le mode d'exercice, libéral ou salarié. Le contrat devrait stipuler les missions d'intérêt général incombant au chirurgien, par exemple: participation au conseil exécutif, chefferie de pôle, présidence de CME, formation continue, évaluation des pratiques... La rémunération serait d'abord basée sur le paiement à l'acte car dans l'esprit des auteurs, c'est ce mode qui correspond le mieux à la reconnaissance du travail accompli. Mais le contrat prévoirait le versement de rémunérations forfaitaires pour la PDS et les tâches « de non soins ». La mise en œuvre devrait correspondre, selon les auteurs, à un engagement volontaire, et des expérimentations régionales devraient être mises en œuvre, pilotées et évaluées.
- [353] Tout en se situant dans la continuité de ces préconisations, la mission estime qu'il convient de proposer une évolution du mode de rémunération qui puisse convenir et s'appliquer à l'ensemble des praticiens qui exercent une activité dans les établissements de santé publics. C'est pourquoi elle propose que ce système soit introduit progressivement, mais qu'il s'applique à tous les médecins, quel que soit leur statut et quelle que soit leur discipline d'activité.
- [354] Par ailleurs ce mode de rémunération devrait entrer en cohérence avec l'évolution des rémunérations dans les établissements de santé privés, mais également avec le mode de rémunération des médecins exerçant en ambulatoire, y compris les médecins traitants ou ceux exerçant dans les futures maisons de santé. La mission préconise de mettre en œuvre cette approche à travers quatre lignes d'action qui peuvent être mises en œuvre parallèlement ou de manière séquentielle dans les années à venir :
- dans les EPS et les PSPH, développer ou faire évoluer la programmation des activités et son suivi au sein des équipes et fixer la part indemnitaire de rémunérations en fonction de sa mise en œuvre,
 - développer, prioritairement au sein des CHU, la démarche de contractualisation individuelle des obligations de services qui est en cours dans le cadre de la loi de réforme des universités (LRU),
 - rénover le cadre statutaire pour faciliter la mobilité et l'exercice mixte en unifiant les différents statuts et en développant une gestion de proximité,
 - dans les établissements privés qui participent à la réalisation de missions d'intérêt général enrichir le contenu des contrats.

⁹⁵ « Proposition 11 » qui visait à « offrir aux médecins des cadres d'exercice souples et valorisants ; outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et des valences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes ».

⁹⁶ Quel mode de rémunération pour les chirurgiens ? Situation actuelle et perspectives. Rapport établi par M M Guy Valancien François Aubart et Philippe Cucq Mars 2008.

6.2.2. Inciter au développement de la programmation des activités au sein des équipes médicales par la mise en place d'une part variable de rémunérations.

Recommandation n°3 : Elaborer pour chaque praticien un programme annuel d'activités (PAA), dans le cadre d'un contrat d'équipe

- [355] Pour chaque praticien, il s'agirait d'élaborer un programme annuel d'activités (PAA), c'est-à-dire un tableau de service prévisionnel afin de :
- répartir les activités sur les membres de l'équipe. Le rôle du chef d'équipe est abord de réguler la répartition des différentes composantes de l'activité pour chacun des membres de l'équipe. Il s'agit de garantir que les différentes missions que doit conduire l'équipe seront assumées dans de bonnes conditions et réparties de manière équitable au sein de ses membres. Cela doit conduire à mieux prendre en compte l'évolution des aspirations de chacun aux différents moments de la vie professionnelle,
 - définir conjointement avec chaque praticien des objectifs, assurer leur suivi et donc préparer leur évaluation en commun.
- [356] Le PAA serait un document bref (autour de 3 à 4 pages) qui comporterait deux parties :
- Une première partie dont le contenu serait identique pour tous les praticiens de l'équipe : rappel de l'organisation de l'équipe, identification des activités qu'elle devra mettre en œuvre dans la période à venir et des ressources qu'elle pourra mobiliser pour y faire face. Cette partie devra être le reflet de l'engagement de l'équipe auprès du chef de pôle et/ou de la direction de l'établissement. Elle constituera le contrat d'équipe qui identifiera pour l'ensemble des membres des objectifs collectifs de développements d'activités et de garanties de services.
 - Une seconde partie spécifique à chaque praticien de l'équipe : fixation d'engagements de services c'est-à-dire d'objectifs d'activité, de qualité et de résultats pour chacun des grands domaines d'activité du praticien.
- [357] Pour la définition des engagements de services, l'activité serait découpée en grandes catégories à l'aide d'une nomenclature qui devrait distinguer :
- les activités cliniques en distinguant en leur sein celles qui sont liées aux activités programmées et celles qui découlent de la participation à la permanence des soins,
 - les activités non cliniques : activités de recherche et d'innovation, d'enseignement, expertise pour des organismes tiers, autres activités correspondant à des missions d'intérêt général,
 - les activités correspondant à la gestion interne de l'établissement : responsabilités dans les structures de gestion de l'établissement, du pôle ou du service, les fonctions transversales,
 - les activités de développement personnel : formation du praticien, participation à des congrès, etc.
- [358] Les composantes de l'emploi du temps des praticiens seraient mesurées en utilisant une unité de compte de temps, la demi-journée, représentant au minimum 3h30 de présence effective. Le PAA serait élaboré conformément aux règles qui devraient assurer une réelle transparence sur les activités d'expertise et de recherche (voir 6.3.1). Les activités libérales seraient incluses dans la planification d'activité (dans le respect du plafonnement en part du temps de travail, voir 6.2.7). Pour chaque bloc d'activité, le praticien et le chef d'équipe fixeraient en commun un petit nombre d'objectifs. Il s'agirait de mixer des objectifs purement individuels à des objectifs communs avec tout ou partie de l'équipe. Les objectifs concerneraient le volume, l'efficacité et l'amélioration de la qualité des prises en charge et donc la performance clinique.

- [359] Le PAA serait élaboré sous la responsabilité du chef de service (ou d'unité fonctionnelle, -UF-, dans les grands services) mais en concertation étroite avec le praticien sur la base des conclusions formalisées d'un entretien annuel d'activité. Cet entretien annuel doit permettre un réel dialogue sur le contenu du PAA. Le praticien pourrait toutefois contester le contenu de son PAA et faire un recours auprès du chef de pôle. La mission préconise que le PAA soit élaboré par le chef de service et non le chef de pôle. En effet pour que ce dialogue soit efficace, il faut qu'il s'effectue au premier niveau c'est-à-dire entre le praticien et son chef d'équipe, c'est-à-dire avec un médecin assurant des responsabilités de management pour un nombre limité d'une quinzaine de médecins au maximum.
- [360] Dans chaque service (ou UF), l'ensemble des PAA serait regroupé dans un PAA de service qui serait transmis pour accord au chef de pôle. Celui-ci assurerait la cohérence des PAA avec le contrat de pôle et avec les obligations hospitalo-universitaires qui découlent des décisions des doyens. Ces dernières pourraient à terme être inscrites dans des contrats renouvelés entre l'hôpital et l'université (voir 6.2.3). Le PAA du service ou de l'UF serait communiqué à l'ensemble des membres de l'équipe. Il serait suivi par des réunions régulières et si possible mensuelles des équipes médicales associant dans la mesure du possible les personnels soignants non médicaux.
- [361] La mise en place du dispositif de PAA doit pouvoir se faire dans le cadre des systèmes d'information existant. Mais comme l'ont montré les enseignements de la démarche du job planning au Royaume Uni (voir annexe 8), il crée une forte incitation à les faire progresser. Comme cela a été démontré par la démarche de l'hôpital Saint Joseph à Marseille, il est possible d'implanter facilement l'enregistrement des actes en utilisant l'actuelle CCAM sans faire des modifications significatives du système d'information et cela devrait permettre, au moins pour les actes médico-techniques, de construire des indicateurs fiables de programmation et de suivi des activités dans le cadre du PAA.

6.2.2.1. Lier une partie de la rémunération au respect des engagements pris dans la programmation de l'activité

Recommandation n°4 : Refondre le décret sur la part complémentaire variable (PCV) pour que le montant attribué à chaque praticien soit fixé à partir de l'atteinte des objectifs inscrits dans le PAA

- [362] Il est nécessaire de créer un lien plus direct entre la démarche de fixation d'objectifs d'activité et de résultats et la détermination de la rémunération. La mission préconise le maintien d'un statut de salarié pour les praticiens des EPS et des PSPH. L'introduction du paiement à l'acte dans les conditions actuelles de fixation des tarifs, c'est-à-dire sur la base de la CCAM actuelle ne peut constituer une réponse satisfaisante. La mission préconise une modulation de la rémunération à partir de l'attribution d'un complément indemnitaire, appelé indemnité de résultats (IR). Pour chaque praticien, le niveau de l'IR serait fixé par son chef de service (ou d'UF) en fonction du degré de réalisation du PAA.
- [363] L'expérience des grandes entreprises qui ont mis en œuvre ces méthodes montre en effet que la procédure de fixation d'objectifs à travers l'entretien annuel peut se déliter et devenir un exercice formel s'il n'y a pas un minimum d'impact sur la rémunération. En sens inverse, les spécificités des conditions d'exercice des médecins et les caractéristiques propres à l'institution hospitalière rendent complexe une appréciation objective de l'activité et des résultats et le lien avec le niveau de rémunération. La mission préconise de retenir un dispositif inspiré de celui mis en œuvre dans les centres hospitaliers adhérents à la FNLCC (voir annexe 8), en intégrant lorsque cela est utile des objectifs liés aux plans de santé publique, comme la systématisation des réunions de consultation pluridisciplinaire pour le cancer, des consultations mémoire pour la maladie d'Alzheimer ou l'intégration à des programmes d'éducation thérapeutique pour certaines maladies chroniques.

[364] La transposition de ce dispositif aux EPS pourrait conduire à l'attribution d'une indemnité de résultats (IR) à différents niveaux : Trois « taux » (au sens de montant annuel d'indemnités) pourraient ainsi être prévus pour l'IR :

- Un taux élevé pour ceux qui ont atteint ou dépassé les objectifs fixés (plafonné par exemple à 50 % de la rémunération moyenne observée dans l'établissement l'année précédente après intégration de l'activité libérale) pour un maximum de 20% des praticiens hospitaliers dans chaque pôle ;
- Un taux moyen pour ceux qui ne les ont pas atteints mais qui en sont proches ;
- Un taux bas pour ceux qui seraient sensiblement en dessous des objectifs fixés (par exemple pour les praticiens dont l'activité se situerait à moins de 80% de l'activité prévue). Ce taux pourrait être plafonné à 5 % de la rémunération moyenne observée dans l'établissement l'année précédente après intégration de l'activité libérale.

[365] Le taux d'IR serait fixé par le chef de service ou de l'UF à l'intérieur d'un budget limitatif fixé par le chef de pôle. Chaque praticien pourrait contester auprès du chef de pôle le niveau d'IR qui lui serait attribué par son chef de service. La mise en place de cette nouvelle indemnité devrait s'accompagner d'une simplification du régime indemnitaire au sens où toutes les indemnités existantes (hors rémunération de la permanence des soins et éventuelles indemnités de valence, voir 6.2.3.) seraient regroupées et fusionnées au sein de cette nouvelle indemnité. La masse financière correspondant à cette nouvelle indemnité ne pourrait pas dépasser une fraction de la masse salariale des personnels médicaux de l'établissement (par exemple 20 %). Pour chaque praticien, l'indemnité ne pourrait dépasser un pourcentage du total formé par le traitement de base et les indemnités de permanence des soins. Au delà d'une modulation individuelle dans les conditions évoquées plus haut, l'indemnité pourrait être modulée au niveau de l'établissement, ou de chacun des pôles, pour tenir compte de l'évolution des résultats de l'établissement.

- 6.2.2.2. Mettre en œuvre la démarche de manière progressive principalement au niveau des établissements et en leur sein par l'engagement des équipes médicales

Recommandation n°5 : Faciliter la construction des PAA en mobilisant les sociétés savantes sous l'égide de la HAS et de la MEAH⁹⁷ avec l'appui de l'ATIH et confier aux ARH puis aux ARS une mission de diffusion des bonnes pratiques

[366] L'ensemble du dispositif de programmation d'activité et de fixation d'objectifs et celui de complément indemnitaire en cas de respect des engagements ont vocation à s'appliquer de manière homogène dans les EPS et les établissements PSPH. Mais les conditions juridiques de mise en œuvre sont naturellement différentes selon ces deux catégories d'établissement.

[367] Pour ce qui concerne les EPS la mission propose de refondre le décret sur la part complémentaire variable (PCV) qui n'a pu être mis en œuvre (voir 5.1.1.2.). A la différence du dispositif actuel de PCV, le nouveau texte devrait se limiter à définir un cadre d'ensemble pour l'organisation de la procédure de PAA et pour la mise en œuvre des attributions indemnitaires dans les services. Le nouveau texte aurait pour objet essentiel de permettre la fusion des dispositifs indemnitaires. En effet la démarche ne peut réussir que si la mise en œuvre est assurée sous la responsabilité des directions d'établissements et donc en leur laissant une grande autonomie pour la configuration des objectifs et indicateurs inscrits dans le PAA. La mission considère que, en dehors d'éléments de cadrage financiers évoqués plus haut et de points de repères généraux sur les différentes activités à inscrire dans ces contrats, les établissements devraient disposer d'une très grande liberté pour la mise en place du nouveau dispositif.

⁹⁷ Selon les dispositions du projet de loi réforme de l'hôpital, la MEAH devrait être intégrée au sein de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance Hospitalière (ANAP).

- [368] Si la démarche proposée était retenue, le nouveau texte de PCV devrait être publié dans l'année 2009 et les procédures de préparation de la première génération de PAA devraient être achevées avant la fin du mois de février 2010, permettant le versement de la part variable avant la fin du premier trimestre 2011. Mais au-delà du démarrage, la montée en régime devrait être progressive compte tenu du fait que le dispositif présenté induit une forte rupture avec le système actuel. Le contenu de l'entretien et donc la nature des objectifs fixés ainsi que le lien entre les résultats obtenus sur la base des objectifs fixés dans le PAA et la rémunération devraient évoluer avec le temps à l'instar de ce qu'a été l'évolution de la procédure de part variable additionnelle (PVA) dans les CLCC (voir annexe 8).
- [369] Plus précisément la mission préconise de privilégier au début de la procédure des objectifs en terme de répartition du temps de travail entre les différentes activités et d'ajouter progressivement des indicateurs permettant d'apprécier l'activité et les résultats. Mais, à moyen terme, les PAA devraient comporter des objectifs et des indicateurs de performance clinique. Pour ce faire il est nécessaire de construire pour chaque spécialité des méthodes d'analyse et d'évaluation de la performance. Dans le cadre de la préparation de la mise en œuvre du décret PCV déjà évoqué, quatre sociétés savantes avaient élaboré des propositions visant à élaborer des objectifs et indicateurs portant sur l'activité et la qualité des équipes. Ces travaux pourraient être prolongés pour l'ensemble des spécialités dans le cadre d'un partenariat qui associeraient la HAS et la MEAH (ANAP) avec l'appui de l'ATIH et l'ensemble des sociétés savantes. Du point de vue de la mission il n'y aurait que des avantages à ce que cette démarche soit menée en liaison étroite avec la relance des travaux d'élaboration de la CCAM évoquée précédemment. Enfin il apparaît que le travail sur les spécialités chirurgicales devrait bénéficier d'une forte priorité et pourrait s'appuyer sur des démarches analogues menées à l'étranger (voir annexe 8). Une mission d'animation et de diffusion des bonnes pratiques serait par la suite confiée aux ARS, qui auraient en outre pour tâche de suivre la mise en œuvre et l'évolution de ces contrats sur l'ensemble des établissements de la région (chapitre 5.3.3).
- [370] Pour ce qui concerne les établissements PSPH la démarche serait mise en œuvre dans les conditions les plus proches possible de celle des EPS, à travers une négociation de branche et des décisions prises en application des résultats de cette négociation par les établissements eux-mêmes.

6.2.3. Mettre en œuvre, et d'abord au sein des CHU, la démarche de contractualisation des obligations de services sous formes de « valence » à l'instar de celle qui est en cours au sein des universités

Recommandation n°6 : Mettre en place un contrat d'activité pour chaque praticien qui organise les choix de spécialisation et leurs conséquences en termes de rémunération

- [371] La rémunération est d'abord déterminée par le positionnement statutaire du praticien. Les fonctions d'enseignement et de recherche sont théoriquement réservées aux praticiens qui appartiennent à des statuts hospitalo-universitaires. Ceux-ci, en l'absence de précision sur les obligations de service (voir chapitre 2.2) sont censés mettre en œuvre un partage équilibré entre les activités de soins, enseignement et de recherche. Mais il existe un écart important entre les prescriptions statutaires et la réalité. De fait, les praticiens sont amenés au cours de leur carrière à faire des choix différents de répartition de l'activité entre les soins, la recherche et l'enseignement, ceci étant en partie lié à des exigences de spécialisation. En effet même dans le cas d'horaires de travail très lourds (au delà de 70 heures par semaine pour de nombreux praticiens hospitalo-universitaires), il est difficile d'assurer un haut niveau de performance dans tous les domaines d'activité. Les appétences correspondent aussi à des moments différents du cycle de vie professionnel : il est ainsi logique que l'activité d'un praticien en début de carrière soit d'abord concentrée sur le soin et la recherche, alors qu'en fin de carrière les activités d'enseignement ou de participation à la gestion du pôle et de l'établissement peuvent représenter une part importante du temps de travail et qu'à ce stade de leur carrière beaucoup de praticiens aient des responsabilités externes à l'hôpital.

[372] Il est souhaitable de mieux organiser les parcours professionnels et c'est pourquoi il a été évoqué dans de multiples travaux notamment d'origine syndicale⁹⁸ la possibilité d'un autre mode de gestion des temps d'activité des praticiens. Il s'agirait d'offrir à chaque praticien la possibilité de différencier la répartition de ses activités entre les grands domaines, et ce pour une période de 3 à 5 ans. Le praticien pourrait choisir entre différentes « valences », c'est-à-dire choisir de se spécialiser sur une période de plusieurs années dans un secteur d'activité particulier en complément de l'activité de soin. Ainsi, par exemple, pourrait être définie une valence recherche qui pourrait intéresser de jeunes praticiens et une valence gestion qui pourrait être choisie par des praticiens en deuxième partie de carrière.

[373] Il serait de cette manière possible de moduler les obligations de service au fil du temps et de fonder les rémunérations sur une appréhension précise des conditions d'activité. L'évolution en cours dans la gestion des enseignants chercheurs devrait faciliter la mise en œuvre de cette orientation si elle est retenue. L'application de la loi de réforme des universités (LRU) va en effet se traduire en 2009 par la mise en place d'une modulation personnalisée des obligations de service pour les enseignants chercheurs. La mission préconise de prolonger cette démarche pour les praticiens hospitaliers, notamment au sein des CHU.

6.2.3.1. La modulation des obligations de service pour les enseignants chercheurs et la réforme indemnitaire en cours

[374] La LRU modifie les conditions dans lesquelles sont gérés les enseignants chercheurs et notamment les obligations de service qu'ils doivent mettre en œuvre et le régime indemnitaire dont ils bénéficient⁹⁹. Un projet de décret soumis actuellement à la concertation avec les organisations syndicales organise la possibilité pour les universités de moduler les services d'enseignement et de recherche des enseignants chercheurs.

[375] Le conseil d'administration définit les principes généraux de répartition des services entre les différentes fonctions des enseignants chercheurs. Il fixe également les équivalences horaires applicables à chacune des activités ainsi que les modalités pratiques de leur décompte. Sur cette base, le président de l'université arrête les décisions individuelles d'attribution de services des enseignants-chercheurs, après consultation du directeur de la composante et du directeur de l'unité de recherche concernée. Le tableau de service de chaque enseignant chercheur lui est transmis en début d'année universitaire et est adapté pour chaque semestre d'enseignement. Le tableau de service défini sur ces bases sera naturellement préparé en étroite concertation avec l'enseignant concerné et sera formalisé par un document cosigné dont l'appellation (protocole, contrat, etc.) ne sera pas normalisée au niveau national. Mais, quelle que soit l'appellation retenue, on est bien dans une logique d'engagement réciproque. Parallèlement est mis en place une réforme du régime indemnitaire qui va conduire à définir des indemnités modulables (prime de responsabilité pédagogique et prime d'excellence scientifique) dont le niveau est fixé par décision du président d'université et donc logiquement en fonction de la manière dont sont remplies les obligations de services.

[376] La mission préconise donc que les évolutions proposées pour les charges, activités et rémunérations des médecins ayant un ancrage universitaire soient parallèles à celles décrites pour les enseignants chercheurs.

⁹⁸ Ainsi par exemple la « charte de l'INPH (Inter-syndicat des praticiens hospitaliers) 2008 : les praticiens hospitaliers ».

⁹⁹ L'article 19 de la loi du 10 août 2007 (article L 954 du code de l'enseignement supérieur) prévoit que « le conseil d'administration définit dans le respect des dispositions statutaires applicables et des missions de formation initiale et continue de l'établissement, les principes généraux de répartition des obligations de services de personnels enseignants et de recherche entre les activités d'enseignement, de recherche et les autres missions qui peuvent être confiés à ces personnels ».

6.2.3.2. La mise en place de « valences » à travers la contractualisation des obligations de services

[377] Pour le moment, les dispositions de la loi LRU ne peuvent pas s'appliquer aux hospitalo-universitaires en raison des limites de leur cadre statutaire. Celui-ci est explicitement visé par l'article 19 de la loi LRU. Or il n'y a pas eu de définition réglementaire des obligations de service. Mais, de toutes façons, l'application mécanique de la LRU et du projet de décret évoqué plus haut n'est pas possible du fait de la spécificité des praticiens hospitaliers et notamment de l'articulation très étroite entre les activités de soins et celles d'enseignement et de recherche. Une large partie de ces dernières s'effectue à toute proximité des patients en liaison avec les soins dont ils bénéficient. Cette situation particulière interdit d'organiser de manière séparée les tableaux de service correspondant aux soins d'un côté et aux activités d'enseignement et de recherche de l'autre. Elle conduit, au contraire, à définir les obligations de services dans le cadre d'une approche globale en articulant étroitement toutes les activités de soins, d'enseignement et de recherche mais en offrant aux praticiens la possibilité de faire un choix de spécialisation, les valences, pour des périodes pluriannuelles.

[378] La mission préconise donc de ne retenir qu'un seul « tableau de service » et propose de le dénommer « contrat d'activité » pour mettre en évidence qu'il s'agit bien d'engagements réciproques. Celui-ci serait signé, pour une durée de trois à cinq ans, par le praticien et son chef de pôle. Ce dernier agirait sur la base du projet de contrat transmis par le chef de service ou d'UF, par délégation de la direction générale de l'hôpital et du doyen, lui-même mandaté par le président du conseil d'administration de l'université (conformément à la LRU). Le contrat permettrait de formaliser les choix de spécialisation du praticien à travers l'identification de valence. Pourraient être ainsi définies :

- une valence soins exclusive : le praticien n'exerce que des activités de soins qu'elles soient programmées ou de permanence des soins,
- une valence recherche : le praticien exerce ses activités de soins conjointement à des activités de recherche clinique ou fondamentale. Ces activités doivent pouvoir être évaluées à intervalle régulier sous l'égide du CNU,
- une valence enseignement : le praticien exerce ses activités de soins conjointement à des activités d'enseignement ; comme pour les activités de recherche les activités d'enseignement font l'objet d'évaluations régulières,
- une valence gestion : le praticien exerce ses activités de soins conjointement à la participation aux instances de gestion de l'établissement, de la CME, ou comme chef de pôle, de service ou d'UF. Les activités concernées doivent être encadrées en termes de volumes horaires concernés.

[379] Pour chaque praticien la ou les valences retenues (trois valences au plus) seront explicitement mentionnées dans le contrat d'activité. La répartition du temps de travail entre les valences serait calculée sur une base annuelle. Une délibération du conseil d'administration de l'EPS fixerait des règles communes à tous les praticiens : par exemple la part minimale exercée en soins, la part maximale d'activité exercée dans le cadre du développement personnel et/ou des activités réalisées pour des organismes extérieurs et les règles organisant la combinaison de plusieurs valences.

[380] Le choix des valences impacterait la rémunération à travers la gestion indemnitaire. Le contrat d'activité ferait apparaître de manière explicite les conditions d'attribution d'indemnités spécifiques pour chaque valence autre que le soin. Ces indemnités de valence seraient construites par analogie aux indemnités en cours de mise en place pour les enseignements chercheurs décrites plus haut c'est-à-dire :

- une prime d'excellence scientifique pour la valence recherche,
- une prime de responsabilité pédagogique pour la valence enseignement,
- une prime de recherche de performance pour la valence gestion.

- [381] S'agissant de la valence soins, la mission préconise le maintien d'un système de rémunération indemnitaire spécifique pour les activités de permanence des soins. Par ailleurs, il pourrait être proposé aux praticiens qui choisiraient la « valence soins » que la part de leur temps de travail passé dans cette valence soit rémunérée dans les mêmes conditions que les praticiens libéraux, c'est-à-dire par rémunération à l'acte sur la base de la CCAM (incluant les activités purement cliniques) diminuée d'une redevance¹⁰⁰.
- [382] Les contrats seraient passés en conformité avec les règles statutaires. Une procédure d'appel et d'arbitrage serait prévue en cas de désaccord entre le praticien et son responsable de pôle sur le contenu du contrat. En dehors du choix de valence, le contenu des contrats serait très proche de celui qui est mis en place pour les médecins employés dans les agences sanitaires comme l'AFSSAPS. Dans cette agence, le dispositif juridique de gestion des ressources humaines s'organise autour d'un statut pris par décret, d'une délibération du conseil d'administration qui fixe les conditions générales de son application et de contrats individuels. Ceux-ci peuvent comporter des éléments concernant le poste de travail, les règles de gestion du temps de travail lié à ce poste, les conditions de l'évaluation et d'attributions indemnitaires, etc.
- [383] L'extension aux praticiens hospitaliers de ce dispositif juridique d'articulation de règles statutaires et des dispositions d'un contrat pourrait permettre de concilier la nécessité d'offrir des garanties dans un cadre statutaire pris par voie réglementaire et la possibilité de gérer dans le contrat de manière individualisée les conditions d'emploi et de rémunérations de chaque praticien. La mise en œuvre du contrat d'exercice se ferait par l'élaboration et la mise en œuvre d'un décret d'application de la LRU.
- [384] L'application de cette nouvelle procédure serait largement facilitée si par ailleurs étaient renforcées les relations contractuelles entre les CHU et les universités conformément aux préconisations d'un rapport Igas-Igaenr¹⁰¹. Dans cette hypothèse le contrat d'activité constituerait la déclinaison individuelle des orientations définies conjointement par le CHU et l'université de rattachement.

6.2.4. Rechercher une simplification du cadre statutaire pour améliorer les parcours de carrière et faciliter le plus possible les exercices mixtes libéral et salarié

Recommandation n°7 : Simplifier le cadre statutaire des praticiens des établissements publics de santé et permettre le développement d'une gestion de proximité et de parcours de carrière diversifiés

- [385] Dans le système statutaire actuel la progression de la rémunération est linéaire, mais avec des possibilités de progression relativement limitées et de diversification des parcours de carrière et d'activité d'abord liées au passage d'un statut non permanent à permanent, ou de PH à celui de PUPH. L'existence de sept statuts différents conduit à rendre difficile l'organisation de parcours de carrière à un moment où la réponse aux besoins exigerait au contraire de pouvoir faciliter la mobilité entre établissements mais aussi entre conditions d'exercice libéral et salarié et, ainsi, le développement de l'exercice mixte.

¹⁰⁰ C'est-à-dire dans les mêmes conditions que les praticiens de l'hôpital Saint Joseph à Marseille, établissement PSPH dans lequel la rémunération des praticiens est assurée comme s'ils étaient des libéraux sur la base de la valorisation de leurs activités à partir de la base CCAM.

¹⁰¹ Rapport Igas N° 2004-060 Igaenr N°2004-033 « Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers universitaires » juillet 2004.

- [386] Dans son rapport sur les personnels des EPS (2006) la Cour des comptes avait préconisé une simplification de l'organisation statutaire dont la première étape aurait pu être le regroupement des statuts existants en trois statuts : les contractuels, les mono-appartenants, et les bi-appartenants. Les nouveaux statuts comporteraient différents niveaux et seraient construits par analogie avec les cadres d'emploi des collectivités locales. Pour faciliter la mobilité, le nouveau cadre statutaire devrait être le plus proche possible de l'architecture de la convention collective qui s'applique aux praticiens des PSPH. Il serait aussi un moyen de poursuivre l'évolution amorcée par les décrets statutaires de 2006 et donc de conforter le développement d'une gestion des ressources humaines de proximité. Il s'agirait d'organiser des progressions de carrière tout en développant l'exercice mixte et donc la participation des médecins libéraux aux activités hospitalières médicales dans les établissements. Une telle réforme donnerait tout son sens à la mise en place du dispositif de contrat d'activité évoqué plus haut.
- [387] En effet, de plus en plus de médecins connaissent des formes de rémunération mixtes qui associent des honoraires libéraux et des éléments salariaux ou qui enchainent au cours du cycle de vie professionnelle des périodes d'exercice libéral et de salariat (voir annexe 1 et 2). La tendance souhaitée des nouvelles générations de médecins est aujourd'hui, du moins dans certaines spécialités, à un exercice mixte combinant les deux modes d'exercice médical et de rémunération¹⁰².
- [388] Ce mode d'exercice mixte existe déjà au sein des hôpitaux locaux dans le cadre d'une meilleure articulation avec le renforcement du premier niveau de soins, notamment en permettant une amélioration de la prise en charge de proximité des personnes âgées. Cette orientation doit être consolidée et renforcée. Il s'agirait d'offrir un cadre d'emploi adapté à l'emploi des médecins libéraux en priorité dans les hôpitaux locaux ou dans les hôpitaux de proximité (au niveau d'un territoire de santé). Ce cadre d'emploi devrait permettre le recours au temps partiel très réduit. Cette évolution statutaire devrait notamment faciliter la prise de décision locale sur les recrutements. Elle devrait se traduire par une simplification drastique des procédures de mise en recherche d'affectation qui devraient être gérées sous la seule responsabilité de la direction d'hôpital et de l'ARS. Elle devrait aussi permettre une meilleure reconnaissance et une revalorisation des rémunérations des chefs de clinique.

Recommandation n°8 : Améliorer le régime de retraite des praticiens hospitaliers dans le cadre des évolutions indemnitaires proposées

- [389] Les conditions de gestion des retraites des praticiens posent problème. Au moment où est intervenue la mission étaient en cours de concertation des modifications dans les régimes de retraite des praticiens hospitaliers. Quel que soit leur aboutissement il paraît nécessaire de faire évoluer le régime des retraites des praticiens et notamment celui des hospitalo-universitaires. Cette évolution pourrait s'inscrire en complément des réformes indemnitaires évoquées plus haut en reprenant pour les praticiens hospitaliers la démarche de création d'un régime additionnel par analogie avec la démarche suivie pour les fonctionnaires de l'Etat.

6.2.5. Dans les établissements privés, qui participent à la réalisation de missions d'intérêt général, enrichir le contenu des contrats et améliorer la transparence sur les coûts de la pratique et leur financement

- [390] Dans le secteur privé lucratif les contrats d'exercice, qui constituent le droit commun de la relation commerciale entre praticiens et établissements de santé, doivent être enrichis pour tenir compte de la réalisation de missions d'intérêt général dans les cliniques privées, mais également de la continuité des soins ainsi que du respect des normes et des règles de sécurité et clarifiées pour améliorer la transparence sur les coûts de la pratique et leur financement.

¹⁰² Synthèse de travail du groupe permanent de concertation des états généraux de l'organisation de la santé 1 et 2 – 09.04.08 – page 5

Recommandation n°9 : Élargir les contrats conclus entre les praticiens libéraux et les établissements privés pour qu'ils prennent en compte les activités transversales ou d'intérêt général

[391] Conformément aux orientations du rapport de la mission Larcher, les médecins libéraux des établissements privés à but lucratif seront conduits, de plus en plus, à réaliser des missions d'intérêt général liées à des obligations de permanence des soins, à des activités d'éducation thérapeutique, de prévention et de soins curatifs qui pourront leur être imposés dans le cadre des nouvelles dispositions du projet de loi réforme de l'hôpital. Pour ces différentes missions et activités d'intérêt général, des clauses contractuelles spécifiques devront être insérées dans les contrats d'exercice habituellement signés entre les praticiens et les établissements de santé privés, avec obligation pour les deux parties d'accepter ces clauses complémentaires, sous contrôle de l'ARH(S).

[392] L'objectif poursuivi est de faire en sorte que l'ensemble des missions de service public hospitalier soit assuré sur un territoire de santé donné, les établissements de santé en charge de ces missions pouvant être publics, PSPH ou privés lucratifs. Quand ces missions transversales ou d'intérêt général seront réalisées par un établissement commercial, une rémunération spécifique, juste et équilibrée, devra être proposée aux praticiens libéraux ou salariés concernés. Le caractère juste et équilibré de la rémunération prévue signifie par exemple que l'indemnité pécuniaire que percevra le praticien libéral pour participer à des réunions ou animer une commission ou un réseau professionnel ne devra pas être pénalisante, au regard du temps effectivement passé, en comparaison de la rémunération qu'aurait pu percevoir ce même praticien dans le cadre de ses activités cliniques habituelles. Elle devra être comparable à ce que reçoit un professionnel exerçant dans un établissement public au PSPH pour les mêmes missions.

Recommandation n°10 : Inciter au calcul des redevances sur la base des frais réels

[393] Il s'agit de diffuser les meilleures pratiques qui conduisent à une transparence la plus complète possible sur les conditions de calcul des redevances et d'aboutir à une forme de facturation détaillée des prestations, sur la base des frais réels encourus par le praticien. Cette prestation devra être modulée, comme l'indique le Conseil d'Etat, en fonction de la valeur propre et de la notoriété induites par l'établissement dans lequel intervient le médecin.

6.2.6. Faciliter la place des médecins généralistes dans le dispositif hospitalier de proximité

Recommandation n°11 : Développer les expérimentations permettant de créer des communautés médicales autour de l'hôpital local

[394] La mission a pu constater que dans les endroits où les hôpitaux locaux ont conservé une implantation territoriale, ils peuvent jouer un rôle important pour structurer l'offre de proximité. C'est ainsi qu'en Mayenne se dessinent des pôles de santé, chaque pôle étant structuré autour d'un établissement de santé.

[395] La mission a également vérifié qu'une telle organisation est de nature à contrer les effets de désertification médicale, car elle permet d'attirer de jeunes médecins généralistes par les conditions de travail qui sont ainsi créées¹⁰³. Dans ces établissements peuvent cohabiter des médecins rémunérés à l'acte et des praticiens hospitaliers à temps partiel.

¹⁰³ Dans l'hôpital local que la mission a visité en Mayenne, sur deux ans les quatre médecins généralistes qui sont partis ont tous été remplacés, malgré la situation de ce département qui se trouve largement en dessous de la moyenne nationale et régionale pour la densité médicale.

[396] Cette formule devrait, selon la mission, être soutenue et facilitée, notamment dans le cadre des communautés hospitalières de territoire prévues par le projet de loi de réforme de l'hôpital déjà évoqué. Il serait toutefois utile de clarifier cette notion de communauté hospitalière de territoire, afin que ces hôpitaux locaux ne deviennent pas des « antennes » des gros centres hospitaliers, mais de véritables partenaires de l'offre de soins.

6.2.7. Mettre en œuvre à court terme différentes mesures d'accompagnement pour faciliter les évolutions recherchées

Recommandation n°12 : Mieux encadrer les activités libérales à l'hôpital public notamment à travers l'élaboration de chartes de déontologie

[397] L'encadrement de cette activité libérale au sein de l'hôpital public doit s'articuler autour de trois axes majeurs mis en œuvre concomitamment : garantir l'accès aux soins pour tous, respecter la cohérence globale du projet médical de l'établissement et rendre plus équitable l'assiette de calcul de la redevance.

[398] Or, l'activité libérale peut générer des dérives avec des conséquences négatives pour l'établissement :

- dépassements excessifs créant un effet dissuasif et donc un report de la clientèle sur d'autres établissements,
- « dépositionnement » dans certains CHU de services ultra-spécialisés de leur fonctions de recours, c'est-à-dire réintroduction par le biais de l'activité libérale d'actes simples qui devraient être pris en charge par des centres hospitaliers publics ou privés non universitaires ou en ambulatoire¹⁰⁴.

[399] Au préalable, les règles encadrant actuellement la pratique de l'activité libérale doivent être respectées (temps de travail ne dépassant pas les 20%, affichage auprès des patients, etc.). Les propositions de la mission pour le suivi de l'ensemble des activités des praticiens à travers l'élaboration du PAA permettraient d'intégrer l'activité libérale dans la gestion des équipes et elles aboutiraient à une transparence de l'activité libérale au sein des équipes qui serait un facteur de régulation et d'équité. La mise en place du dispositif de PAA permettrait de faciliter les contrôles externes (voir 6.3.3)

[400] La garantie d'un accès pour tous doit rester une exigence permanente. La différence de traitement dans la gestion des rendez-vous entre la clientèle privée et les usagers publics crée des inégalités en termes de délais de prise en charge et influe directement sur l'orientation dans le secteur libéral du praticien. Il importe donc de veiller à la gestion des flux entre tous les patients, quelque soit le secteur de prise en charge. Pour ce faire il est nécessaire de pouvoir mesurer les délais effectivement mis en œuvre suivant que le patient est pris en charge dans le cadre du service public ou en activité libérale¹⁰⁵. Les dépassements d'honoraires, déjà non autorisés pour certaines catégories de population (titulaires CMU) ou modes d'hospitalisation (urgences), devraient faire l'objet de barèmes organisant leur plafonnement pour tous les patients.

¹⁰⁴ Dans le cadre de son enquête la mission n'a pu recueillir que des informations parcellaires sur ce risque sans qu'il soit possible de mesurer précisément sa portée réelle au niveau de l'ensemble des centres hospitaliers. Ce point devrait faire l'objet d'études à court terme (voir 5.3.1).

¹⁰⁵ Sur ce point, la méthodologie de l'enquête menée par le journal Capital qui a permis de documenter les disparités importantes en terme de délais de prise en charge au sein des hôpitaux publics et dont les résultats ont été publiés dans le numéro 206 de novembre 2008 pourraient inspirer utilement les directions d'établissement et les ARH (ARS) pour la création de tableaux de bord de suivi et la réalisation d'actions de contrôle (voir 5.3.3 et 5.3.4).

- [401] La stratégie de l'établissement public de santé doit être prise en compte par les praticiens ayant un secteur d'activité libérale. La réforme de la tarification des établissements publics de santé (tarification à l'activité) a profondément modifié les stratégies hospitalières. L'attractivité des établissements est une condition essentielle du fonctionnement et de la pérennité de la structure. Dans cette optique, une cohérence globale doit être recherchée ; la stratégie individuelle du praticien doit être en synergie avec la stratégie de l'établissement. Enfin la fixation des niveaux de redevances devrait être organisée le plus possible sous la responsabilité des directions d'établissement dans le cadre de principes fixés au niveau national.
- [402] La mission préconise l'élaboration dans chaque établissement, qu'il soit public (à commencer par les CHU) ou privé, en concertation avec les praticiens, de chartes de déontologie. Celles-ci comporteraient des engagements de respect de la réglementation, prévoiraient l'application de barèmes pour la fixation du niveau des dépassements, des normes pour les délais d'accès aux soins et les conditions de fonctionnement garantissant la transparence (et donc concrètement des engagements pour la fourniture d'informations permettant de vérifier le respect des engagements pris).

Recommandation n°13 : Rémunérer le travail supplémentaire (gardes et astreintes et plages additionnelles) sur des bases objectives et contrôlées

- [403] La mission partage l'intégralité des constats et préconisations du rapport remis par le Docteur Jean Yves Grall à la Ministre¹⁰⁶. L'ensemble de la permanence des soins libéraux et hospitaliers doit être désormais coordonnée sous l'autorité de l'ARH(S) et s'inscrire dans la nouvelle perspective de la communauté hospitalière de territoire (prévue par le projet de loi de réforme de l'hôpital déjà évoqué). Elle doit être homogène, décloisonnée avec la pratique libérale mais aussi mutualisée et coordonnée avec les établissements de l'environnement. Définie a priori sur la base du constat partagé et clairement documenté des besoins de l'activité non programmable reconnue comme telle, elle doit être ajustée régulièrement et connue de tous. Elle doit enfin être encadrée et conçue sous contrainte financière en fonction des possibilités budgétaires des établissements.
- [404] Il en va de même des plages additionnelles. Elles doivent demeurer l'exception et résulter du seul constat de l'impossibilité à couvrir les activités avec les ressources médicales disponibles, pas uniquement au sein de l'établissement mais en tenant compte d'une logique de territoire. Le partage des activités est de nature à pouvoir fréquemment pallier des effectifs limités, imposés par l'évolution de la démographie médicale. Dans tous les cas, tant les gardes et astreintes que les plages additionnelles devraient figurer clairement dans le programme d'activités annuel (PAA) validé par le chef de pôle et le chef d'établissement de façon à ce que la charge correspondante soit inscrite dans les missions à remplir par l'équipe et qu'elle soit répartie ensuite de manière optimale.

6.3. Renforcer le pilotage des politiques de rémunérations

- [405] Pour surmonter les difficultés qui sont apparues dans le pilotage des politiques de rémunération (partie 5), la mission préconise d'améliorer les connaissances sur les revenus des praticiens et sur cette base, de définir des orientations stratégiques en faisant en sorte que leur mise en œuvre s'effectue à partir d'un « principe de subsidiarité » conduisant à développer le plus possible les responsabilités des établissements publics et privés en matière de gestion des ressources humaines.

6.3.1. Développer la transparence à tous les niveaux et sur toutes les formes de rémunérations

Recommandation n°14 : Confier à l'ONDPS et au HCCAM une mission de collecte et d'analyse les informations sur la rémunération des médecins (Observatoire), faciliter le rôle

¹⁰⁶ Rapport de médiation et de propositions d'adaptation de la permanence des soins remis à la ministre par le docteur Jean Yves Grall, août 2007.

de coordination de la DREES sur les études menées au sein du ministère et mettre en œuvre un programme d'étude à court terme

[406] La mission a constaté des limites importantes à la connaissance des revenus des médecins. Une difficulté majeure tient à la dispersion des informations dans de nombreuses structures qui n'échangent pas suffisamment leur données : Centre national de gestion (CNG) pour les praticiens, CNAMTS pour les médecins exerçant à titre libéral, données détenues par les organismes de retraite (CARMF, IRCANTEC...), données émanant de la direction générale des finances publiques (DGFIP) sur les déclarations de revenus, informations concernant des activités complémentaires que peuvent collecter différentes institutions telles que l'Ordre des médecins pour les activités de recherche et d'expertise, le Ministère de la Justice pour les expertises judiciaire etc. Cette situation crée des difficultés pour le développement des études qui sont par ailleurs nécessaires pour faire évoluer les politiques de rémunération dans le sens préconisé par la mission. La DREES a engagé des travaux importants dans la dernière période, notamment à partir des échanges avec la DGFIP et l'INSEE pour l'exploitation des données fiscales et des DADS. Mais ces efforts doivent être amplifiés et, surtout, engagés sur une base régulière, afin de permettre de disposer d'informations en routine.

[407] La mission préconise donc de faire converger toutes les informations sur les rémunérations que peuvent recevoir les médecins employés dans les établissements de santé publics et privés sur un lieu d'observation. L'objectif est de pouvoir suivre l'évolution au plan national des rémunérations, d'activer et de commanditer toutes les études nécessaires pour obtenir un état des lieux objectif, de comparer les différences entre les statuts, entre les spécialités et d'observer également les différences pouvant exister au sein d'une même catégorie (mesures des dispersions). Il est indispensable, pour que ce lieu d'observation existe et puisse impulser des évolutions dans les politiques de rémunérations, de lui conférer à la fois une indépendance forte vis-à-vis de l'ensemble des groupes de pression et une autorité qui lui permette d'obtenir les informations venant d'organismes très différents et qui peuvent être réticents à fournir leurs données, les considérant comme sensibles.

[408] Plutôt que de créer un nouvel organisme la mission propose d'élargir et d'articuler les missions de deux organismes existants :

- l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) pour qui les questions de rémunérations sont à l'évidence connexes des questions dont il a actuellement la charge,
- le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) qui est par sa composition et son fonctionnement dans une position où il peut rendre des avis indépendants intégrant les questions de rémunération dans une approche globale du système de santé.

[409] Pour que ces deux organismes soient en mesure de mettre en œuvre cette mission, un certain nombre de conditions devront, selon la mission, être respectées :

- les conditions dans lesquelles ces deux organismes pourraient bénéficier de l'apport d'informations devront être définies par voie législative ou réglementaire, incluant l'obligation de fournir des informations individuelles, dans le respect des normes de la CNIL,
- les compétences des deux organismes devront couvrir l'ensemble des médecins, incluant les omnipraticiens et les médecins exerçant de manière exclusive en libéral ambulatoire. Il est en effet indispensable de pouvoir observer de manière comparée les revenus et rémunérations des médecins exerçant en premier recours et ceux pratiquant dans des établissements de référence,
- les informations sur les rémunérations et revenus doivent pouvoir être rapprochées de données sur l'activité des médecins, ce qui implique de faire progresser rapidement les tableaux d'activité, notamment dans les établissements publics de santé,

- des modalités de complémentarité avec les instances régionales pilotant la politique de santé devront être mises sur pied dès le départ,
- un travail de comparaison sur le plan européen et avec les pays de l'OCDE devrait être rapidement amorcé.

[410] Par ailleurs, ce travail sur la rémunération des médecins doit être complété par une réflexion approfondie sur la rémunération des autres professionnels de santé. Cette analyse n'a pas été développée par la mission, car elle n'entrait pas dans l'objet de la demande de la ministre. La mission considère toutefois que dans les propositions qu'elle émet, et notamment celles liées à la mise en œuvre du PAA et du « contrat d'activité » au sein d'une équipe fonctionnelle, l'articulation avec le mode de rémunération des autres membres de l'équipe soignante est essentiel et ne peut être passé sous silence. Ce travail pourrait donc être mené en parallèle par l'ONDPS et le HCAAM.

[411] Enfin sans attendre la mise en œuvre de ces préconisations, devraient être lancée à très court terme une série d'études pour approfondir les constats présentés par la mission. Plus précisément, il s'agirait :

- d'obtenir communication à la DREES des informations de la DGFIP sur les revenus d'activité 2006, 2007 et dès que possible 2008 des praticiens ayant une activité libérale, ainsi que des analyses d'ensemble effectuées par cette dernière sur les charges professionnelles dans le cadre des contrôles,
- d'engager conjointement entre la DREES et la CNAMTS des études sur le coût de la pratique et son évolution pour les spécialités à actes médico-techniques,
- de lancer conjointement entre la DREES et la DHOS un complément de l'enquête « coûts et carrières » déjà évoqué pour approfondir les constats tirés de l'enquête réalisée par la DHOS et le CNG à la demande de la mission sur les rémunérations des médecins et chirurgiens des EPS,
- de lancer conjointement entre la DREES et les services centraux du ministère de la justice une étude sur les expertises réalisées à la demande des juridictions par des médecins et praticiens hospitaliers.

Recommandation n°15 : Mettre l'Ordre des médecins en situation de connaître toutes les rémunérations versées aux médecins inscrits à l'Ordre

[412] L'Ordre des médecins occupe une place particulière dans la connaissance des informations concernant les rémunérations des médecins. Il est en effet informé de ces rémunérations dans le cadre des évaluations scientifiques financées par les laboratoires pharmaceutiques¹⁰⁷. Cette information est toutefois disponible dans deux structures différentes : l'ordre national et les ordres départementaux. Il n'existe pas, sur ce sujet, de fichier national, ce qui rend impossible toute visibilité sur les subsides réels versés aux praticiens dans le cadre de ces études. Par ailleurs, les activités des médecins doivent être précisées et les éventuels cumuls entre les fonctions de conseiller scientifique, de coordonnateur et d'investigateur doivent pouvoir être repérés.

[413] La mission préconise une modification des dispositions législatives qui organisent la transmission d'information à l'ordre (article L 4113-6 du code de la santé publique). Il s'agirait de permettre au CNOM de constituer un fichier national rassemblant les informations détenues par ses instances, tant locales que nationale, sur les rémunérations liées aux activités de recherche et d'évaluation scientifique et d'expertise sous toutes leurs formes. Dans ce cadre, les données recueillies par les différents échelons de l'Ordre des médecins devraient donc être transmises et centralisées par l'Ordre national des médecins et exploitées par lui.

¹⁰⁷ Article 4113-6 du code de santé publique

- [414] Les données individuelles devraient être transmises ensuite à l'établissement d'exercice du médecin, ce que permettent maintenant aisément les procédures télématiques. Il appartiendrait à celui-ci de solliciter du médecin les explications complémentaires éventuellement nécessaires et de transmettre aux instances ad hoc les comportements anormaux susceptibles de suites. L'exploitation collective des données recueillies par l'institution devrait par ailleurs être transmise à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins pour nourrir la décision publique.

Recommandation n°16 : Organiser l'information systématique des directions des établissements publics employeurs sur les rémunérations de leurs collaborateurs

- [415] Les directions des établissements publics de santé n'ont connaissance que d'une partie des rémunérations des praticiens qui y travaillent. La mission préconise que les commissions locales d'activité libérale disposent de la totalité des montants recensés par l'assurance maladie, y compris les dépassements d'honoraires, quel que soit le mode de calcul des charges.

- [416] Le statut des praticiens hospitaliers interdit aux praticiens hospitaliers « de recevoir aucun autre émolument au titre d'activités exercées à l'extérieur des établissements d'affectation¹⁰⁸ » mais cette disposition ne s'applique pas « aux expertises ou consultations que les praticiens peuvent être autorisés à effectuer ou à donner sur la demande soit d'une autorité administrative ou judiciaire, soit de personnes ou d'organismes privés, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé du budget et de la sécurité sociale ». Or cet arrêté n'est jamais paru. Par ailleurs, si les praticiens hospitaliers sont tenus de déclarer au directeur de leur établissement les activités de recherches qu'ils ont amenés à réaliser dans le cadre de leurs activités hospitalières, il n'est pas précisé si cette déclaration doit concerner également les conventions financières passées avec les industriels promoteurs d'essais de recherche clinique (voir partie 3).

- [417] C'est pourquoi la mission préconise l'élaboration d'un arrêté interministériel qui prévoirait que, en dehors de l'activité libérale, toute activité rémunérée effectuée par un médecin exerçant à temps plein dans un établissement public de santé (recherche, expertise et conseil, activités de soins ou d'astreinte hors de l'établissement, formation...) fasse l'objet d'une déclaration par le médecin auprès de la direction de l'établissement. Des textes réglementaires devraient organiser la mise à disposition des informations détenues par les organismes publics employeurs aux établissements publics de santé en prévoyant l'information parallèle des médecins concernés. Un dispositif analogue devrait être prévu afin que les directions des établissements privés employant des médecins à temps plein puissent obtenir le même niveau d'informations sur les médecins qu'ils recrutent pour une pratique exclusive dans leur établissement.

Recommandation n°17 : Mettre en place dans chaque CHU une fondation hospitalo-universitaire de recherche

- [418] Le dispositif qui organise le financement par l'industrie des activités de recherche menés au sein de l'hôpital public à travers la mise en place d'associations loi de 1901, pose de nombreux problèmes (voir partie 3). Mais l'enquête a fait aussi apparaître l'utilité de ces structures pour le bon fonctionnement des établissements publics notamment en terme de souplesse de gestion. Il est souhaitable qu'un cadre de fonctionnement rénové permette d'assurer la transparence sur les financements parallèlement aux efforts mis en œuvre par le CENGEP pour assurer une tarification équitable des prestations fournies. Il est nécessaire que l'information soit partagée à l'intérieur d'un même établissement entre tous les médecins et les gestionnaires de cet établissement, que les médecins soient accompagnés pour la gestion administrative de ces financements tout en préservant leur souplesse d'emploi.

¹⁰⁸ Article 28 du décret du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers.

[419] C'est pourquoi la mission préconise la mise en place dans chaque CHU d'une fondation hospitalière de recherche. Ce dispositif serait défini à partir d'une disposition de la LRU (loi 2007 – 1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités) qui a prévu la possibilité de créer des fondations universitaires. Il s'agirait d'organismes dotés de l'autonomie financière auxquels seraient notamment affectés les financements en provenance de l'industrie et qui permettent la réalisation des activités de recherches, études ou essais nécessitant du temps médical ou des ressources des établissements publics ou privés de la région. Ces fondations redistribueraient les financements ainsi recueillis au profit du fonctionnement des équipes concernés par ces activités. Ces fondations pourraient aussi recevoir des dons pour le financement de la recherche. Pour être attractives, les fondations hospitalières pour la recherche doivent permettre de bénéficier de dispositions fiscales, en particulier en autorisant qu'une partie de l'impôt sur les sociétés puisse être déduit au profit de dons à ces fondations (code des impôts). Les organes de direction des fondations associeraient des représentants du CHU et des établissements participant aux programmes de recherche, ceux de l'Université de rattachement du CHU mais aussi des praticiens issus des équipes médicales parties prenantes.

6.3.2. Définir, structurer et piloter une politique nationale de la rémunération

Recommandation n°18 : Mettre en place une coordination renforcée et formalisée au niveau national entre les directions d'administration centrale et la CNAMTS

[420] Le cloisonnement des responsabilités entre les administrations de l'Etat et les services de la CNAMTS ne permet pas un pilotage cohérent de la politique de rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers (voir partie 4). Celui-ci est particulièrement nécessaire à un moment où les questions majeures de l'évolution du système de santé appellent des réponses cohérentes sur la gestion des professions médicales aujourd'hui trop compartimentée entre la gestion des professionnels libéraux et celle des médecins salariés des EPS ou de PSPH et aussi, au sein des praticiens du secteur public, entre les mono appartenants et les bi-appartenants hospitalo-universitaires.

[421] Pour élaborer et mettre en œuvre dans la durée une politique de rémunération, la mission préconise de constituer une équipe projet associant des compétences des différents services de la DHOS, de la DREES, de la DSS et la CNAMTS et du CNG mais aussi des services du ministère de la recherche et des universités. Cette équipe projet serait placée sous l'autorité d'une structure de coordination en charge de la mise en œuvre de la politique de santé dans son ensemble. Cette structure pourrait être dans un premier temps le comité de coordination qui rassemble les représentants des directions d'administration centrale et ceux de l'assurance maladie, puis l'instance de coordination prévue par le projet de loi portant réforme de l'hôpital. Cette instance rassemblerait sous la présidence de la ministre de la santé les acteurs de la politique de rémunération au niveau ministériel et interministériel.

6.3.3. Renforcer les capacités d'action au niveau régional

Recommandation n°19 : Donner aux ARS des responsabilités larges dans la gestion des ressources humaines médicales

[422] La gestion des rémunérations tout comme celle des ressources humaines des praticiens des EPS sont assez centralisées (partie 4). La mission préconise une redéfinition du cadre national à travers l'élaboration d'une nouvelle CCAM et un lien plus étroit entre la rémunération des praticiens hospitaliers, leurs activités et les résultats. La mise en œuvre de ces orientations ne pourrait réussir que si elle est largement confiée aux autorités déconcentrées et aux directions d'établissements. Dans ce sens la mission préconise de développer rapidement les responsabilités des ARS dans trois domaines :

- la gestion du recrutement et de la mise en position de recherche d'affectations des praticiens hospitaliers,

- la gestion des rémunérations liées aux MIGAC, à commencer par la permanence des soins,
- la gestion des prestations dérogatoires et donc des rémunérations afférentes dans le cadre du Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité de soins (FICQS).

Recommandation n°20 : Mettre en place dans chaque région un programme de contrôle au début pris en charge par des équipes mixtes DRASS service médical puis à terme par le département d'audit des ARS

[423] Les programmes d'audit, de contrôle et d'inspection élaborés par les ARH, avec le concours des services de l'Etat et de l'Assurance maladie, ne se sont que très rarement intéressés à la question de la rémunération des médecins, notamment pour s'assurer que le cadre réglementaire actuel encadrant la pratique libérale dans les établissements publics était bien respecté. Il est essentiel qu'une impulsion forte soit donnée à la fois pour que ce type de contrôle soit mis en place, mais également, une fois les ARS créées, pour que les aspects liés à l'égalité d'accueil des patients soient audités. Dès 2009, les programmes des MRIICE devraient comprendre un contrôle de l'activité des commissions d'activité libérale dans les établissements publics de santé et un autre sur les conditions dans lesquelles sont versées les rémunérations de permanence des soins. A partir de 2010 des objectifs exigeants devraient être fixés aux ARS pour développer les missions d'audit de rémunération dans les établissements, en liaison le cas échéant avec leurs structures d'audit interne.

Recommandation n°21 : Donner mandat aux Conférences régionales de santé de s'assurer de l'égalité d'accueil dans les établissements de santé

[424] Les Conférences régionales de Santé doivent, depuis la loi du 9 août 2004 établir un bilan annuel sur les droits des malades. Cet exercice est nécessaire, mais il ne couvre pas les difficultés d'accès qui peuvent survenir du fait de rémunérations privées des médecins, établies de manière individuelle ou autorisées par des établissements (publics ou privés) de santé et aboutissant, de fait, à l'exclusion des malades, à retarder les soins ou à créer des monopoles de situations ou des filières. Les CRS pourraient être chargés d'élargir ce bilan en s'assurant :

- qu'il n'existe pas de déport du privé vers le public de certains patients ou actes,
- que l'offre hospitalière dans certaines spécialités n'est pas systématiquement associée à des dépassements d'honoraires,
- qu'il n'existe pas de filière contrainte pour les pathologies lourdes ou chroniques (cancer, sida, maladies chroniques...) aboutissant à des actes privés sans le consentement des patients.

[425] Les CRS devraient intégrer dès 2009 dans leur rapport annuel un volet sur les difficultés rencontrées par les patients dans leur parcours de soins, du fait de certaines pratiques de rémunérations.

[426] Dès la création des ARS, ce volet pourrait couvrir également les pratiques en médecine ambulatoire.

6.3.4. Soutenir l'émergence d'une gestion des ressources humaines médicales dans les établissements

[427] Les établissements publics de santé rencontrent beaucoup de difficultés pour mettre en œuvre une politique de gestion des ressources humaines médicales (voir parties 2 et 4). Les réformes en cours sur la nouvelle gouvernance offrent des opportunités de renforcement des capacités de management au sein du pôle d'activité médicale, cliniques ou médico-techniques.

Recommandation n°22 : Renforcer les capacités de management au niveau des équipes médicales par une meilleure valorisation de la fonction de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle (UF)

[428] Le développement de la gestion par pôle doit s'accompagner d'un renforcement des capacités de management au plus près des services et donc d'une reconnaissance accrue de la fonction de chef de service ou d'UF dans les grands services. La mission considère que le renforcement de ce niveau médical de management est la condition indispensable pour enregistrer des progrès dans la gestion des activités et des rémunérations. Il n'y a pas de contradiction, bien au contraire, à développer la fonction de chef de service dans le cadre du management par pôle. Cette fonction devrait être reconnue et valorisée au niveau des PAA et des contrats d'activité.

Recommandation n°23 : Développer les systèmes d'informations, les outils de gestion et les procédures d'audit au sein de chaque établissement

[429] La mise en place de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) représente une opportunité pour amplifier les actions déjà très importantes engagées par la MEAH et favoriser l'émergence d'outils de pilotage qui intègrent les dimensions de la performance hospitalière et de la gestion des ressources humaines. Les systèmes d'information permettant le suivi de l'activité et les résultats en termes de qualité (indicateurs de qualité du service rendu aux patients et suivi comptable ; les deux ne s'opposant pas mais se complétant) doivent être systématiquement développés. Des outils de gestion des ressources humaines comme la mise en place d'un dispositif d'entretien annuel au niveau des équipes s'avèrent indispensables pour la mise en place du PAA et des contrats d'activité. En cela, le management des ressources humaines médicales, soignantes et administratives doit être renforcé au niveau de l'échelon de proximité. Dans les grands établissements, à commencer par les CHU, les fonctions d'audit interne doivent être renforcées ou créées quand elles n'existent pas encore.

Laurent CHAMBAUD

Mustapha KHENNOUF

Christophe LANNELONGUE

Etienne DUSEHU

Loïc GEFFROY

Patrick MORDELET

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Elaborer une nouvelle CCAM, différenciée selon les spécialités, étendue à toutes les activités et valorisant les charges liées à l'environnement des activités médicales de manière articulée avec la tarification des établissements	DSS, DHOS, DREES CNAMTS,	2009-2011
2	Poursuivre les démarches visant à assurer la transparence sur les tarifs pratiqués et au sein des établissements, notamment publics, développer une régulation locale des dépassements à travers des engagements formalisés dans des chartes de déontologie	DSS, DHOS, DREES CNAMTS,	2009-2010
3	Elaborer pour chaque praticien un programme annuel d'activités (PAA), dans le cadre d'un contrat d'équipe	DHOS	2009-2010
4	Refondre le décret sur la part complémentaire variable (PCV) pour que le montant attribué à chaque praticien soit fixé à partir de l'atteinte des objectifs inscrits dans le PAA	DHOS, DSS	2009
5	Faciliter la construction des PAA en mobilisant les sociétés savantes sous l'égide de la HAS et de la MEAH avec l'appui de l'ATIH et confier aux ARH puis aux ARS une mission de diffusion des bonnes pratiques	DHOS, HAS MEAH (ANAP) ARH (ARS)	2009-2010
6	Mettre en place un contrat d'activité pour chaque praticien pour organiser les choix de spécialisation et leurs conséquences en termes de rémunération	DHOS, DSS, Ministère de la recherche et des universités	2009-2010
7	Simplifier le cadre statutaire des praticiens des établissements publics de santé et permettre le développement d'une gestion de proximité et de parcours de carrière diversifiés	DHOS, DSS, Ministère de la recherche et des universités	2010-2012
8	Améliorer le régime de retraite des praticiens hospitaliers dans le cadre des évolutions indemnitaires proposées	DHOS, DSS, IRCANTEC (Caisse des Dépôts et Consignations)	2009-2010
9	Élargir les contrats conclus entre les praticiens libéraux et les établissements privés pour qu'ils prennent en compte les activités transversales ou d'intérêt général	DHOS, DSS	2009
10	Élargir les contrats pour qu'ils prennent en compte les activités transversales ou d'intérêt général	DHOS, DSS	2009-2010

11	Développer les expérimentations permettant de créer des communautés médicales autour de l'hôpital local	DHOS, DSS, MEAH (ANAP)	2009
12	Mieux encadrer les activités libérales à l'hôpital public notamment à travers l'élaboration de chartes de déontologie	DHOS, MEAH (ANAP), ARH (ARS)	2009
13	Rémunérer le travail supplémentaire (gardes et astreintes et plages additionnelles) sur des bases objectives et contrôlées	DHOS, MEAH (ANAP), ARH (ARS)	2009-2010
14	Confier à l'ONDPS et au HCCAM une mission de collecte et d'analyse les informations sur la rémunération des médecins (Observatoire), faciliter le rôle de coordination de la DREES sur les études menées au sein du ministère et mettre en œuvre un programme d'étude à court terme.	DGS, DREES, ONPDS, DSS, HCCAM	2009-2010
15	Mettre l'Ordre des médecins en situation de connaître toutes les rémunérations versées aux médecins inscrits à l'ordre	DGS, DHOS, DREES, DSS	2009-2010
16	Organiser l'information systématique des directions des établissements publics employeurs sur les rémunérations de leurs collaborateurs	DHOS, DREES, DSS,	2009-2010
17	Mettre en place dans chaque CHU une fondation hospitalo-universitaire de recherche	DHOS, Ministère de la recherche et des universités	2009-2010
18	Mettre en place une coordination renforcée et formalisée au niveau national entre les directions d'administration centrale et la CNAMTS	DHOS, DREES, DSS, CNAMTS, CNG	2009
19	Donner aux ARS des responsabilités larges dans la gestion des ressources humaines médicales	DHOS, CNG, DSS MEAH (ANAP), ARS	2009-2010
20	Mettre en place dans chaque région un programme de contrôle au début pris en charge par des équipes mixtes DRASS service médical puis à terme par le département d'audit des ARS	DHOS, ARH (ARS)	2009-2010
21	Donner mandat aux Conférences régionales de santé de s'assurer de l'égalité d'accueil dans les établissements de santé	DHOS, CNAMTS, ARH (ARS)	2009-2010
22	Renforcer les capacités de management au niveau des équipes médicales par une meilleure valorisation de la fonction de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle (UF):	DGS, ARH (ARS)	2009-2010
23	Développer les systèmes d'informations, les outils de gestion et les procédures d'audit au sein de chaque établissement	DHOS, MEAH (ANAP), ARH (ARS)	2009-2010

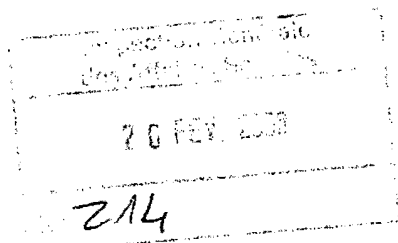
Lettre de mission



Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

Cab/PhS/NN/MGD/A.6194

Paris, le 22 FEV. 2008



La Ministre

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet: Mission IGAS/CGES sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers

Deux modes de rémunération des médecins fondamentalement différents coexistent dans notre système de soins : les médecins libéraux, en cabinet ou en clinique, sont essentiellement rémunérés à l'acte, sous réserve de forfaits complémentaires introduits notamment dans le cadre du financement de la permanence des soins et des réseaux de santé ; en établissement public ou privé participant au service public hospitalier, les médecins sont en revanche principalement rémunérés par un traitement fixe, moyennant des éléments de rémunération complémentaires dépendant en partie de l'activité (gardes et astreintes, plages additionnelles, part variable,...)

Ce système dual est aujourd'hui confronté à des évolutions susceptibles de le remettre en cause :

- les tensions dans la démographie de certaines spécialités médicales imposent d'harmoniser les modes et niveaux de rémunération entre secteurs, pour permettre une optimisation de la ressource médicale ;
- de même, le développement des collaborations public/privé dans le cadre des coopérations hospitalières ou de l'organisation de la permanence des soins appelle une clarification des modes d'exercices et de rémunérations et une réduction des écarts injustifiés ;
- enfin, la mise en place d'un financement à l'activité commun aux établissements publics et privés, qui accroît la concurrence entre établissements, appelle un mode de rémunération stimulant et attractif pour les médecins, qui se situent au cœur de l'activité de production de soins.

Il est donc nécessaire d'étudier les modalités possibles d'un rapprochement des modes et niveaux de rémunérations des médecins hospitaliers pour des activités identiques exercées dans des conditions comparables. Cependant, la diversité des situations et la complexité des dispositifs de rémunération dans chacun des secteurs appellent la réalisation d'un état des lieux préalable à toute comparaison pertinente.

.../...

C'est pourquoi, je vous demande de diligenter une mission de l'IGAS, avec le concours de conseillers généraux des établissements de santé, qui aura d'abord à charge d'établir cet état des lieux, visant notamment à mesurer et à différencier en fonction du statut (libéraux, PH, universitaires, contractuels, médecins en formation), de l'établissement d'exercice et, le cas échéant, de la discipline :

- l'ensemble des rémunérations perçues par les médecins exerçant en établissement, qu'il s'agisse des rémunérations versées par l'assurance maladie et les patients (honoraires des médecins de statut libéral et honoraires d'activité libérale des praticiens hospitaliers, à tarif conventionnels ou en dépassement de ces tarifs ; indemnités et forfaits complémentaires) par l'établissement (traitements et salaires, primes et indemnités, gardes, astreintes, plages additionnelles, part variable) ou par d'autres payeurs (activités d'intérêt général tels les enseignements, expertises, rémunérations de l'exercice dans un autre établissement) ;
- les redevances pour service rendus versées par les médecins à leur établissement (redevance des médecins libéraux en clinique ; redevances d'activité libérale des praticiens hospitaliers) qui, à l'inverse, s'imputent sur la rémunération ;
- la réalité des conditions d'activité, notamment en termes de durée effective du travail et de répartition du temps de travail entre les différentes activités (soins dans le cadre de l'activité hospitalière et de l'activité libérale, formation continue, participation à la gestion des structures et au management des équipes, activités d'intérêt général exercées à l'extérieur de l'établissement, ...) et en terme de volume d'activité produite.


L'évolution de ces éléments devra pouvoir être appréciée sur les 5 dernières années disponibles.

Sur la base de cet état des lieux, la mission s'efforcera d'analyser l'impact prévisible des évolutions en cours comme la mise en place de la part variable pour les chirurgiens des établissements publics ou la réforme de la tarification des actes techniques (CCAM) pour les médecins libéraux. Je souhaite que les premières propositions du rapport Aubart-Vallencien-Cuq sur les chirurgiens soient analysées dans le cadre de cette réflexion.

Elle formulera ensuite toutes propositions de mesures de nature à favoriser des convergences des modes de rémunération et d'exercice, adaptées aux enjeux de notre système de santé. Ces propositions devront inclure les questions d'évolution des statuts et des modes d'exercice, de durée et d'évolution de carrière, en rapport avec les nouvelles modalités d'organisation du système de soins et des établissements et la diversité des conditions d'exercice pouvant justifier des réponses plurielles.

Pour réaliser cet état des lieux et élaborer ces propositions, la mission pourra s'appuyer sur les services de la DHOS, de la DSS, de la DREES et de la CNAMTS.

Je souhaite que la mission me rende son rapport à la fin du mois de mai 2008.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Liste des personnes rencontrées

1) Cabinet de Madame Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Mme Véronique Billaud, conseillère technique
Mme Elizabeth Fery Lemonnier, conseillère technique
Pr Y Matillon, conseiller technique
M. Norbert Nabet, conseiller technique

2) Services centraux

Direction générale de la santé (DGS)

M. Didier Houssin, directeur général
Mme Marie Dominique Furet, chargée de mission auprès du DGS

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

Mme Annie Podeur, directrice
Mme Christine d'Autume, chef de service
M. Marc Oberlis, sous directeur
Mme Béatrice Bermann, chef du bureau
Mme Maud Lambert Fenery, chargée de mission
M. Pierre Botreau-Roussel, chef de la mission Observation, Prospective, et de la Recherche Clinique (OPRC)
Mme Martine Aoustin, chef de la mission TAA
Mme Laetitia Collombet, chargée de mission
M. Thibault Gerdil-Margueron, chargé de mission
Mme Christine Orsi, chargée de mission

Direction de la sécurité sociale (DSS)

M. Dominique Libault, directeur
M. Jean Philippe Vinquant, sous directeur
Mme Marine Jeantet, adjointe au sous directeur
M. Bruno Mars, chef de bureau

Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Mme Lucile Olier, sous directrice
M. François Guillaumat-Taillet, chef du bureau
Mme Ketty Attal-Joubert, adjointe au chef du bureau
Mme Hélène Fréchou, chargée de mission

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONPDS)

M. le Doyen Berland, président

Mission juridique du Conseil d'Etat auprès du ministère

M. Nicolas Boulouis, auditeur

3) Agences nationales

Centre national de gestion CNG

Mme Danièle Toupillier, directrice
Mme Marie Claude Marel
Mme Odile Romain
Mme Séverine Buisine
M. Jean Pierre Cambon
Mme Marie-France Colette

AFSSAPS

Mme Murielle Bergés, directrice des ressources humaines
Mme Séverine Remillien, responsable pôle de gestion des experts

ATIH

Mme Maryse Chodorge, directrice
Mme Marion Mendelsohn, chargée de mission

MEAH

M. David Lespegagne, adjoint au chef de la mission

4) Services déconcentrés de l'état

DDASS des Alpes Maritimes

M. François Xavier Lorre, adjoint à la directrice
Mme Michelle Besson, responsable du pôle Etablissements de santé
M. Thierry Mathieu
M. le Dr François Vincenti
Mme le Dr Isabelle Arrighi

DDASS de la Mayenne

Mme Ségolène Chapellon, directrice
M. le Dr Robert Vegas

5) Organismes de l'Assurance maladie

CNAMTS

M Frédéric Van Rockeghem, directeur général
M. Jean Marc Aubert, directeur de la gestion du risque
Mme Dominique Polton, directrice des études
M. Yvon Merlière
Mme Florence Gary
M. Claude Gissot
Mme C. Carbonne
Mme Annie Aliès Patin
Mme H Weissmann

CPAM de Nice

M. Jean-Jacques Greffeuille, directeur et ses collaborateurs

CPAM de Paris

Mme Marie René Babel, directrice

UNOCAM

Daniel Lenoir, directeur général de la FNMF

IRDES

Mme Chantal Cases, directrice

M. Mousques, chargé de mission

6) Autres ministères, organismes publics ou privés**Cour des comptes**

M Simon Fetet, auditeur 6eme chambre

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCCAM)

M Bertrand Fragonard, président

Mme Agnès Bocognagno, secrétaire générale

Ministère de la justice

Mme Dominique Lottin, adjointe au secrétaire général

M. Jean Paul Athenon, premier président de la cour d'appel d'Aix Marseille

Ministère de la Recherche et des Universités

M. Bonhotal, chef de service direction générale des ressources humaines

OCDE

Mme Rie Fujisawa

M. Gaëtan Lafortune

CARMF

M. le Dr Gérard Maudru, président

M. Henri Chafiotte, directeur

Mme Fabienne Sédillot, responsable des statistiques

7) Ordre des médecins**Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**

M. le Dr Legmann, président

M le Dr Vorhauer, secrétaire général

Docteurs Bernard Chanu et William Junod, commission des relations avec l'industrie

Conseil départemental des Alpes Maritimes

M. le Dr Jacques Schweitzer, président

8) Représentants des médecins et chirurgiens hospitaliers**Confédération syndicale des médecins français (CSMF)**

M. le Dr Chassang, président

M le Dr Rey, secrétaire général de l'UMESPE

MG France

M. le Dr Martial Olivier Koehret, président

Syndicat des médecins libéraux (SML)

M. le Dr Dinorino Cabrera, président

Intersyndicale des praticiens hospitaliers (INPH)

Mme le Dr Rachel Bocher, présidente

M. le Dr Alain Jacob

Coordination médicale hospitalière

M. le Dr François Aubart, président

**Syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics
SNAM-HP**

M. le Pr Roland Rhymer, président

Intersyndicale nationale des internes des hôpitaux (INSIH)

M. Benoit Elleboode, président

Association nationale des étudiants en médecine

M. Charles Mazaud, président

9) représentants des employeurs hospitaliers**Fédération hospitalière de France (FHF) :**

M. Gérard Vincent, délégué général

Mme Hélène Boyer, chargée de mission

Fédération hospitalière privée (FHP)

M. Durousset, président

M. Burnel, délégué général

MM. les Drs Bataille et Schutz

FEHAP

M. Dupuis, délégué général et ses collaborateurs

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNLCC)

M. Dominique Maigne, directeur général

Mme Denise Annandale-Massa, directrice du développement des ressources humaines

Conférence des DG de CHU sous la présidence de M Paul Castel**Conférence des présidents de CHU**

Professeur Paul Destrée et les membres du bureau, Pr Clavert (Strasbourg), Pr Coriat (Paris), Pr Marès (Nîmes), Pr Moulin (Marseille),

Conférence des présidents de CME des CHS :

M. le Dr Serge Halimi

Conférence des présidents des CME des cliniques

MM les Drs Halligon et Baron

Conférence des présidents de CME des CH

Docteurs Fellingier et Bichet

Fédérations des spécialités médicales

M. le Dr Olivier Brissot-Guinodière

Groupe Capio

M. Attia, PDG

10) Autres organismes

Collectif Interassociatif en Santé

M. Christian Saout, président

M. Gérard Raymond, président de l'association française des diabétiques (AFD)

Mme Magali Léaud, chargée de mission

Centre national de gestion des essais et produits de santé (CENGEPS)

M. Vincent Diebolt, directeur

SANTECLAIR

Mme Marianne Binst

M. Frédéric Cosnard

Hospices civils de Lyon

Mme Odile Gelpi, directrice déléguée à la recherche

11) Personnalités, experts,

M Aissa Khelifa, consultant

M. Edouard Couty, Conseiller maître la Cour des comptes

Ms Cathy Davenport, consultante (ancienne responsable du programme Job planing au NHS)

MM Aubart, Cuq, Vallancien en tant qu'auteurs du rapport « Quels modes de rémunération pour les chirurgiens »

12) Direction générale de l'AP HP

M. Benoit Leclercq, directeur général

M. Dominique Giorg, secrétaire général

M. le Pr Fagon, directeur des affaires médicales

M. Bruno Soudan, responsable audit

M. Christophe Miss, responsable recherche

M. Julien Gottsmann, responsable de système d'information

13) Responsables et praticiens des Etablissements visités par la mission

La mission remercie pour leur grande disponibilité les directeurs et leurs collaborateurs, les praticiens, membres de CME, responsables de pôle, chef de service ou membres des équipes des établissements suivants :

Etablissements de l'AP HP

La Pitié Salpêtrière

Henri Mondor

Etablissements hospitaliers des Alpes Maritimes

CHU de Nice

CH de Cannes

CH de Grasse

CHS Sainte Marie

Clinique Saint Georges

Fondation Lenval

Institut Arnaud Tzanck

Établissements hospitaliers de la Mayenne

CH Laval

Polyclinique du Maine

HL Ernée

Établissements hospitaliers dans d'autres départements

CHU d'Amiens (Somme)

CHU de Poitiers (Haute Vienne)

Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille

Hôpital d'Antony Générale de Santé (Antony, Hauts de Seine)

Hôpital Saint Joseph Marseille Bouches du Rhône

Nouvelles Cliniques Nantaises (Nantes, Loire Atlantique)



Inspection générale
des affaires sociales
RM2008-147P

Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers

RAPPORT TOME II - ANNEXES

Établi par

Laurent CHAMBAUD Mustapha KHENNOUF Christophe LANNELONGUE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec le concours de

Patrick MORDELET Etienne DUSEHU Loïc GEFFROY

Conseillers généraux des établissements de santé

- Janvier 2009 -

Sommaire

ANNEXE 1 : LA POPULATION MEDICALE FRANÇAISE ET LES TYPES D'ETABLISSEMENTS D'EXERCICE	5
1. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE D'AVANTAGE ESTIMEE QUE MESUREE	5
1.1. <i>Une population difficile à dénombrer avec précision.....</i>	<i>5</i>
1.2. <i>La structure démographique des médecins se caractérise par une forte féminisation et un vieillissement</i>	<i>7</i>
2. LA REPARTITION SELON LE MODE D'EXERCICE ET PAR SPECIALITE	8
3. LE STATUT JURIDIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LE MODE D'EXERCICE	11
ANNEXE 2 : LA POPULATION DES MEDECINS ET CHIRURGIENS EXERÇANT EN ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES	13
1. LES DIFFERENTES CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS D'EXERCICE MEDICAL.....	13
1.1. <i>Le secteur public est essentiellement composé d'établissements publics de santé (EPS). ..</i>	<i>14</i>
1.2. <i>Le secteur privé est lui-même subdivisé en deux grandes sous catégories :</i>	<i>15</i>
1.2.1. Les établissements à but non lucratif.....	15
1.2.2. Les établissements à but lucratif.....	15
2. LES EFFECTIFS ET L'ACTIVITE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS SELON L'ETABLISSEMENT.....	16
2.1. <i>La répartition des effectifs selon les structures d'appartenance</i>	<i>16</i>
2.2. <i>L'activité est très orientée sur certaines structures selon les spécialités</i>	<i>17</i>
ANNEXE 3 : LES STATUTS DES PRATICIENS HOSPITALIERS DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	21
1. LES PERSONNELS HOSPITALIERS.....	21
2. UNE ORGANISATION STATUTAIRE LOURDE	22
2.1. <i>Les praticiens hospitaliers à temps plein.....</i>	<i>22</i>
2.2. <i>Les praticiens hospitaliers à temps partiel</i>	<i>22</i>
2.3. <i>Les assistants des hôpitaux.....</i>	<i>22</i>
2.4. <i>Les praticiens -attachés</i>	<i>23</i>
2.5. <i>Les praticiens adjoints contractuels</i>	<i>23</i>
2.6. <i>Les praticiens attachés-associés et assistants-associés.....</i>	<i>23</i>
ANNEXE 4 : LES PERSONNELS HOSPITALO UNIVERSITAIRES	25
1. UNE CATEGORIE DE PRATICIENS HOSPITALIERS	25
2. LES PRINCIPES DE LA REMUNERATION DES HOSPITALO UNIVERSITAIRES	27
2.1. <i>Une rémunération statutaire.....</i>	<i>27</i>
2.2. <i>Complétée par d'autres rémunérations et participations</i>	<i>27</i>
2.3. <i>Les émoluments hospitaliers.....</i>	<i>28</i>

ANNEXE 5 : LES PERSONNELS EN FORMATION.....	29
1. DES EFFECTIFS EN AUGMENTATION.....	29
2. L'ORDRE DES PREFERENCES DES ETUDIANTS EVOLUE SANS ETRE BOULEVERSE.....	31
ANNEXE 6 : LE SYSTEME DE REMUNERATION DES PRATICIENS LIBERAUX EXERÇANT DANS LES CLINIQUES PRIVEES	33
1. LES DONNEES SUR LES HONORAIRES ET LES REVENUS D'ACTIVITE DES MEDECINS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE.....	33
1.1. <i>Une connaissance limitée et des difficultés à croiser les informations disponibles</i>	33
1.2. <i>La mise en regard des effectifs et des rémunérations reste fragiles</i>	35
1.3. <i>L'enregistrement des honoraires se heurte aussi à des points de fragilité</i>	35
1.4. <i>Les données sur les revenus d'activité</i>	36
2. LE SYSTEME DE REMUNERATION DES PRATICIENS LIBERAUX.....	36
2.1. <i>Le dispositif conventionnel</i>	36
2.1.1. <i>Eléments généraux</i>	36
2.1.2. <i>Les différents tarifs</i>	37
2.2. <i>Le contrat, les redevances et le lien avec l'établissement</i>	38
2.2.1. <i>Le contrat</i>	38
2.2.2. <i>La redevance</i>	40
2.3. <i>L'évolution du secteur privé</i>	41
2.3.1. <i>La montée en puissance des groupes</i>	41
2.3.2. <i>Cette nouvelle donne pèse sur les relations avec le corps médical</i>	42
ANNEXE 7 : LE SYSTEME DE REMUNERATION DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.....	43
1. LES ELEMENTS DE LA REMUNERATION DES PRATICIENS	43
2. UN SYSTEME D'EMOLUMENTS, DE REMUNERATIONS ET D'INDEMNITE COMPLEXE	45
2.1. <i>Les indemnités liées à la permanence des soins</i> :	45
2.2. <i>Les indemnités liées à la permanence des soins</i> :	46
3. LES REVENUS DES MEDECINS HOSPITALIERS EMPLOYES PAR LES ETABLISSEMENTS PRIVES PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	47
ANNEXE 8 : L'EMERGENCE DE DEMARCHES INNOVANTES LIANT LA PERFORMANCE A LA REMUNERATION EN FRANCE ET A L'ETRANGER	49
1. LA MISE EN PLACE D'UNE PROGRAMMATION DE L'ACTIVITE.....	49
1.1. <i>La rémunération des praticiens en fonction d'indicateurs de qualité et d'activité : l'exemple de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC)</i>	50
1.2. <i>La rémunération totale ou partielle des praticiens sur la base de la CCAM dans des établissements privés à but non lucratif</i>	51
2. L'EXPERIENCE BRITANNIQUE DU NOUVEAU CONTRAT DE CONSULTANT HOSPITALIER.	52
2.1. <i>Le nouveau contrat de consultant hospitalier</i>	52
2.2. <i>Le « job planning »</i>	52

ANNEXE 1 : La population médicale française et les types d'établissements d'exercice

1. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DAVANTAGE ESTIMEE QUE MESUREE

- [1] Les médecins et chirurgiens des établissements de santé publics et privés ainsi que les médecins ambulatoires constituent une population très hétérogène. La démographie médicale est appréhendée selon la spécialité, médicale ou chirurgicale, les conditions de rémunération, très différentes selon le mode d'exercice libéral ou salarié, le statut juridique de l'établissement d'appartenance public, privé conventionné ou privé participant au service public hospitalier, ou encore les modalités d'exercice (exclusivement hospitalier ou mixte). Du fait de cette diversité, l'estimation du nombre global de médecins et de son évolution varie sensiblement selon la source.

1.1. Une population difficile à dénombrer avec précision

- [2] L'estimation du nombre global de médecins et de son évolution varie selon les sources. Les sources d'information qui permettent d'appréhender l'effectif total de médecins en France sont multiples, ne couvrent pas les mêmes champs et finalement ne se recoupent pas forcément¹. Les principaux fichiers disponibles ne sont pas construits sur les mêmes nomenclatures de spécialités et/ou de modes d'exercice. Ainsi trouve-t-on :
- Le fichier automatisation des listes des professions de santé (ADELI) se caractérise par la déclaration volontaire des médecins. Une part non négligeable d'entre eux ne le fait cependant pas, surtout en milieu hospitalier. Le champ des médecins libéraux est constitué de tous ceux qui ont une activité libérale, activité principale ou non, remplaçants ou non.
 - Les données du système national d'informations inter régime (SNIIR) excluent les remplaçants et les biologistes ainsi que les praticiens hospitaliers n'ayant pas d'activité libérale.
 - Les données du répertoire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ne sont pas exhaustives en raison du mode de déclaration volontaire. En dépit d'une obligation d'inscription faite aux médecins, les données sont de ce fait fragilisées².
 - L'enquête emploi est menée par l'INSEE et la sous estimation du nombre de médecins vient de la confusion entre internes et médecins hospitaliers dans l'attribution de la profession lors du codage. Cette enquête a montré sur la période récente une tendance d'évolution à la baisse des effectifs, peu cohérente avec les autres sources. L'enquête Emploi n'est donc utilisée pour le redressement que pour estimer la répartition entre salariés hospitaliers et salariés non hospitaliers.

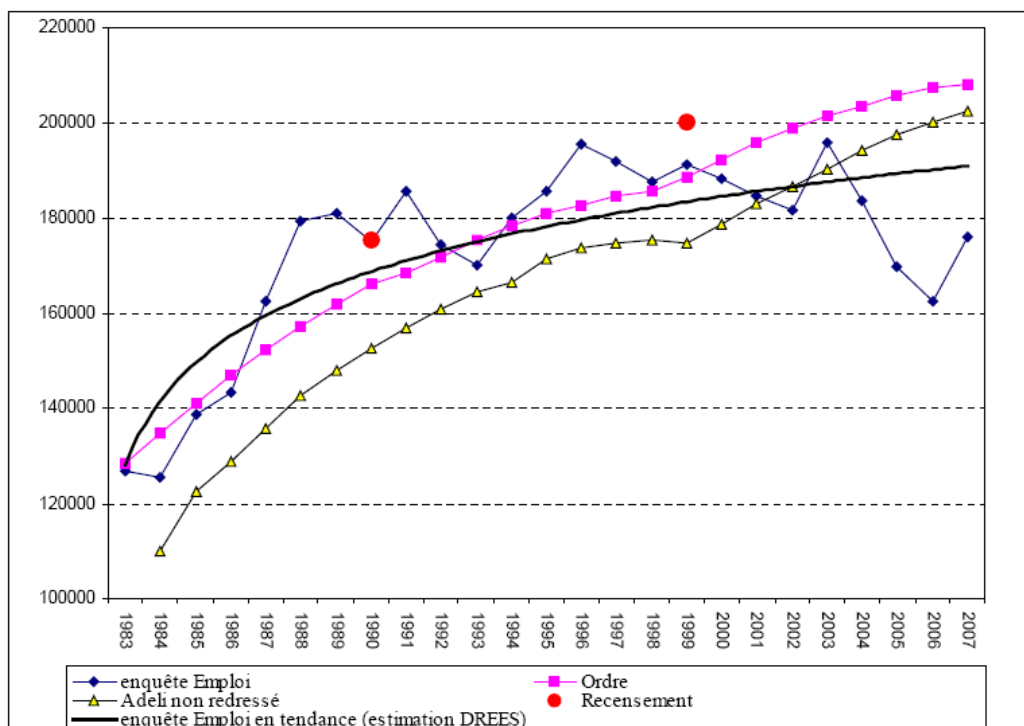
¹ Voir le travail de la DREES sur ce thème où une analyse fine des différentes sources montre l'absence de robustesse des données des différentes sources. DREES, Série statistique, document de travail, Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2007, août -septembre 2007

² Op.cit.

- [3] La mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé³ (RPPS) devrait permettre de disposer d'un répertoire unique où chaque professionnel se verra attribuer un numéro d'identification quel que soit son mode d'exercice. Cette mise en place devrait être opérationnelle à compter du 1^{er} janvier 2009 et permettrait de fiabiliser les données sur la démographie médicale. Le retard déjà important enregistré pour cette mise en œuvre révèle les difficultés de croisement de fichier notamment dans le secteur hospitalier où chaque prescription pourra être tracée grâce au numéro unique des praticiens.

Graphique 1 : Evolution du nombre de médecins en France métropolitaine selon les différentes sources

Graphique 1 – Évolution du nombre de médecins en France métropolitaine selon différentes sources



Source : DREES, Série statistique, document de travail, Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2007, août - septembre 2007

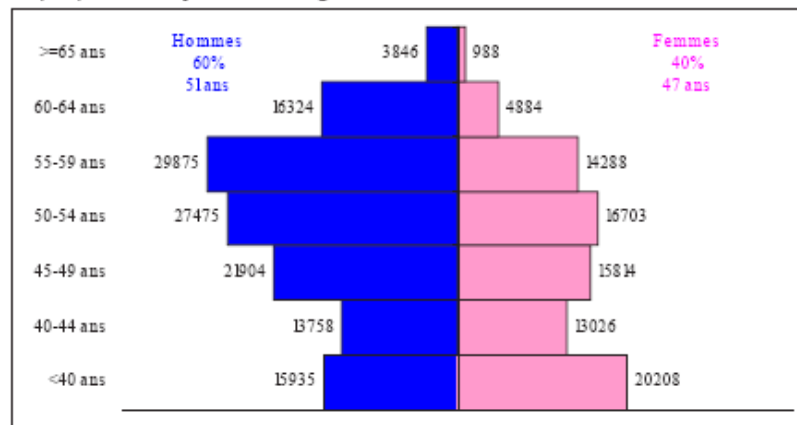
- [4] Selon les estimations, entre la plus faible (enquête emploi redressée : 190 000) et la plus forte (CNOM : 215 028), les variations sont de l'ordre de 12 %.

³ Le RPPS a été prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

1.2. La structure démographique des médecins se caractérise par une forte féminisation et un vieillissement

Graphique 2 : Pyramide des âges des 215 028 médecins en activité en France entière

Graphique n°9 : Pyramide des âges des 215 028 médecins en activité totale (France entière)



Source : Atlas de la démographie médicale en France, septembre 2008, étude n°41

- [5] L'âge moyen des médecins au 1^{er} janvier 2007 était de 49,4 ans (47 ans pour les femmes et 51 pour les hommes). Même si la population médicale masculine représente 60 % de l'effectif total, les femmes médecins de moins de 40 ans (33 234) sont plus nombreuses que leurs collègues masculins (29 693). Ainsi la proportion de femmes dans la profession médicale est passée de 26,1% en 1986 à 37,2% en 2004. Cette tendance se poursuivra et s'amplifiera dans les prochaines années, par une féminisation croissante dans le cadre des études médicales. Par ailleurs, les effectifs de moins de 40 ans sont inférieurs à ceux de plus de 50 ans⁴, ce qui illustre la baisse prévue des effectifs de médecins en activité dans les prochaines années. La répartition des médecins selon la spécialité fait aussi l'objet de différences dans l'appréciation des effectifs.
- [6] Ainsi, est-il est apparu plus prudent à la mission de considérer une fourchette plutôt qu'une valeur. Au 1er janvier 2007, selon les sources les plus fiables, on estime qu'en France, le nombre total de médecins en activité se situe entre 212 711 et 215 028.
- [7] La répartition territoriale de la population médicale est hétérogène et reste fondée sur le principe de libre installation. De même, la distribution par spécialité se caractérise par un nombre plus élevé de spécialistes que de généralistes. Elle est constituée de 101 549 omnipraticiens dont 82 950 généralistes et de 106 642 spécialistes soit 58 950 en spécialités médicales et 24 718 spécialités chirurgicales. Un constat s'impose quant à cette répartition : la densité est très variable selon la spécialité, elle l'est également sur le territoire tout comme l'est le mode d'exercice⁵.
- [8] La population médicale est fortement masculine (60 %) même si on relève une tendance à la féminisation ; tendance qui se poursuivra et s'amplifiera dans les prochaines années, par une féminisation croissante dans le cadre des études médicales. Par ailleurs, la baisse prévue des effectifs de médecins en activité dans les prochaines années est d'ores et déjà largement amorcée.

⁴ Selon le Conseil de l'Ordre des médecins, la tranche d'âge 60-64 ans a connu l'an dernier une augmentation de 27 %.

⁵ Voir sur ce point l'atlas de la démographie médicale française, Conseil National des l'Ordre des Médecins, septembre 2008, étude n° 41.

- [9] Selon les nomenclatures utilisées par les institutions, on relève des différences notables. Pour les besoins propres à cette étude, la mission a privilégié les sources qui étaient liées à une appréciation des rémunérations ou du revenu, que ce soit dans le cadre d'une activité libérale ou d'une activité salariée au sein des établissements. De même, la mission a utilisé les données les plus actualisées, quand cela était possible. A défaut, elle a exploité les données disponibles des années antérieures.

2. LA REPARTITION SELON LE MODE D'EXERCICE ET PAR SPECIALITE

- [10] La répartition des médecins est généralement présentée en différenciant l'exercice libéral et l'exercice salarié, dans un établissement de santé ou en dehors. L'identification précise en fonction du mode et du lieu d'exercice est difficile car l'association d'un exercice mixte, libéral et hospitalier, est très fréquente. Concernant le lieu d'exercice, la définition même de l'établissement de santé n'est pas claire, et le développement des activités ambulatoires dans les établissements de santé, sans hospitalisation des patients, a entraîné des changements majeurs dans les modalités de prise en charge des malades, en modifiant profondément la frontière entre l'hôpital et la médecine de ville.
- [11] On peut toutefois distinguer deux grands modes de rémunérations en France (salarier et paiement à l'acte) auxquels se rattachent plusieurs types d'exercice médical :
- libéral,
 - salarié : médecine salariée, hospitaliers, médecine salariée et hospitalier,
 - mixte : libéral et salarié.
 - En plus de ces trois grandes catégories, on distingue deux autres catégories : la catégorie « divers » où les rémunérations sous forme de salaires ou d'honoraires ne sont pas connues et une catégorie sans exercice déclaré.
- [12] Pour apprécier le système de santé, il est également utile de lier le mode d'exercice avec la spécialité.

Tableau 1 : Distribution des médecins selon le mode d'exercice

Mode d'exercice		Effectifs	Pourcentage
libéral		94 855	44.1 %
mixte	Libéral - salarié	20 163	9.4 %
	Libéral-hospitalier	5 160	
	Libéral-salarié – hospitalier	13 293	
		1 710	
salarié		82 540	38.4 %
	Salarié	23 795	
	Hospitalier	55 978	
	Salarié – hospitalier	2 767	
divers		1 308	0.6 %
Sans exercice déclaré		16 162	7.5 %
total		215 028	100 %

Source : Atlas de la démographie médicale en France, CNOM, septembre 2008, étude n°41

- [13] La mission reste prudente quant à la répartition exacte des différents modes d'exercice car aucune source n'est totalement fiable. Une des caractéristiques de l'exercice médical est la large palette des possibilités offertes aux médecins sans qu'une seule instance ne soit en capacité de mesurer avec précision les effectifs de médecins devenus pour une grande part "multi appartenant" en termes de mode d'exercice ou de rattachement à des structures hospitalières publiques ou privées.
- [14] A titre d'illustration, les hôpitaux locaux⁶ relèvent du statut public or les médecins exerçant au sein de ces établissements sont des médecins libéraux au titre de l'activité médicale mais peuvent être également salariés au titre de la coordination des soins. Certains hôpitaux locaux emploient également des médecins avec le statut de praticiens hospitaliers, à temps partiel ou à temps plein.
- [15] Concernant les médecins exerçant en cabinet libéral et clinique privée, la répartition entre ces deux modes d'exercice est très différente selon les spécialités. Dans certaines spécialités, la part de l'exercice en établissement est importante. Ainsi un tiers des gastro-entéro-hépatologues privés travaille dans les établissements privés, à part égale entre ceux employés à temps plein et ceux à temps partiel. A l'inverse, seulement 7 pour cent des psychiatres et un pédiatre sur dix travaillent dans un établissement privé.
- [16] L'exercice salarié connaît en effet une forte recrudescence depuis une dizaine d'années⁷. L'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) souligne, dans son rapport 2006 - 2007 que « l'attrait pour le salariat, présenté dans la plupart des enquêtes réalisées auprès des étudiants en médecine comme un souhait récent des jeunes générations, semble en fait une tendance déjà installée ».

Tableau 2 : Ensemble des médecins en activité en France par spécialité et selon le mode d'exercice

	Total métropole		Libéraux et mixtes**	Salariés hospitaliers	Autres salariés	DOM
	nombre	Densité*				
Ensemble des médecins	208 191	338	122 103	62 850	23 238	4520
<i>Omnipraticiens</i>	<i>101 549</i>	<i>165</i>	<i>68 532</i>	<i>18 708</i>	<i>14 309</i>	<i>2 458</i>
dt médecine générale	82 950	135	58 235	13 652	11 063	2 156
<i>Spécialistes</i>	<i>106 642</i>	<i>173</i>	<i>53 571</i>	<i>44 142</i>	<i>8 929</i>	<i>2 062</i>
<i>Spécialités médicales</i>	<i>58 950</i>	<i>95</i>	<i>29 879</i>	<i>27 065</i>	<i>2 006</i>	<i>1 119</i>
Anatomo cyto pathologie	1 585	3	745	799	42	23
Anesthésiologie et réanimation	10 484	17	3 450	6 928	99	242
Cardiologie	6 121	10	3 910	2 125	86	105
Dermatologie et vénéréologie	4 054	7	3 459	497	108	67
Endocrinologie et métabolismes	1 612	2	752	718	43	30

⁶ L'hôpital local peut comporter un secteur de médecine, une unité de soins de longue durée et une partie classée en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes. Tout en demeurant établissement public, les modes de financement sont différents avec pour conséquence des modes d'exercice différents pour les médecins.

⁷ Notamment ces dernières années suite à la mise en œuvre des 35 heures à l'hôpital.

Gastro entérologie et hépatologie	3 387	6	1 942	1 355	59	63
Génétique médicale	144	0	9	126	8	2
Gynécologie médicale	2 121	8	1 915	104	102	5
Hématologie	363	1	12	321	29	8
Médecine interne	2 441	4	371	1 995	75	35
Médecine nucléaire	470	1	176	265	9	2
Médecine physique et de rééducation	1 874	3	532	1 182	160	32
Néphrologie	1 231	2	294	866	71	37
Neurologie	1 861	3	730	1 103	28	38
Oncologie médicale	609	1	147	456	6	7
Pédiatrie	6 821	50	2 551	3 159	771	188
Pneumologie	2 727	4	1 062	1 571	93	30
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 814	13	5 318	2 371	126	149
Radiothérapie	656	1	315	332	9	11
Réanimation médicale	38	0	1	37		4
Rhumatologie	2 625	4	1 849	894	83	34
Spécialités chirurgicales	24 718	40	16 121	8224	373	575
Chirurgie générale	4 147	7	1 671	2 431	45	91
Chirurgie infantile	150	0	25	124	1	7
Chirurgie maxillo faciale	55	0	35	20	-	0
Chirurgie orthopédique et traumatique	2 377	4	1 458	912	9	44
Chirurgie plastique et reconstructrice	540	1	479	50	2	8
Chirurgie thoracique et cardiaque	295	0	109	153	3	10
Chirurgie urologique	743	1	519	223	1	11
Chirurgie vasculaire	393	1	253	138	2	5
Chirurgie viscérale	699	1	278	417	4	17
Gynécologie obstétrique	5 164	20	3 105	1 950	79	183
Neurochirurgie	400	1	99	297	4	12
Ophtalmologie	5 504	9	4 725	557	122	109
Otorhinolaryngologie	2 939	5	2 241	647	51	58
Stomatologie	1 312	2	1 125	137	50	19
Biologie médicale	3 057	5	1 002	1 455	581	50
Psychiatrie	13 676	22	6 472	6 370	835	217

<i>Médecine du travail</i>	5 010	8	64	472	4 475	53
Santé publique	1 230	2	13	557	660	25

* nombre de médecins pour 100 000 habitants sauf pour la pédiatrie (enfants de moins de 15 ans) et gynécologie obstétrique (femmes de 15 ans et plus)

** les médecins mixtes peuvent être des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire (voir tableau 4 plus bas)

Source : DREES, Série statistique, document de travail, Les médecins, estimations au 1er janvier 2007, août -septembre 2007, retraitement IGAS.

3. LE STATUT JURIDIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LE MODE D'EXERCICE

- [17] L'évolution de certaines spécialités médicales varie selon le statut de l'établissement. Ainsi note-t-on une forme d'orientation de fait des établissements avec la prise en charge de la pneumologie, des maladies infectieuses, des pathologies psychiatriques et des personnes âgées pour le public, et essentiellement la chirurgie pour le privé.
- [18] Un nombre non négligeable mais difficile à quantifier avec précision de médecins ont une pratique mixte, à la fois ambulatoire et hospitalière. Dans les établissements publics, cette pratique peut être très variable selon les spécialités. Ainsi, si on compare la proportion de praticiens à temps partiel par rapport à l'ensemble des praticiens hospitaliers, on constate des variations très importantes, certaines spécialités (stomatologie, ophtalmologie) fonctionnant pour une part importante avec des médecins qui peuvent avoir une activité ambulatoire soutenue.
- [19] La répartition entre spécialités est révélatrice de disparités importantes (tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Emplois médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2005 selon la spécialité

Spécialités	EPS	Etablissements non lucratifs	Etablissements lucratifs	Total	Structure en %
Médecine générale	12 802	1 977	1 982	16 761	11,8
Anesthésie réanimation	6 987	1 097	3 323	11 407	8,0
Pédiatrie	3 640	418	700	4 808	3,4
Autres spécialités médicales	27 479	6 239	15 667	49 385	34,8
Gynéco-obstétrique	3 638	543	1 836	6 017	4,2
Spécialités chirurgicales	11 410	2 443	10 648	24 801	17,5
Biologie médicale	5 112	368	1 252	6 732	4,7
Psychiatrie	7 491	1 580	1 106	10 177	7,2
Pharmaciens	3 038	770	1 195	5 003	3,5
Autres	5 516	600	859	6 975	4,9
total	87 163	16 035	38 868	142 066	100

Source : DREES, SAE 2004 – 2005, données administratives – Retraitement IGAS
Champ : France métropolitaine.

ANNEXE 2 : La population des médecins et chirurgiens exerçant en établissements publics et privés

1. LES DIFFERENTES CATEGORIES D'ETABLISSEMENTS D'EXERCICE MEDICAL

[20] Le secteur hospitalier français est composé de deux grandes catégories d'institutions : publiques et privées.

Tableau 4 : Définition du champ hospitalier public et privé. Situation depuis la réforme du financement des établissements de santé

Partage du champ selon :	Établissements de santé ⁽¹⁾						
la catégorie d'établissement	Établissements publics de santé ⁽²⁾					Établissements de santé privés ⁽³⁾	
						Établissements antérieurement financés par dotation globale	Autres établissements privés ⁽⁴⁾
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Centres hospitaliers généraux (CH)	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)	Autres établissements ⁽⁵⁾	Établissements de soins de courte durée	
						Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	
						Établissements de lutte contre les maladies mentales ⁽⁶⁾	
						Établissements de soins de suite et de réadaptation ⁽⁷⁾	
						Établissements de soins de longue durée	
						Établissements d'hospitalisation à domicile	
Établissements de dialyse							
		Établissements de radiothérapie					
le statut	Secteur public					Secteur privé	
	Participant au service public hospitalier (PSPH)					Non PSPH	
	Secteur non lucratif					Secteur lucratif	
les modalités de financement	Objectif de Dépenses relatives aux activités MCO (ODMCO) Financement à l'activité ⁽⁸⁾						
	Dotations complémentaires provisoires (DAC) ⁽⁹⁾						
	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) Dotations spécifiques						
	Objectif des Dépenses d'Assurance Maladie (ODAM) relatives aux activités de SSR et de psychiatrie ⁽¹⁰⁾ Dotations de financement (DAF)					Objectif Quantifié National (OQN) relatif aux activités de SSR et de psychiatrie	

(1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.

(2) Dans le public, il existe selon la loi les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. On distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie anciennement dénommés CHS, et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine. Les établissements ne rentrant pas dans ces catégories sont regroupés dans les autres établissements - cf. note (5) -.

(3) Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissements.

(4) Catégorie regroupant les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN) et quelques établissements dont le mode de financement a vocation à disparaître (tarif d'autorité et autres tarifications).

(5) Syndicats interhospitaliers (SIH), établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques, hôpitaux militaires et établissements sanitaires des prisons.

(6) Y compris les hôpitaux psychiatriques privés (HPP).

(7) Y compris les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) et les centres de post-cure pour alcooliques.

(8) En plus de la rémunération de l'activité MCO par des tarifs de prestations, les établissements entrant dans le champ de la tarification à l'activité (T2A) peuvent bénéficier de rémunérations pour les médicaments et les dispositifs médicaux implantables facturés en sus, et de forfaits annuels pour les activités d'urgences, les prélèvements d'organes et les greffes.

(9) Part du financement de l'activité en MCO restant sous dotation annuelle et assurant la transition vers un financement totalement alloué à l'activité.

(10) L'ODAM concerne également l'activité des établissements maintenus hors du champ de la T2A (hôpitaux locaux, USLD, INI, hôpital de Fresnes, établissements de St-Pierre-et-Miquelon et Mayotte).

Champ : France entière

Source : Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

Tableau 5 : Nombre d'établissements de santé et nombre de lits et places selon la catégorie d'établissements et le type d'activité au 31 décembre 2004

Catégorie d'établissements ^(a)	Nombre d'entités ^(a)	Nombre d'établissements géographiques	Nombre de lits et places installés			
			Lits d'hospitalisation complète	Places d'alternatives à l'hospitalisation complète		Ensemble des lits ou places d'hospitalisation
				en hospitalisation partielle	en hospitalisation à domicile	
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	29	163	79 987	6 287	1 080	87 354
Centres hospitaliers généraux (CH)	517	633	160 868	10 433	686	171 987
Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	87	87	29 239	13 883	608	43 730
Hôpitaux locaux (HL)	344	354	22 487	76	10	22 573
Autres établissements publics ^(a)	26	38	4 605	259	15	4 879
Total établissements publics	1 003	1 275	297 186	30 938	2 399	330 523
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	20	20	2 961	570	55	3 586
Établissements de soins de courte durée	156	156	18 692	1 083	361	20 136
Établissements de lutte contre les maladies mentales dont Hôpitaux psychiatriques privés (HPP)	133 23	133 23	7 368 4 991	4 516 3 231	25 10	11 909 8 278
Établissements de soins de suite et de réadaptation ^(a)	379	379	24 205	2 537	45	26 787
Établissements de soins de longue durée	103	103	6 032	-	-	6 032
Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)	10	10	-	-	1 823	1 823
Total établissements privés sous dotation globale	801	801	59 258	8 706	2 309	70 273
Établissements de soins de courte durée	679	679	61 793	8 832	71	70 696
Établissements de lutte contre les maladies mentales	168	168	11 789	383	-	12 172
Établissements de soins de suite et de réadaptation ^(a)	332	332	22 396	967	-	23 363
Établissements de soins de longue durée	17	17	1 064	24	-	1 088
Établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)	32	32	-	-	978	978
Établissements de dialyse	106	606	-	-	-	-
Établissements de radiothérapie ^(a)	85	85	-	-	-	-
Total établissements privés hors dotation globale ^(a)	1 419	1 919	97 042	10 206	1 049	108 297
Ensemble	3 223	3 995	453 486	49 850	5 757	509 093

Source : Ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

1.1. Le secteur public est essentiellement composé d'établissements publics de santé (EPS)

[21] Selon les termes du Code de la santé publique, les établissements publics sont « des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux ».

[22] On dénombrait fin 2004, 1003 établissements publics de santé, tous types et toutes catégories confondus, en 2004 pour 330 523 lits et places.

[23] Pour l'essentiel, les médecins relèvent de dispositions statutaires⁸.

⁸ Voir annexe 3.

1.2. *Le secteur privé est lui-même subdivisé en deux grandes sous catégories*

1.2.1. **Les établissements à but non lucratif**

- [24] On dénombrait en 2004, 801 établissements pour 70 273 lits et places. Ils sont composés de structures juridiques très différentes (fondations, associations et fédérations, sociétés mutualistes, caisses de sécurité sociale, congrégations religieuses). On distingue parmi eux les établissements participant au service public hospitalier ou pas, ainsi que ceux qui relevaient d'un financement dit du budget global et ceux de l'objectif quantifié national avec prix de journée.
- [25] Dans les structures privées à but non lucratif et sous convention de service public hospitalier dit PSPH, on trouve les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les hôpitaux psychiatriques faisant office de publics (HPP) et les établissements autres que les HPP et les CLCC participant au service public hospitalier.
- [26] Dans les établissements de santé privés à but non lucratif, les médecins sont en large majorité salariés mais relèvent d'un contrat de travail avec l'établissement qui peut faire référence aux dispositions d'une convention collective. C'est le cas de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 (art. 20) qui s'applique aux médecins salariés exerçant dans les établissements affiliés à la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) qui contrairement aux établissements publics n'offre aucune possibilité de secteur privé aux médecins.
- [27] Dans les établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, il est possible de recruter des médecins «par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans».
- [28] Les médecins des établissements publics et privés à but non lucratifs sont en très large majorité salariés avec des différences notables, puisque les médecins des EPS ont le statut d'agent public ou de fonctionnaire pour les médecins hospitalo-universitaires qui relèvent de l'enseignement supérieur avec une double rémunération universitaire (à titre principal) et hospitalière (à titre accessoire)⁹. Les médecins salariés à plein temps ont de plus la possibilité sur leur temps hospitalier d'exercer comme libéraux et d'être rémunérés comme tels sur deux demi journées¹⁰.

1.2.2. **Les établissements à but lucratif**

- [29] Essentiellement constitués en sociétés civiles ou commerciales, en groupements d'intérêt économique, ils peuvent également appartenir à une personne physique. En 2004, on en dénombrait 1419 pour 108 297 lits et places.
- [30] Dans les établissements de santé privés à but lucratif, la majorité des médecins possède un statut libéral. Le médecin est effectivement rémunéré directement par l'Assurance Maladie comme des médecins libéraux conventionnés en médecine ambulatoire sur la base d'honoraires issus en large majorité de la facturation CCAM¹¹. Toutefois, pour une faible part la rémunération du médecin est complétée par une indemnité forfaitaire notamment pour certaines missions comme l'activité de permanence des soins.
- [31] Les relations médecin - établissement sont formalisées par un contrat qui fixe les redevances qu'ils doivent rétrocéder mais également l'exclusivité professionnelle d'un médecin sur une même structure (les « **exclusifs** ») ou la multi-appartenance (les « **non-exclusifs** ») en plus de leur activité en cabinet.

⁹ Voir sur ce point l'annexe 4 consacrée aux personnels hospitalo-universitaires.

¹⁰ Voir le § consacré à l'activité libérale dans les EPS.

¹¹ Voir le § sur la CCAM 35

- [32] Le tableau 2 confirme que les médecins exerçant dans les EPS sont pour l'essentiel des salariés et dans les établissements privés sont des libéraux pour la très grande majorité. Pour les établissements non lucratifs, la situation est intermédiaire puisque la population médicale est moindre, et partagé entre 65 % qui exercent en qualité de salariés et donc 35 % comme libéral.
- [33] Pour ce qui concerne l'exercice médical en structure, on voit que si globalement les EPS sont les principaux employeurs des médecins, des différences notables existent entre les établissements selon leur statut. 70 % des médecins généralistes ou des pédiatres travaillent en hôpital alors qu'on a une quasi équivalence de chirurgiens exerçant dans le public ou dans le privé.

2. LES EFFECTIFS ET L'ACTIVITE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS SELON L'ETABLISSEMENT

2.1. La répartition des effectifs selon les structures d'appartenance

Tableau 6 : Emplois médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2005

	EPS	Etablissement non lucratif	Etablissement lucratif
Salariés (1)	84 712	11 904	3 506
Libéraux (2)	2 451	4 131	35 362
Total	87 163	16 035	38 868

(1) y compris médecins ayant un contrat et intervenant de façon régulière dans les EPS

(2) libéraux dans les hôpitaux locaux, seulement pour les EPS

Note de lecture : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Source : DREES, SAE 2004 – 2005, données administratives – Retraitement IGAS Champ France métropolitaine.

- [34] Comme le montre le tableau ci-dessous toutes les disciplines médicales n'évoluent pas de la même façon selon le mode d'exercice. Entre autre raison, certaines spécialités sont propices à un exercice en cabinet, d'autres nécessitant un plateau technique se retrouvent tributaires d'une installation en groupe.

Tableau 7 : L'évolution des effectifs dans certaines spécialités

par discipline de qualification	exerçant en cabinet libéral et clinique privée	exerçant en cabinet libéral	exerçant en clinique privée	% exercice mixte	%exercice clinique temps plein
spécialités de médecine					
Anesthésie réanimation	126	2957	704	3,33	18,59
Cardiologie	667	3919	763	12,47	14,26
Gastro-entéro-hépatologie	466	1967	505	15,86	17,19
Pédiatrie	153	2994	186	4,59	5,58
Pneumologie	176	1068	207	12,13	14,27
Radiologie	551	5330	611	8,49	9,41
Stomatologie	151	1120	172	10,46	11,92
spécialités de chirurgie					
Chirurgie générale	136	1420	409	6,92	20,81
Gynécologie obstétrique	313	3114	441	8,09	11,40
Ophthalmologie	536	4767	578	9,11	9,83
ORL	337	2202	407	11,44	13,82
Psychiatrie	219	6493	278	3,13	3,98

Source : DRESS, 2008, répertoire ADELI, retraitement mission IGAS

2.2. L'activité est très orientée sur certaines structures selon les spécialités

[35] La spécialisation des domaines et des prises en charge au sein des établissements de santé influence fortement l'activité des médecins.

Tableau 8 : Nombre de lits d'hospitalisation complète par discipline au 31 décembre 2004

Groupes de disciplines d'équipement	Nombre de lits d'hospitalisation complète ⁽¹⁾			
	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
Médecine	92 282	8 939	11 804	113 025
Chirurgie	43 774	6 575	41 416	91 765
Gynécologie-Obstétrique	14 266	1 258	6 489	22 013
Sous-total soins de courte durée (MCO)	150 322	16 772	59 709	226 803
Psychiatrie	39 621	7 744	11 926	59 291
Soins de suite et de réadaptation	38 399	28 510	24 273	91 182
Soins de longue durée	68 844	6 232	1 134	76 210
Total ⁽¹⁾	297 186	59 258	97 042	453 486

(1) Lits d'hospitalisation à temps complet, à l'exclusion des lits de très courte durée des services d'urgence.

Champ : France métropolitaine

Source : ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004, données administratives

[36] Le statut juridique des établissements influence de manière notable le type d'activité qui y est pratiqué et, par voie de conséquence, les actes pratiqués par les médecins. Cette spécialisation, déjà présente en 2002¹², se confirme dans une étude récemment publiée par la DREES. Ainsi, en 2006, le secteur public accueillait en médecine les deux tiers des séjours et tout particulièrement les nourrissons et les personnes âgées, alors que les cliniques privées prenaient en charge plus de la moitié des séjours chirurgicaux, notamment pour les actes simples. En obstétrique, les maternités publiques accueillait près de deux accouchements sur trois et leur part dans la prise en charge des affections post-partum s'élevait à 73 % en 2006¹³.

[37] Le tableau ci-dessous montre que sur 8 ans un accroissement nettement plus rapide du nombre de séjours en chirurgie dans le secteur privé (+ 33,4% contre 6,2%), le privé totalisant 60% des séjours. Parallèlement, il convient de noter que le public produit de manière constante des durées moyennes de séjours plus basses que le public. Cette donnée peut être interprétée à la fois comme une meilleure productivité dans le privé, mais également comme une volonté du secteur privé de se concentrer sur des actes simples, demandant un temps de séjour réduit en établissement. Ces deux éléments conjugués ont conduit les établissements privés à investir massivement dans la chirurgie ambulatoire.

Tableau 9 : Evolution de la répartition des activités de chirurgie entre les secteurs privés et public de 1997 à 2004.

AN	total des séjours de chirurgie *						Hospitalisation complète				ambulatoire	
	Nb sej PUB	Nb sej PRIV	% PUB	% PRIV	DMS Pub	DMS Pri	% PUB	% PRIV	DMS Pub	DMS Pri	% PUB	% PRIV
1997	1 936	2 397	45%	55%	6,2	3,9	48%	52%	7,5	5,3	34%	66%
1998	2 035	2 855	42%	58%	5,9	3,7	45%	55%	7,3	5,2	32%	68%
1999	2 082	2 658	44%	56%	5,9	3,9	47%	53%	7,1	5,3	33%	67%
2000	2 063	2 982	41%	59%	5,8	3,6	44%	56%	7,2	5,1	31%	69%
2001	2 066	3 113	40%	60%	6,1	3,5	44%	56%	7,7	5,1	29%	71%
2002	2 041	3 174	39%	61%	6	3,4	44%	56%	7,6	5,1	28%	72%
2003	2 057	3 198	39%	61%	5,9	3,2	44%	56%	7,5	5	28%	72%
2004	2 219	3 274	40%	60%	5,5	3	46%	54%	8,2	5,8	33%	67%

* Total en nombre de séjours, hospitalisation complète ou en ambulatoire selon la classification PMSI

Tableau 10 : Pourcentage des praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel par rapport à l'ensemble des praticiens hospitaliers sur un échantillon de spécialités

chirurgie générale	4%
chirurgie urologique	16%
gynécologie et obstétrique	16%
Ophthalmologie	47%
Stomatologie	74%
réanimation médicale	1%
Pédiatrie	18%
Rhumatologie	27%
Dermatologie	32%
Radiologie	17%
Psychiatrie	16%

Source : Ministère de la santé/DHOS, SIGMED, 31 décembre 2007, France entière.

¹² La spécialisation des établissements de santé en 2002. Etudes et résultats n° 374 février 2005

¹³ La spécialisation des établissements de santé en 2002. Etudes et résultats n° 664 octobre 2008

- [38] Au total, une des difficultés pour comparer les effectifs et les rémunérations des médecins réside dans les divergences des nomenclatures des spécialités. Ainsi, retrouve-t-on des nomenclatures qui répondent à des exigences diverses. La nomenclature universitaire est principalement organisée autour d'une logique de formation, de concours et de diplômes. Pour l'assurance maladie, cette nomenclature est tournée vers une logique d'actes professionnels. L'ordre des médecins s'intéresse davantage au mode d'exercice. Les établissements de santé privilégient une approche par unité fonctionnelle dans un fichier structure avec des adaptations aux réalités de terrain.
- [39] La mission ne peut que constater, comme l'ont fait d'autres organismes¹⁴, ces différences persistantes dans l'évaluation de la ressource médicale en France.
- [40] Si on observe de manière plus spécifique les types de pathologies prises en charge, l'étude de la DREES montre qu'en chirurgie, les hôpitaux publics prennent en charge de façon quasi exclusive des pathologies complexes (comme les brûlures ou les traumatismes multiples graves), alors que les cliniques concentrent les domaines d'activité dans lesquels sont présents des actes simples, demandant une hospitalisation courte. Ainsi, en 2006, trois séjours sur quatre en chirurgie ambulatoire sont réalisés dans ces établissements. En médecine, les établissements publics prennent en charge les deux-tiers des séjours. Cette proportion est plus importante dans de nombreux domaines (pneumologie, maladies infectieuses, pathologies psychiatriques...). Seule la discipline vasculaire interventionnelle est plus fréquente en hospitalisation privée. L'endoscopie représente près de la moitié de l'activité de médecine des cliniques privées.

Tableau 11 : Part de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2006 (en %), France métropolitaine

Groupe de produits	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
Ophthalmologie	21,0	7,7	71,3
ORL, Stomatologie	22,7	6,3	71,0
Vasculaire périphérique	25,1	11,6	63,3
Tissu	28,0	7,8	64,1
Uro-néphrologie	32,9	8,8	58,3
Gynécologie	35,8	12,6	51,6
Orthopédie, Rhumatologie	38,0	6,7	55,3
Digestif	42,2	9,8	48,0
Hématologie	42,5	14,4	43,1
Autres prises en charge	42,8	8,3	48,9
Endocrinologie	50,2	11,4	38,4
Cardiologie	51,4	8,1	40,6
Maladies infectieuses (hors VIH)	53,1	7,7	39,1
Pneumologie	53,3	14,3	32,4
Système nerveux	59,1	5,1	35,8
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	70,1	11,9	18,0
Maladie VIH	89,2	6,1	4,8
Brûlures	91,7	5,0	3,3
Traumatismes multiples ou complexes graves	96,7	1,2	2,1
Total	33,5	8,3	58,3

Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques

¹⁴ C'est d'ailleurs ce constat qui a présidé à la mise en place de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé. Voir le rapport de la commission «démographie médicale», présenté par le Pr. Berland, Avril 2005

Tableau 12 : part de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2006 (en %), France métropolitaine

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
Vasculaire interventionnel	43,8	7,8	48,4
Autres prises en charge	49,5	8,0	42,6
Gynécologie	58,3	7,3	34,5
Uro-néphrologie	61,7	6,9	31,4
Vasculaire périphérique	62,7	8,1	29,2
Ophtalmologie	64,4	4,0	31,6
ORL, Stomatologie	65,3	6,0	28,7
Tissu	67,9	6,9	25,2
Cardiologie	68,0	7,2	24,8
Digestif	70,8	7,2	22,0
Orthopédie, Rhumatologie	72,0	6,5	21,5
Nouveau-nés	72,5	5,9	21,6
Hématologie	77,2	15,2	7,7
Pneumologie	80,9	8,0	11,0
Endocrinologie	86,5	7,6	5,9
Système nerveux	86,8	6,8	6,4
Maladies infectieuses (hors VIH)	88,1	6,4	5,5
Brûlures	90,0	2,3	7,6
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	91,7	5,9	2,5
Maladie VIH	98,9	1,0	0,1
Total	65,6	7,9	26,6

Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques

Annexe 3 : Les statuts des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé

1. LES PERSONNELS HOSPITALIERS

- [41] Les praticiens hospitaliers disposent des mêmes droits que les fonctionnaires hospitaliers en matière de droit aux congés, de positions statutaires, de liberté d'opinion et de protection juridique.
- [42] En revanche, ils relèvent de dispositions statutaires particulières dans un certain nombre de domaines (rémunération, indemnités et primes, protection sociale, organisation du temps de travail, réduction du temps de travail).
- [43] Comme tout agent public, le médecin hospitalier est soumis au respect d'un certain nombre d'obligations professionnelles.
- [44] En sa qualité d'agent public, le praticien hospitalier a l'obligation de servir personnellement. Il doit exécuter son travail durant un certain temps déterminé par les statuts (dix demi-journées pour un temps plein, cinq ou six pour un temps partiel). Cette organisation de travail doit être consignée dans un tableau de service qui prend en considération le travail de jour, les permanences sur place, le repos quotidien, après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins d'une part et de la commission médicale d'établissement d'autre part.
- [45] L'unification des multiples statuts a été entreprise dans la période 1984-1985¹⁵. Toutefois, les catégories médicales sont nombreuses et deviennent complexes à gérer. On dénombre 7 catégories médicales au sein de l'hôpital public répondant aussi bien aux différentes étapes de la vie hospitalière du médecin qu'au parcours professionnel et aux besoins ponctuels de l'établissement publics de santé. Ces nombreux statuts constituent une source majeure de complexité voire de confusion et, par voie de conséquence, de difficultés dans la gestion des ressources humaines¹⁶.
- [46] En effet, ils correspondent à différentes étapes de la vie hospitalière : assistant, PH contractuel, PH temps plein ou temps partiel, ou aux besoins ponctuels et spécifiques de l'établissement : les attachés, PAC, attachés et assistants associés, assistants selon la procédure d'autorisation dite NPA (médecins étrangers). Ces statuts s'appliquent à toutes les spécialités y compris les pharmaciens. Il a été prévu dès le départ des compléments de rémunération - dits éléments variables de paie - qui se sont multipliés. Au delà du morcellement statutaire la population des médecins et chirurgiens hospitaliers publics peut toutefois être regroupée par catégories.

¹⁵ Les praticiens hospitaliers relèvent d'un statut unique :
- décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié pour les temps plein,
- décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié pour les temps partiel.

¹⁶ Rapport IGAS sur la gestion des praticiens hospitaliers, Charles de BATZ, Françoise LALANDE et Gérard LAURAND décembre 2002,

2. UNE ORGANISATION STATUTAIRE LOURDE

- [47] Les différentes formes de statut correspondent à différentes étapes de la vie hospitalière : assistant, PH contractuel, PH temps plein ou temps partiel, ou aux besoins ponctuels et spécifiques de l'établissement : les attachés, PAC, attachés et assistants associés, assistants selon la procédure d'autorisation dite NPA (médecins étrangers). Ces statuts s'appliquent à toutes les spécialités y compris les pharmaciens. Il a été prévu dès le départ des compléments de rémunération - dits éléments variables de paie - qui se sont multipliés. Au delà du morcellement statutaire la population des médecins et chirurgiens hospitaliers publics peut toutefois être regroupée par catégories.

2.1. *Les praticiens hospitaliers à temps plein*

- [48] Ils constituent un corps unique et exercent leurs fonctions dans les centres hospitalo-universitaires, les centres hospitaliers, voire dans les hôpitaux locaux nommés dans leur emploi par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce sont des agents publics titularisés dans un emploi à la suite d'un concours national et après avis motivé des instances locales de l'établissement public de santé (commission médicale d'établissement, conseil exécutif et conseil d'administration), d'une commission statutaire nationale et à l'issue d'une période probatoire d'une durée d'un an.
- [49] Le statut des praticiens hospitaliers associés est ouvert à des médecins qui, n'étant pas de nationalité française, remplissent les conditions pour l'exercice de la profession.

2.2. *Les praticiens hospitaliers à temps partiel*

- [50] Recrutés par concours national, ils sont nommés par le préfet de région, après avis motivé des instances hospitalières locales (commission médicale d'établissement, conseil exécutif et conseil d'administration) et d'une commission paritaire régionale présidée par une personne qualifiée désignée par le préfet de région.
- [51] Ils exercent leurs fonctions dans l'établissement public de santé à raison de six demi-journées, au plus, et peuvent donc exercer, le reste de leur temps, dans un établissement de santé privé ou dans un cabinet libéral. En revanche, ils ne peuvent exercer ni une activité libérale à l'hôpital où ils sont employés ni d'activité d'intérêt général.

2.3. *Les assistants des hôpitaux*

- [52] Ces médecins, comme les chefs de clinique dans les CHU, ont vocation à poursuivre leur formation tout en renforçant les effectifs médicaux. La création de cette nouvelle catégorie de médecins hospitaliers en 1987 a permis d'accompagner la réforme des études médicales et de l'internat.
- [53] Ils sont recrutés, par contrat, pour une durée qui ne peut excéder 6 années, sur proposition du chef de service, par le directeur de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement et du médecin inspecteur régional de la santé de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.
- [54] Il s'agit de la porte d'entrée de l'hôpital par excellence qui ouvre également une possibilité après 2 ans comme assistant spécialiste, d'exercer en libéral immédiatement en secteur 2.

2.4. Les praticiens -attachés

- [55] Ce sont des médecins libéraux de ville qui effectuent des vacations dans l'établissement public de santé, notamment pour apporter leur spécialisation aux services mais aussi pour jeter un pont entre la médecine hospitalière et la médecine libérale de ville.
- [56] Ils peuvent exercer à temps plein ou à temps partiel sous la forme de demi-journées hebdomadaires. Ils sont recrutés, sur proposition du chef de service ou après avis de la commission médicale d'établissement, par le directeur de l'établissement de santé sur la base d'un contrat d'une durée maximum d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de 24 mois.

2.5. Les praticiens adjoints contractuels

- [57] Cette catégorie de praticiens dits PAC, qui exercent leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel, a été créée en 1995 pour doter d'un statut des médecins à diplômes étrangers (hors Union européenne).
- [58] Pour bénéficier de ce statut, les intéressés doivent être inscrits sur une liste d'aptitude à la fonction de PAC (il n'y a plus de concours de recrutement depuis 2002). Ils sont inscrits à l'Ordre et bénéficient de la plénitude d'exercice mais limitée aux établissements publics de santé, aux PSPH et à l'Etablissement Français du Sang.
- [59] Ils sont recrutés par voie de contrat, conclu avec le directeur de l'établissement, pour une durée de trois ans renouvelable, après avis du chef de service, de la commission médicale d'établissement et du médecin inspecteur régional de la santé.
- [60] Aujourd'hui, ils disposent de la possibilité d'intégrer le corps des praticiens hospitaliers à temps plein par la voie du concours national de recrutement de ces praticiens et après avoir obtenu une autorisation de plein exercice.
- [61] Cette procédure n'est plus utilisable pour les médecins étrangers¹⁷ depuis 1999 et est remplacée par le recrutement d'assistants associés et attachés associés.

2.6. Les praticiens attachés-associés et assistants-associés

- [62] C'est une nouvelle modalité de recrutement des médecins à diplôme étranger. Elle permet de faire face aux problèmes de démographie médicale dans certaines disciplines. Le financement de ces postes est en partie assuré par le Ministère de la Santé. Après obtention de l'autorisation ministérielle d'exercice, le praticien peut exercer dans un établissement public ou en libéral.
- [63] Les deux catégories relèvent du code de la santé publique relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé. Ils disposent des mêmes droits que les assistants et sont soumis aux mêmes obligations.

¹⁷ La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle dite « loi CMU » a posé le principe d'une interdiction faite aux établissements publics de santé de procéder à de nouveaux recrutements. Seuls ceux d'entre eux qui justifient de fonctions dans un établissement hospitalier public avant la date de publication de la loi peuvent continuer à exercer des fonctions hospitalières d'assistant associé ou de praticien attaché associé. En contrepartie de cette interdiction de principe, le nombre d'autorisations d'exercice de la médecine a considérablement augmenté afin d'autoriser des praticiens recrutés avant 1999 et, corrélativement, une nouvelle procédure d'autorisation (NPA) a été prévue.

- [64] Pour les praticiens **attachés associés**, la circulaire DHOS n° 462 du 1^{er} octobre 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés précise les modalités de recrutement et notamment qu'ils sont recrutés pour un an renouvelable, puis trois ans renouvelables tacitement.
- [65] Pour les assistants associés, le décret 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux précise les modalités pour leur recrutement.
- [66] Ils sont recrutés, dans un établissement public autre qu'un CHU par le directeur sur proposition du chef de service après avis de la CME et de la DRASS chaque année sans pouvoir excéder six ans.

ANNEXE 4 : Les personnels hospitalo universitaires

[67] Créés par l'ordonnance du 30 décembre 1958, ils constituent la catégorie des bi-appartenants (ministère de l'éducation nationale – enseignement supérieur- et ministère de la santé).

1. UNE CATEGORIE DE PRATICIENS HOSPITALIERS

[68] La création de cette catégorie répondait à l'objectif de rapprocher géographiquement et simultanément l'exercice médical au sein de l'hôpital public et l'enseignement dispensé par la faculté de médecine.

[69] Les personnels titulaires¹⁸ comprennent :

- les personnels permanents (professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH)) dont la carrière est gérée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur d'une part, de la santé d'autre part,
- les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCUPH) qui sont placés dans la même position duale que les professeurs des universités praticiens hospitaliers.
- En 2007, on comptait 6 145 enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires titulaires.

[70] Les personnels temporaires sont composés :

- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), recrutés par voie de détachement pour exercer dans les CHU des tâches d'enseignement, de recherche et des activités de soins
- des personnels non titulaires, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux qui exercent leurs fonctions dans des activités cliniques tandis que les assistants hospitaliers universitaires les exercent dans des disciplines biologiques.

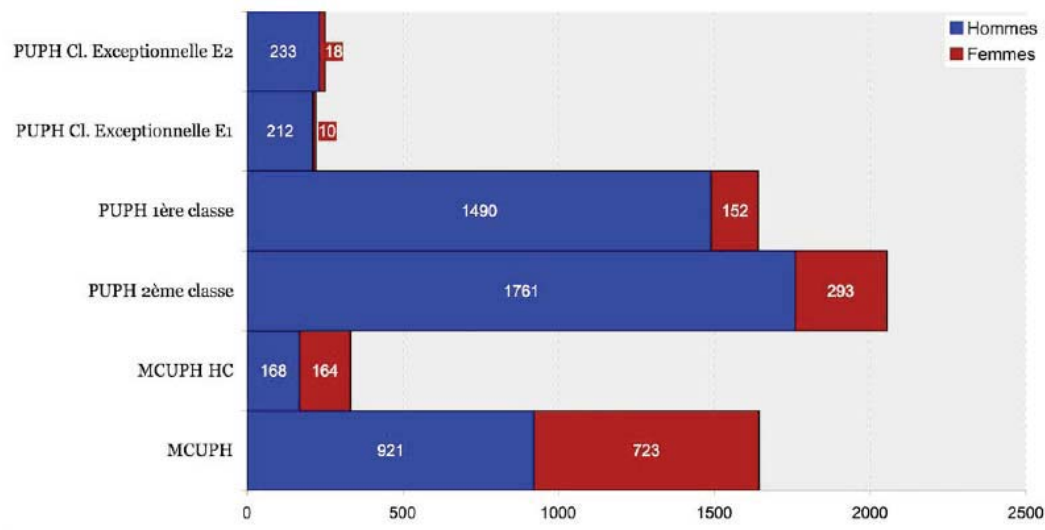
[71] Aux missions des enseignants-chercheurs s'ajoute une mission de soin (se traduisant par des fonctions hospitalières) pour les enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires. Ils participent également aux tâches de gestion qu'impliquent ces fonctions.

[72] En l'absence d'arrêté d'application de l'article 4 du décret du 14 février 1984 chargé de déterminer les obligations de services de ces personnels, leurs obligations de services restent fixées par l'arrêté du 20 décembre 1960 modifié, et par des circulaires d'application. De fait, les personnels hospitalo-universitaires n'ont pas d'obligations d'enseignement définies de manière quantitative mais doivent remplir leur trois missions (soin, enseignement et recherche) dans le cadre de leur temps de travail (et de l'établissement du tableau de service du centre hospitalo-universitaire).

[73] Le principe du recrutement des enseignants hospitalo-universitaires est identique à celui des enseignants-chercheurs, mais la liste des admis est arrêtée par la section du Conseil national des universités puis les propositions, après avis du conseil de l'Unité de Formation et de Recherche et de la Commission Médicale d'Etablissement, sont soumises aux deux ministres en charge de l'Enseignement supérieur et de la santé.

¹⁸ régis par les décrets n° 84-135 du 14 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et par le décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires

Graphique 3 : Répartition par grade et par sexe des MCU-PH et PU-PH



Source : GESUP2, mai 2007, DGRH, MESR

- [74] Le recrutement des maîtres de conférences-praticiens-hospitaliers s'effectue par concours. Les candidatures sont examinées par un jury formé par des membres du CNU. Les candidats reçus aux épreuves (dont une épreuve pédagogique pratique pour certaines disciplines) sont inscrits sur une liste d'admission et peuvent postuler aux emplois mis au concours.
- [75] Les professeurs des universités-praticiens-hospitaliers doivent satisfaire à une obligation de mobilité et exercer pendant au moins un an en dehors du centre hospitalier universitaire dans lequel ils sont affectés.
- [76] L'effectif de la hors classe des maîtres de conférences ne peut être supérieur à 8 % de l'effectif budgétaire du corps et l'effectif de chacun des échelons de la classe exceptionnelle des corps de professeurs des universités-praticiens-hospitaliers ne peut être supérieur à 10 % de l'effectif total du corps.
- [77] Les emplois de personnels hospitalo-universitaires sont discutés entre l'Unité de Formation et de Recherche (UFR), le CHU et le ministère de la santé (procédure dite de « révision des effectifs »). Avec la loi LRU du 10 août 2007 le président de l'université peut refuser une affectation en motivant cette décision.
- [78] La filière hospitalo-universitaire comporte plusieurs spécificités : elle compte plus de professeurs des universités que de maîtres de conférences et les dispositions statutaires qui les régissent ne quantifient pas les obligations d'enseignement. En effet, l'enseignement clinique est un enseignement qui est très lié avec la pratique de soin.

2. LES PRINCIPES DE LA REMUNERATION DES HOSPITALO UNIVERSITAIRES

2.1. *Une rémunération statutaire*

- [79] La rémunération des enseignants et hospitaliers se compose de la rémunération au corps et aux grades correspondants des enseignants-chercheurs et d'émoluments hospitaliers prévus par l'arrêté du 20 mars 2008. Une indemnité de service public exclusif versée mensuellement peut s'ajouter à cette rémunération.
- [80] L'activité universitaire constitue l'activité principale. A ce titre, seule la partie universitaire de la rémunération des personnels hospitalo-universitaires fait l'objet de retenues pour pension civile. Aussi, une partie non négligeable de leur rémunération échappe à ces cotisations car en moyenne un enseignant-chercheur hospitalier voit sa rémunération constituée de 35 à 60 % par la rémunération hospitalière¹⁹. Par ailleurs, les dispositions relatives à l'aménagement et à la réduction du temps de travail n'ont pas bénéficié aux personnels hospitalo-universitaires.
- [81] L'extension du bénéfice de la prime de charges administratives, de la prime de responsabilité pédagogique et de la prime d'encadrement doctoral et de recherche aux personnels enseignants et hospitaliers de médecine et des disciplines pharmaceutiques titulaires des centres hospitaliers et universitaires est relativement récent²⁰.

2.2. *Complétée par d'autres rémunérations et participations*

- [82] Le décret n°85-618 du 13 juin 1985 permet de rémunérer les services rendus lors de la participation à des contrats de recherche. Le montant de cette rémunération est fixé par le président sur proposition du responsable des opérations de recherche. Il ne peut dépasser la moitié du traitement brut afférent à l'indice brut 575 soit 26 438 € par an.
- [83] La loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique et le décret du 2 mai 2007 réforment le régime du cumul d'activité. La possibilité pour les personnels enseignants d'exercer les professions libérales qui découlent de la nature de leurs fonctions est préservée.
- [84] Ils peuvent également donner des expertises, des consultations ou tirer bénéfice d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques.
- [85] La loi sur l'innovation et la recherche du 12 juillet 1999 a entrepris de favoriser la mobilité entre la recherche publique et les entreprises²¹. Les enseignants-chercheurs peuvent ainsi participer à la création d'une entreprise qui valorise leurs recherches, y apporter leur concours scientifique ou prendre une participation dans son capital ou en devenir administrateurs.

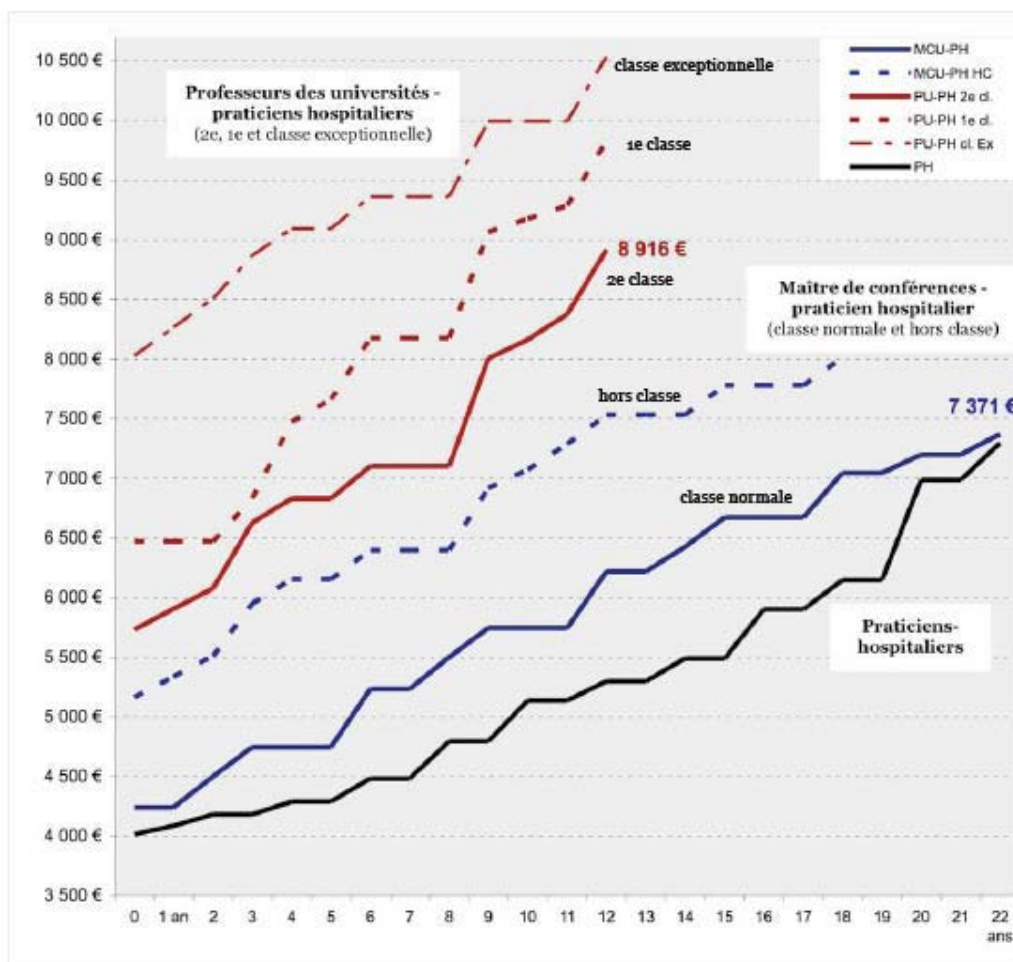
¹⁹ Voir émoluments, indemnités de participation à la permanence des soins, indemnités visant à développer le travail en réseau et une part complémentaire variable des émoluments hospitaliers selon certains critères (article 38 du décret n° 84-135 du 24 février 1984).

²⁰ Décret n° 2006-783 du 3 juillet 2006

²¹ Articles L 413-1 et suivants du code de la recherche.

2.3. Les émoluments hospitaliers

Graphique 4 : Comparaison de l'évolution du traitement brut indiciaire mensuel des corps d'enseignants et hospitaliers et du corps des praticiens-hospitaliers en fonction de l'ancienneté²²



Source : Enquête « Dépense » réalisée par la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, in rapport Schwartz.

²² Arrêté du 20 mars 2008 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé, article R6152-21 du code de la santé publique et décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

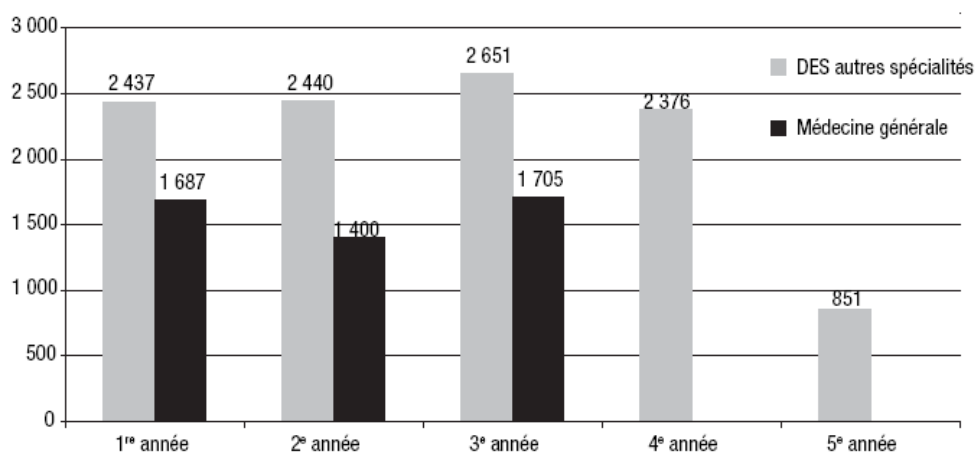
Annexe 5 : Les personnels en formation

1. DES EFFECTIFS EN AUGMENTATION

- [86] Selon les sources²³, on estime entre 15 576 et 17 667 les personnels en formation médical de la première année d'inscription au troisième cycle des études médicales. La durée du troisième cycle varie selon les filières. Hormis en médecine où le DES se déroule en trois ans, la majorité des filières se déroule en quatre ans voire en cinq ans pour les spécialités chirurgicales, l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la radiologie, l'oncologie et l'anatomocytopathologique.

GRAPHIQUE 2

NOMBRE D'INTERNES PAR NIVEAU D'ÉTUDES



Lecture : 1 687 internes sont inscrits en première année du DES de médecine générale, 2 437 internes sont inscrits en première année de DES des autres spécialités, 2 376 internes sont inscrits en quatrième année de DES.

- [87] Les étudiants en troisième cycle des études médicales se répartissent au sein de onze filières.
- [88] Selon l'enquête de l'ONDPS, sur les 15 767 recensés, 5658 internes sont inscrits dans ces 2 filières, les autres se répartissant dans les 9 autres filières (anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétricale, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique).
- [89] Selon la DREES²⁴, en 2007, 4905 candidats aux épreuves classantes nationales (ECN) sont affectés, et 4775 d'entre eux entrent effectivement en troisième cycle.
- [90] Les étudiants achevant leur deuxième cycle d'études médicales (DCEM) ont passé ces épreuves afin d'accéder au troisième cycle d'études médicales (TCEM) : l'internat.

²³ Les données sont issues de la Statistique annuelle des établissements (SAE) et de l'Éducation Nationale (DEPP SISE) retraités par la DREES

²⁴ Mélanie Vanderschelden, contribution dans le cadre du rapport Schwartz., DREES,

Tableau 13 : Répartition des postes ouverts et pourvus par discipline de 2004 à 2007.

Libellé discipline	2004			2005			2006			2007		
	ouverts	pourvus	écarts	ouverts	pourvus	écarts	ouverts	pourvus	écarts	ouverts	pourvus	écarts
Anesthésie Réanimation médicale	243	243	0	243	243	0	243	243	0	250	249	1
Biologie médicale	58	58	0	58	58	0	58	58	0	60	60	0
Gynécologie Médicale	16	16	0	16	16	0	16	16	0	20	20	0
Gynécologie Obstétrique	158	158	0	150	150	0	150	150	0	155	155	0
Médecine Générale	1841	1232	609	2400	1419	981	2353	2030	323	2866	2414	452
Médecine du travail	61	56	5	56	56	0	60	53	7	60	54	6
Pédiatrie	196	196	0	196	196	0	196	196	0	200	200	0
Psychiatrie	200	199	1	300	300	0	300	300	0	300	300	0
Santé publique	75	70	5	70	70	0	70	70	0	70	68	2
Spécialités chirurgicales	380	380	0	550	550	0	550	550	0	550	550	0
Spécialités médicales	760	760	0	760	760	0	760	760	0	835	835	0
Ensemble des disciplines hors médecine générale	2147	2136	7	2403	2403	0	2407	2400	7	2500	2491	9
Ensemble des disciplines	3988	3368	620	4803	3822	981	4760	4430	330	5366	4905	461

Source : Gestion automatisée des ECN du CNG. Arrêtés fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine

- [91] En 2007, pour toutes les disciplines autres que la médecine générale, le nombre de postes ouverts est resté égal ou quasiment égal à celui de 2006, sauf pour la discipline « spécialités médicales », pour laquelle il a été augmenté de près de 10 %.
- [92] Environ 53 % des postes ouverts cette année étaient des postes en médecine générale (soit près de 2900 postes), contre un peu moins de 50 % l'an dernier.
- [93] C'est en partie pour cette raison que presque un candidat sur deux ayant participé à la procédure d'affectation et un entrant en troisième cycle sur deux ont été affectés sur un poste en médecine générale, contre respectivement 46 % et 42 % en 2006.
- [94] De plus, cette année, seulement 53 résidents ont été affectés sur des postes qui resteront dans les faits vacants, contre 320 l'année dernière.
- [95] En 2007, 82 % des postes ouverts en médecine générale ont été effectivement occupés, contre seulement 73 % en 2006. La situation de la médecine générale s'améliore sensiblement, bien que la proportion de postes restés vacants parmi ceux ouverts dans cette discipline soit un peu plus élevée qu'en 2006 (16 % contre 14 %). Au total, 461 postes n'ont pas été pourvus, dont 452 en médecine générale, 6 en médecine du travail, 2 en santé publique et 1 en anesthésie-réanimation.
- [96] Mais l'évolution de la situation de la médecine générale est aussi en partie imputable à une légère évolution des préférences des étudiants (encadré 2). Parmi les étudiants (hormis les résidents) qui avaient le choix, dans la subdivision pour laquelle ils ont finalement opté entre la médecine générale et au moins une autre discipline, 47,6% ont choisi la médecine générale.
- [97] L'année dernière, cette proportion était de 39,2%. Cependant, le renforcement de la préférence pour la médecine générale s'est fait « au détriment » de la santé publique, de la médecine du travail, de la biologie médicale et, dans une moindre mesure, de la psychiatrie, des spécialités chirurgicales et de l'anesthésie-réanimation.

2. L'ORDRE DES PREFERENCES DES ETUDIANTS EVOLUE SANS ETRE BOULEVERSE

- [98] L'ordre des préférences des étudiants n'est pas pour autant bouleversé : la discipline « spécialités médicales » reste la plus plébiscitée aussi bien par les femmes que les hommes, et la préférence des étudiants pour cette discipline est même légèrement plus marquée en 2008 tandis que la médecine du travail et la santé publique arrivent toujours en fin de classement.
- [99] Les femmes placent toujours la médecine générale en troisième position, juste après la pédiatrie. Ensuite, elles se tournent prioritairement vers la discipline « spécialités chirurgicales », l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et la biologie médicale. Elles placent encore en fin de liste la gynécologie médicale, la santé publique et la médecine du travail. Après les spécialités médicales, les hommes ont privilégié, comme l'an dernier, les spécialités chirurgicales et l'anesthésie-réanimation. En revanche, ils ont cette année placé la pédiatrie avant la médecine générale, qui arrive donc en cinquième position.
- [100] Ensuite, on trouve la biologie médicale, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. Enfin, aucun homme n'ayant choisi la gynécologie médicale, cette discipline arrive en dernière position, derrière la santé publique et la médecine du travail.

Tableau 14 : Classement des disciplines dans l'ordre de préférences des étudiants

	femmes	hommes	Ensemble des étudiants
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie réanimation	Anesthésie réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Pédiatrie	Pédiatrie
5	Anesthésie réanimation	Médecine générale	Médecine générale
6	Gynécologie obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie obstétrique	Biologie médicale
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Psychiatrie
9	Gynécologie médicale	Santé publique	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Médecine du travail	Santé publique
11	Médecine du travail	Gynécologie médicale	Médecine du travail

Source : Fichiers de gestion automatisée des ECN du CNG, traitement DREES, 2007.

Tableau 15 : Répartition des internes dans les filières de spécialités médicales et chirurgicales

RÉPARTITION DES INTERNES DANS LES FILIÈRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES

Spécialité	Intitulé du DES	Effectifs	Répartition (5 ^e semestre et suivants)
Spécialités médicales	1 ^{re} et 2 ^e année	1 527	
	Années suivantes	2 248	
	dont : Anatomie et cytologie pathologique	113	5,0%
	Cardiologie et maladies vasculaires	359	16,0%
	Dermatologie et vénéréologie	163	7,3%
	Endocrinologie et métabolisme	113	5,0%
	Gastro-entérologie et hépatologie	149	6,6%
	Génétique médicale	15	0,7%
	Hématologie	42	1,9%
	Médecine interne	164	7,3%
	Médecine nucléaire	56	2,5%
	Médecine physique et de réadaptation	47	2,1%
	Néphrologie	108	4,8%
	Neurologie	133	5,9%
	Oncologie	109	4,8%
	Pathologies cardio-vasculaires	0	
	Pneumologie	106	4,7%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	473	21,0%	
Rhumatologie	98	4,4%	
Spécialités chirurgicales	1 ^{re} et 2 ^e année	873	
	Années suivantes	1 286	
	dont : Chirurgie générale	853	66,3%
	Neurochirurgie	38	3,0%
	Ophthalmologie	258	20,1%
	ORL	136	10,6%
Stomatologie	1	0,1%	
Total général		6 114	

Champ : Ensemble des UFR.

Sources : DEPP-SISE, traitement DREES-BPS, année 2006-2007.

Source : Ensemble des Unités de formation et de recherche, DEPP-SISE, traitement DREES-BPS, année 2006 - 2007

ANNEXE 6 : Le système de rémunération des praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées

1. LES DONNEES SUR LES HONORAIRES ET LES REVENUS D'ACTIVITE DES MEDECINS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE

1.1. Une connaissance limitée et des difficultés à croiser les informations disponibles

[101] Le mode de paiement des médecins libéraux est principalement à l'acte. Les médecins employés par les établissements privés PSPH sont des salariés rémunérés sous contrat avec la possibilité d'appliquer une convention collective.

[102] On peut toutefois distinguer deux grands modes de rémunérations en France (saliariat et paiement à l'acte) auxquels se rattachent plusieurs types d'exercice médical que sont l'exercice libéral en cabinets ou cliniques, le salariat hospitaliers ou non, voire la combinaison des deux appelés aussi exercice mixte. En plus de ces trois grandes catégories, on distingue deux autres catégories : la catégorie « divers » où les rémunérations sous forme de salaires ou d'honoraires ne sont pas connues et une catégorie sans exercice déclaré. Ce point est détaillé dans l'annexe 1. Si la règle du salariat en hôpital et de l'exercice libéral en clinique est toujours vérifiée, il est plus juste de parler aujourd'hui de multi-appartenance²⁵.

[103] Les informations disponibles sur les revenus des médecins sont principalement issues des travaux de la DREES. Celle-ci s'appuie sur les données :

- de l'Assurance-maladie sur les recettes des libéraux enregistrés dans le Système National d'information Inter régimes SNIIR-AM. Le SNIIR permet de recueillir et d'agrèger au niveau national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement.
- de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur les déclarations fiscales des médecins faites au titre des bénéficiaires non commerciaux (BNC) sur le formulaire 2035 qui comporte recettes et charges professionnelles déductibles ,
- de l'INSEE dans les déclarations annuelles des salaires (DADS),
- de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur les rémunérations versées aux médecins dans les établissements publics de santé (EPS),
- issues des enquêtes réalisées par la DHOS et le CNG sur les rémunérations perçues par les praticiens qui exercent dans les établissements publics de santé (EPS),
- et enfin des données collectées par les organismes gestionnaires des régimes de retraite CARMF et IRCANTEC.

²⁵ La notion de bi-appartenants définit les médecins hospitalo universitaires. Les multi-appartenants constitueraient une population polymorphe avec des exercices professionnels dans plusieurs structures et selon plusieurs modes.

[104] Ces dernières années, la DREES mais aussi l'Assurance Maladie ont effectué des travaux importants, qui ont débouché sur de nombreuses publications concernant les revenus des médecins²⁶ et qui ont permis de développer les connaissances sur le sujet. Mais en dépit de ces efforts, la mission a confirmé les constats faits par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCCAM)²⁷ et par la Cour des comptes²⁸ sur les approximations et lacunes dans ces connaissances.

[105] Dans un avis rendu en mai 2007, le HCAAM avait ainsi indiqué que, s'agissant des médecins libéraux, « les données publiées aujourd'hui ne permettent pas de donner une image correcte de la réalité des revenus des médecins ». Le rapport déjà cité de la Cour des comptes fait apparaître la difficulté de disposer d'informations clairement définies et établies sur des bases incontestables. Les limites à la connaissance des revenus des médecins sont de plusieurs ordres :

- La difficulté à appréhender l'intégralité de revenus. Comme cela a été indiqué plus haut de nombreux médecins bénéficient de sources de revenus diversifiées. Plus que d'autres professions, leur rémunération est composée de différentes strates. A une rémunération de base qui peut être constituée par des honoraires ou un salaire, peuvent s'ajouter de multiples compléments rémunérant des activités de soins (directement ou indirectement à travers la participation au capital de sociétés détentrices gestionnaires d'équipement) mais surtout des activités d'expertises, d'enseignement et de recherche mises en œuvre pour le compte d'institutions autres que celle qui constitue le cadre de l'activité exercé à titre principal. Seules les données fiscales permettent d'appréhender les rémunérations dans leur globalité mais leur accès est soumis de nombreuses restrictions et elles ne comportent que des indications assez peu détaillées sur les différentes sources de rémunérations.
- Les limites concernant les cycles de revenus tout au long de la vie professionnelle. Comme l'avait constaté le HCAAM dans le rapport déjà cité, la dimension longitudinale tout au long de la vie est rarement étudiée. Or le profil de carrière des médecins est particulier : âge élevé à l'installation (plus de 30 ans) avec un niveau très élevé d'honoraires sur une durée de 20 à 25 ans, puis une décroissance des revenus liée à une diminution de la durée du travail - en fait une diminution du nombre d'actes - jusqu'à 65 ans. Enfin, les études sur les retraites, très peu développées, rendent difficile une comparaison avec celles d'autres professions. Une difficulté supplémentaire apparaît sur la population médicale hospitalière en raison des différences de statuts entre mono ou « bi appartenants » c'est-à-dire praticiens hospitalo-universitaires.
- La difficulté à relier les revenus à l'activité et au temps de travail mis en œuvre. C'est particulièrement le cas pour les salariés mais c'est aussi vrai s'agissant des médecins libéraux. Cet élément est en partie lié au point précédent, c'est-à-dire au fait que beaucoup de médecins ont des activités multiples sans qu'il soit possible de connaître la répartition du temps passé entre les différents employeurs. Pour les libéraux, cette méconnaissance est aussi liée au caractère très global de la nomenclature pour les consultations. Pour les salariés, les conditions de forte autonomie dans lesquelles sont menées les activités médicales interviennent également.

²⁶ Dans les deux dernières années voir notamment Etudes et résultats, N° 578 juin 2007 « Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres » et Etudes et résultats n° 643 juin 648 « Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006 »

²⁷ Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCCAM) le 24 mai 2007

²⁸ Voir notamment le rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2007 chapitre VIII : les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins.

1.2. La mise en regard des effectifs et des rémunérations reste fragile

[106] La mission a rencontré des difficultés pour assurer la cohérence d'ensemble des données concernant l'effectif des médecins, qui constituent le dénominateur du calcul sur les honoraires et des revenus d'activité. Comme on l'a vu plus haut, il existe des incertitudes sur le dénombrement des médecins et différentes nomenclatures de spécialités coexistent. Mais surtout, il existe un manque d'homogénéité des définitions utilisées dans chaque banque de données. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) retiennent les praticiens qui ont exercé une activité libérale dans l'année donnant lieu à la perception d'honoraires, y compris les praticiens hospitaliers temps plein exerçant une activité privée à l'hôpital. Le service statistique de la CNAMTS utilise soit les données brutes, soit les données corrigées en année pleine d'exercice (APE) pour éliminer les médecins qui débutent ou terminent leur exercice dans l'année et ceux qui diminuent leur activité dans le cadre d'une pré-retraite. Le ministère de la santé (DREES) enregistre tous les médecins actifs, y compris les médecins fonctionnaires, dans le fichier ADELI. Les données sur le revenu d'activité présentées plus loin, issues de la DGFIP (ex DGI) et retraitées par la DREES correspondent à l'effectif du SNIIRAM mais amputé des médecins dont l'activité libérale est inférieure à 3000 euros par an. La CARMF accueille tous les médecins exerçant une activité libérale ainsi que des cotisants volontaires qui ne sont pas considérés comme libéraux par la CNAMTS ou le ministère²⁹.

1.3. L'enregistrement des honoraires se heurte aussi à des points de fragilité

[107] Les données disponibles permettent d'avoir une vision globale des honoraires versés au titre de l'activité libérale, par l'intermédiaire des systèmes d'information de l'assurance maladie (SNIIRAM). Mais ces données comportent deux limites :

- a) Tout d'abord comme l'avait fait apparaître le rapport de la Cour des comptes déjà cité, certains honoraires ne sont pas pris en compte : le SNIIRAM est alimenté par la liquidation des feuilles de soins présentées au remboursement par certains versements faits aux médecins par les caisses (forfaits, aides à la télétransmission, primes de responsabilité civile professionnelle³⁰) en France métropolitaine. Ne sont pas pris en compte également les honoraires non présentés au remboursement : les soins financés par l'aide médicale d'Etat (40M€), les honoraires des médecins non conventionnés (97M€), les soins délivrés dans les DOM (407M€). En 2004, le montant d'honoraires comptabilisés dans le SNIIRAM (18 149 M€) était ainsi sous évalué d'environ 5% (938 M€). De plus le montant de recettes versées tel qu'il apparaît dans le SNIIRAM n'intègre pas diverses aides directes (par exemple l'aide à la reconversion vers la médecine du travail ou les forfaits pour la formation continue). Enfin n'apparaît pas l'aide que constitue la part des cotisations sociales du secteur 1 payée par les caisses d'assurance maladie en contrepartie du respect des tarifs opposables et qui s'élevait en 2005 à 1,15 Milliards d'€.
- b) En sens inverse, certains montants considérés comme des honoraires sont en fait des forfaits techniques qui correspondent à la rémunération des structures qui possèdent les équipements correspondants (voir plus loin le cas de la radiologie).

²⁹ Compte tenu de ces contraintes, les données sont présentées de manière séparée, afin de ne pas comparer des informations calculées avec des effectifs différents. Sauf indication contraire, les données concernent la France métropolitaine

³⁰ Ainsi la prise en charge par l'assurance maladie d'une part significative (entre 66 et 55%) des primes de responsabilité civile payées par les obstétriciens, les chirurgiens et les anesthésistes dans la limite respectivement de 18 000, 15 000 et 7000 euros.

[108] De plus les systèmes d'information nationaux que gère l'assurance maladie sont également à même d'isoler l'activité libérale à l'hôpital des praticiens temps plein et l'activité libérale hors de l'hôpital des praticiens hospitaliers à temps partiel. Toutefois, le SNIIRAM ne permet pas de distinguer dans l'activité libérale des professionnels médicaux, la part des activités effectuées et perçues au sein d'un établissement hospitaliers privés et celles effectuées et perçues au sein d'un cabinet ambulatoire.

1.4. *Les données sur les revenus d'activité*

[109] La mission s'est efforcée de recueillir des éléments permettant d'avoir une appréhension la plus complète possible des revenus des médecins et chirurgiens hospitaliers. Elle a utilisé deux sources majeures de données :

- des données communiquées par la DREES et qui sont issues du croisement des fichiers d'honoraires (le SNIIR-AM) avec des fichiers de la DGFIP (ex DGI) sur les revenus déclarés en 2005³¹.
- des données recueillies par la CARMF pour les années 2005- 2006-2007 permettant donc d'appréhender les évolutions des revenus (ce qui n'était pas possible avec les données fiscales qui ne portent que sur une seule année).

[110] Le revenu net libéral est établi en appliquant aux honoraires moyens issus du SNIIR une estimation des rétrocessions d'honoraires aux médecins remplaçants et des charges, toutes deux issues des déclarations des bénéficiaires non commerciaux (BNC). **Pour les médecins libéraux, le problème du passage des revenus bruts aux revenus nets doit être appréhendé avec prudence notamment en raison des taux de charge.** Les débours et honoraires rétrocédés aux remplaçants proviennent de la Direction Générale des Impôts (DGI). Les charges professionnelles sont calculées à partir des données fiscales des médecins ayants rempli une déclaration contrôlée des bénéficiaires non commerciaux (BNC).

[111] Concernant la statistique annuelle CARMF des bénéficiaires non commerciaux nets (BNC), les honoraires, rémunérations et revenus des médecins sont variables entre autres selon leur spécialité et leur secteur conventionnel. Les effectifs bien qu'importants ne sont plus significatifs dans certaines disciplines notamment la radiologie du fait du développement de nouvelles formes juridiques et fiscales d'associations, et les effectifs ne différencient pas l'exercice partiel des exercices à temps complet. Enfin, comme le soulignait la Cour des comptes dans le rapport précité, le regroupement croissant des médecins en société, en particulier dans des sociétés d'exercice libéral rend plus complexe l'appréhension de leurs revenus.

2. LE SYSTEME DE REMUNERATION DES PRATICIENS LIBERAUX

2.1. *Le dispositif conventionnel*

2.1.1. **Eléments généraux**

[112] Le système de rémunération des médecins dans les établissements privés commerciaux relève d'une relation directe avec l'Assurance maladie sur la base d'une rémunération par honoraires est en quasi-totalité celui du paiement à l'acte sur la base de la codification CCAM et des tarifs conventionnels en vigueur avec possibilité pour le médecin s'il relève du secteur 2 de dépasser avec "tact et mesure" les tarifs de remboursements de la Sécurité Sociale.

³¹ La mission n'a utilisé qu'une partie des données produites dans ce cadre. La DREES devrait procéder à une publication complète en début d'année 2009

- [113] Dans ce système, le paiement à l'acte est dominant. Les honoraires sont proportionnels au nombre des actes facturés même si des éléments de rémunération de nature forfaitaire sont mis en place :
- forfait alloué au médecin traitant pour le suivi des patients en ALD (40 € par assuré)
 - astreintes pour la permanence des soins ambulatoires et en établissements.
- [114] Selon les sources de la CNAMTS, en 2005, les forfaits ne représentent que 3,9 % des honoraires libéraux des médecins généralistes et 2,1 % de ceux des spécialistes.
- [115] Les honoraires sont déterminés aujourd'hui par des barèmes administrés nationaux et collectifs au sens où ils s'appliquent à des catégories de médecins (généralistes/spécialistes, secteur 1/secteur 2).
- [116] Les trois quarts des médecins sont en secteur 1 et pratiquent des honoraires égaux aux barèmes de remboursement. Les autres médecins pratiquent le plus souvent des dépassements. Au total 82% des actes sont effectués au tarif opposable. Les dépassements représentent 10,9% des honoraires totaux.

2.1.2. Les différents tarifs

Les tarifs sont fixés pour des catégories collectives de médecins (le C des généralistes ; les nomenclatures d'actes techniques des spécialistes...) mais un très grand nombre de différenciations ont été ajoutés dans la période récente rendant le dispositif très peu lisible.

- a) La différenciation tarifaire dans le cadre du parcours de soins.
C'est ainsi que les médecins spécialistes peuvent facturer la consultation à 2C (et non 1CS) – 42 € contre 23 ou 28 € – lorsque le patient leur est adressé par son médecin traitant pour consultations (pas de prise en charge thérapeutique ; espacement minimum de six mois entre deux avis).
Les spécialistes de secteur 1 peuvent pratiquer des dépassements limités (« dépassements autorisés » dits DA) lorsque le patient qui les consulte est hors parcours. Ils sont alors tenus au respect d'un double plafond, en masse : les actes avec dépassement ne peuvent conduire à des dépassements excédant 30% des honoraires totaux, et en niveau : le dépassement ne doit pas dépasser les barèmes de plus de 17,5%.
- b) la différenciation des barèmes en fonction du lieu d'exercice.
Les tarifs sont normalement indépendants du lieu d'exercice du médecin. Toutefois, on note certains aménagements :
- la valeur du C/CS est majorée dans les DOM de +10% en Antilles et +20% à la Réunion et en Guyane.
 - la convention de janvier 2005 a prévu la négociation d'un avenant pour la mise en œuvre de dispositifs d'aide à l'installation dans les zones de faible densité médicale. Un avenant sous la forme de majorations d'actes (versées directement par l'assurance maladie) aux cabinets de groupe. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 permet l'extension de tels dispositifs aux professionnels exerçant en centres de santé.
 - la loi autorise également une modulation des cotisations sociales en fonction du lieu d'exercice, mais cette mesure n'a pour l'instant pas été mise en œuvre dans la convention.
- c) La différenciation des bases tarifaires entre secteurs 1 et 2

[117] Les bases tarifaires sont normalement identiques dans les deux secteurs.

[118] En 2003, une première différenciation a été introduite avec la majoration pour coordination, majoration réservée à certains spécialistes de secteur 1 qui peuvent majorer leurs honoraires en cas d'exigence particulière : 6% des actes seraient en dépassement exceptionnel.

- [119] Depuis 2005, de nombreux tarifs de remboursement supérieurs en secteur I ont été mis en place.
- [120] **pour les actes cliniques :**
- [121] Les consultations des spécialistes sont majorées pour les praticiens de secteur 1 avec l'application Majoration Pour Coordination (MPC) pour toutes les CS (2 euros) ou la CNPSY (2,70 euros). Dans le parcours de soins s'ajoute la MCS (3 euros) ou la MCC pour les cardiologues (3,27 euros). De même de nombreuses majorations liées à l'âge du patient sont réservées au secteur 1.
- [122] La quasi totalité des actes cliniques en C1 sont donc différenciées de façon notable.
- [123] **pour les actes techniques :**
- [124] Une différenciation a été mise en œuvre pour les chirurgiens. Les praticiens de secteur 1 majoraient leurs tarifs du modificateur K de 11,5%.
- [125] Les médecins de secteur 2 peuvent bénéficier des majorations dans certaines conditions :
- pour l'ensemble de leurs actes en adhérant à l'option de coordination - effectif actuellement très faible, estimé à quelques centaines de médecins.
 - ou lorsqu'ils reçoivent des patients bénéficiaires de la CMUc. Dans ce cas, ils ne peuvent pratiquer de dépassement) et pour le K des chirurgiens en cas d'urgence d'autre part
- [126] Les médecins du secteur 2 de certaines spécialités (chirurgiens) sont autorisés à facturer selon le barème – supérieur – qui prévaut en secteur 1 pour les actes qu'ils exécuteraient sans dépassement.
- [127] Il faut ajouter à cette complexité, non seulement des modulations régionales de la rémunération collective mais également des différenciations individuelles qui viendraient s'y ajouter sur la base de contractualisation par médecin sur des objectifs négociés.
- [128] Dans les négociations conventionnelles en cours, la CNAMTS propose dans le cadre du dispositif prévu par la LFSS 2007 aux médecins généralistes des contrats individuels liant performance et rémunération sur la base du volontariat. Ces contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) sont présentés à la négociation sous forme d'un dispositif déjà formalisé : 18 objectifs à respecter dont 7 concernent l'efficacité de la prescription du médecin, une prime qui pourrait atteindre 5000 € par an et des modalités d'évaluation de l'atteinte des résultats.

2.2. *Le contrat, les redevances et le lien avec l'établissement*

2.2.1. Le contrat

- [129] Les praticiens exerçant en clinique doivent passer avec la clinique un contrat d'exercice. Ce contrat est obligatoire³², cette obligation n'est pas toujours respectée, un certain nombre de praticiens exerçant à l'heure actuelle suivant le régime de contrat dit « de fait », dont les éléments d'organisation ne reposent en fait que sur des jurisprudences.

³²Un contrat verbal n'est suffisant et la rédaction d'un écrit s'impose, d'autant plus qu'il s'agit d'une obligation déontologique, sanctionnable disciplinairement (article 91 du Code de déontologie) et légalement (article L. 462 du Code de la santé publique).

- [130] Le contrat est présenté, notamment par le Conseil de l'Ordre comme le moyen de garantir l'indépendance professionnelle du praticien, qui ne doit pas être aliénée par des considérations commerciales, mais selon le Conseil de l'Ordre, le médecin doit inversement prendre conscience des réalités économiques
- [131] L'évolution de la négociation des nouveaux contrats avec les médecins tiennent de plus en plus compte de l'engagement de la clinique par rapport à des règles normatives notamment de sécurité et de continuité et permanence des soins mais également des contrats passés avec l'ARH bien souvent marqués par des clauses d'évolutivité ou des limites conditionnelles ou temporelles d'autorisation d'implantation d'activité (contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens, contrats de bon usage du médicament...)
- [132] Si le contrat liant l'établissement aux médecins est réputé intangible, sauf révision acceptée par les deux parties, la clinique se trouve ainsi prise dans une contradiction. en termes de gestion des risques. En effet, les contrats d'objectifs et de moyens les plus récents prévoient des mécanismes d'opposabilité de contraintes normatives ; la clinique est tenue de respecter ces normes sans pouvoir les imposer aux médecins, en vertu du principe d'effet relatif des contrats.
- [133] Afin d'anticiper les évolutions possibles, les cliniques cherchent à inclure systématiquement des clauses de révision dans les contrats les liant aux médecins libéraux ou de préciser que le contrat d'exercice fait obligation aux médecins de respecter les obligations présentes et à venir du Code de la santé publique.
- [134] Le contrat doit nécessairement préciser des points particuliers :
- le type d'activité que pratiquera le médecin dans l'établissement, le directeur d'établissement étant tenu de veiller à la compétence effective des praticiens ;
 - l'engagement du médecin à participer à l'ensemble des activités des commissions telles que la matériovigilance, la CME et le CLIN ;
 - la tenue du dossier médical ;
 - les engagements à la continuité des soins.
- [135] Dans les relations entre les cliniques et les praticiens, la question de la propriété du matériel utilisé est un enjeu important, en particulier pour certaines spécialités nécessitant des équipements lourds. La tendance des établissements est de plus en plus de garder la maîtrise du matériel pour son entretien, son amortissement et son renouvellement. Les contrats d'exclusivité sont à l'heure actuelle rare dans les nouveaux contrats, la clinique préférant préserver son espace de liberté.
- [136] Ce contrat comprend des clauses détaillées. Dans les grandes rubriques on retrouve les plus importantes :
- Sur la durée du contrat
Il peut être conclu pour une durée déterminée, en fonction, par exemple, de la durée d'autorisation de l'activité pour l'établissement. Il peut également être conclu pour une durée indéterminée, c'est-à-dire que les parties envisagent son terme, mais sans fixer précisément la date. Dans un tel contrat, chacune des parties a la faculté de le résilier en respectant une procédure fixée et prévue (délai de préavis, indemnité de résiliation, présentation d'un successeur).
Le contrat peut résoudre les difficultés qui peuvent survenir pendant l'exécution du contrat si la clinique décidait de fermer le service de le fonder dans une autre entité avec versement d'une indemnité.
 - Sur le mode d'exercice
Le mode d'exercice est un des points important du contrat. Il traite de l'exclusivité de l'exercice de la spécialité de l'utilisation du matériel opératoire au sein de l'établissement ou bien du droit de la clinique de se réserver la possibilité de faire appel au(x) praticien(s) de son choix.

Les possibilités d'association doivent être prévues avec d'autres médecins tout comme les conditions de leur agrément par la clinique ainsi que les modifications éventuelles d'exercice et la constitution éventuelle d'une SCP ou d'une SCM, par exemple.

- Les locaux et le matériel mis à disposition
Il est nécessaire que les locaux mis à disposition soient clairement définis ainsi que le personnel. Pour l'exercice en ambulatoire, sont précisés le nombre et de jour des postes. Enfin, le matériel et le consommable mis à disposition doivent être énumérés, de même que la charge de la décontamination et de leur renouvellement.
- La résiliation
Les clauses se rapportant à la fin du contrat sont précisées et notamment l'indemnité due négociée et éventuellement la clause de non réinstallation dans un certain périmètre.
- La cessibilité
La clause permettant de présenter un successeur en cours d'exécution du contrat ou à son expiration est l'élément permettant la " patrimonialisation " de l'activité. Le successeur devra, bien sûr, être agréé par la clinique. Pour éviter tout blocage il faut prévoir un délai dans lequel la clinique doit se prononcer. En cas de refus d'agrément ou d'absence de réponse dans le délai.

2.2.2. La redevance

- [137] La redevance constitue un chapitre complexe et bien souvent tributaire des conditions locales de la négociation, les syndicats de médecins et les représentants des cliniques ont élaboré des recommandations dans une structure de concertation.
- [138] En cas de litige, les recommandations du CLAHP, même si celles-ci n'ont pas été actualisées après la mise en place de la T2A et la CCAM, constituent pour le secteur des références indicatives.
- [139] La validité de la perception par la clinique de redevances a été reconnue par la jurisprudence dès lors qu'elles correspondent tant par leur nature que par leur coût à un service rendu au médecin et qu'elle ne soit pas couverte en totalité ou partiellement par les différents tarifs versés par les Caisses d'Assurance
- [140] Deux méthodes existent pour calculer la redevance :
- un pourcentage des honoraires avec une régularisation annuelle ou non en fonction des coûts réels de l'année. La base des honoraires pris en compte pour le calcul de la redevance doit être déterminée par le contrat (honoraires perçus ou tarifs opposables, malades externes, honoraires de surveillances, etc.)
 - la facturation des prestations fournies par l'établissement à leurs coûts réels
- [141] Dans tous les cas il est nécessaire définir le plus précisément possible les éléments couverts par cette redevance (le recouvrement des honoraires, les salaires du personnel, les charges d'entretien, la valeur locative des locaux, etc.)
- [142] Une enquête effectuée en avril 2006 par le syndicat des médecins de l'hospitalisation privée (SYNGHOP) a montré la grande disparité des pratiques et le peu de liens formalisés et suivis entre les redevances et les prestations contrairement aux recommandations du CLAHP qui préconise que l'ensemble des prestations des cliniques soit évalué sur la base d'un coût réel justifié permettant la régularisation en fin d'année du pourcentage négocié.
- [143] Seuls 4% des établissements facturent des montants de frais réels avec justification. Dans les autres cas, les redevances sont négociées en pourcentage sur les honoraires pour 65%, sur les honoraires sans inclure les dépassements, pour 35%, sur la somme totale des honoraires, dépassements inclus.

[144] Le montant de la redevance est dans la grande majorité des cas (58 établissements sur 92) compris entre 4% et 10% des honoraires, entre 0,5 et 3% pour 12 établissements, il dépasse 15% pour 13 établissements.

[145] Parmi les prestations fournies par l'établissement figure au minimum la prise en charge et la gestion de la facturation des honoraires puis, selon les établissements des frais de personnel de bloc, de secrétariat, de mise à disposition de matériel, de locaux de consultations

2.3. L'évolution du secteur privé

[146] Le paysage de l'hospitalisation privée a subi ces dernières années des évolutions fortes en termes de restructuration.

[147] Entre 2003 et 2005 l'effectif national total est passé de 772 à 719 « cliniques privées MCO », soit une diminution de 7 % pour diverses raisons :

- fermeture d'établissements ;
- recomposition, essentiellement par le mécanisme de fusion ou de regroupement ;
- création d'établissements : ces créations ne s'effectuent pas ex nihilo, mais sous la forme de restructurations selon d'ailleurs des modalités assez diverses.

2.3.1. La montée en puissance des groupes

[148] En France en 2007, on constate que 28% des établissements exerçant une activité médecine chirurgie et obstétrique appartiennent à un groupe de cliniques privées

[149] Quatre groupes (comprenant 20 établissements MCO ou plus), représentent 124 cliniques au total et concentrent ainsi 63% de ce parc d'établissements. Selon un ordre dégressif, ces groupes comprennent respectivement 57, 25, 22 et 20 établissements MCO privés. Il s'agit de la Générale de Santé, Vitalia, Capio et Médi-partenaires.

[150] Ces établissements sont en moyenne de taille plus importante : 107 lits ou places autorisés contre 87 pour les établissements indépendants.

[151] De même, le nombre de GHM présent dans le case-mix est supérieur au sein des cliniques dépendant des groupes, soit 322 et 269 respectivement.

Tableau 16 : **Parts de marché au sein de groupes de cliniques privées en France** : Répartition en nombre d'établissements, en nombre de lits et en RSA (ou entrées)

France Privée	Nb Etab	% Etab	Nb Lits	% lits	Nb RSA	% RSA
« les 4 majors »	124	17,29%	13 362	22,94%	1 701 447	23,24%
total groupes	198	27,62%	19 507	33,49%	2 592 891	35,41%
Indépendants	519	72,38%	38 732	66,51%	4 728 580	64,59%
Total	717	100%	58 239	100%	7 321 471	100%

Source : DREES

- [152] Il apparaît que les quatre groupes principaux (« 4 majors ») concentrent 17% du total des établissements, 23% du nombre de lits et d'entrées. De plus, l'ensemble des cliniques regroupées représente 28%, 33% et 35% du total (nombre, lits et entrées). Enfin, les cliniques indépendantes représentent 72%, 67% et 65% du total (nombre, lits et entrées). La première « grande région » à illustrer une forte concentration au sein de groupes, est la région Rhône-Alpes correspondant à 62 % des séjours dans 53% des établissements, l'Ile-de-France et PACA sont en dessous des moyennes nationales et les deux extrêmes sont la Réunion avec 84% et la Corse avec 0%.
- [153] La place des groupes est indéniable, mais la composition de cette nouvelle catégorie d'acteurs est loin d'être homogène. Les raisons de ce développement sont multiples : outre la recherche de rentabilité ou d'acquisition de parts de marché, un facteur générationnel est important à prendre en compte. Il s'agit des praticiens initialement créateurs de l'entreprise et qui souhaitent céder leurs parts à titre patrimonial lors de leur départ à la retraite. La valorisation financière des établissements et les revenus actuels des praticiens nouveaux entrants, ne leur permettent pas d'acquérir l'outil de travail auprès de leurs prédécesseurs. Les impératifs de gestion, la séparation des pouvoirs médicaux et financiers, l'indépendance capitalistique des nouveaux actionnaires et l'arrivée de nouveaux venus comme les fonds d'investissements, sont d'autres éléments forts du changement.
- [154] Le secteur « indépendant » comprenant les cliniques isolées ou dont la taille des regroupements est inférieure à 3 unités reste fortement majoritaire : ils représentent encore en 2007, 72% du marché. Par contre, en tendance, il s'agit d'établissements de plus petite taille, moins diversifiés et dont le CA rapporté au lit est inférieur aux cliniques faisant partie de groupes.

2.3.2. Cette nouvelle donne pèse sur les relations avec le corps médical

- [155] L'analyse des modifications induites par l'arrivée progressive de groupes financiers dans le capital d'établissements de soins privés impacte les relations avec le corps médical sont un des enjeux de la nouvelle donne issue de la TAA et de la refonte structurelle des établissements de soins.
- [156] Historiquement les enjeux étaient strictement identiques au sein des établissements pour les praticiens – actionnaires – dirigeants de cliniques : les impératifs de gestion pouvaient facilement être assimilés. Aujourd'hui, la présence d'un actionnaire majoritaire extérieur imposant ses propres lignes directrices de rentabilité, implique tout autant la participation du corps médical mais celle-ci n'est pas obtenue sur les prévisions de rentabilité globale mais plus sur leur champ personnel individuel d'activités. Les enjeux induits par des soucis de rentabilité dont le calendrier - s'il est équivalent dans ce secteur à celui appliqué dans d'autres domaines économiques, c'est-à-dire estimé à cinq ans - peuvent modifier les pressions perçues par le corps médical. Celui-ci reste tributaire de son outil de travail, lui-même conditionné par les autorisations détenues par la clinique où il exerce, l'application des mesures de qualité globale via la certification V2 de l'établissement, etc. Mais il doit intégrer ce « new-deal » avec des équipes dirigeantes.

ANNEXE 7 : Le système de rémunération dans les établissements publics de santé

1. LES ELEMENTS DE LA REMUNERATION DES PRATICIENS

- [157] Les praticiens perçoivent, après service fait³³ :
- une rémunération mensuelle variant suivant l'échelon des intéressés,
 - des indemnités et allocations dont le détail est également détaillé en annexe.
- [158] Les obligations de service hebdomadaire³⁴ sont fixées à 10 demi-journées pour un temps plein éventuellement réparties entre plusieurs établissements et 6 demi-journées pour un praticien à temps partiel.
- [159] La durée du travail ne doit pas excéder 48 heures par semaine, en moyenne, sur une période de 4 mois. La nuit est comptée pour deux demi-journées. Les 48 heures s'entendent « gardes comprises ».

³³ En application de l'article R 6152-23 du code de la santé publique. Toutefois, on peut rappeler une lettre du 1er avril 2008 adressée par la DHOS à la DGCP rappelant que « devant certaines pratiques qui consisteraient à utiliser le paiement de périodes de temps additionnel comme complément de la rémunération statutaire et, de manière plus générale, en vue de rappeler aux ordonnateurs leur responsabilité en matière de contrôle du service fait, je souhaiterais qu'une instruction aux comptables publics demande de veiller au strict respect de la réglementation. Le rejet de tout mandat comportant du paiement de périodes de temps additionnel des lors que le tableau de service correspondant ne serait pas fourni permettrait de mettre fin aux anomalies constatées et inciterait les médecins hospitaliers notamment universitaires à compléter les tableaux de service.

³⁴ Article R 6152-27 du CSP, la demi-journée n'est toujours pas quantifiée en dépit de demandes réitérées de la part d'organismes de contrôle invitant à lever le flou autour de cette question.

Graphique 5 : Montant annuel moyen (rémunération hospitalière exclusivement)

Voir définitions page 7.
 Traitement brut = Traitement de base + Indemnités de permanence sur place - Astreintes + Autres indemnités

Statut (2)	Traitement de base hospitalier	Indemnités de permanence sur place - Astreinte	Trait. de base + Ind. Perm sur place - Astreinte	Traitement brut (3)	Charges patronales			Cout salarial total (g) = (c) + (d)	Cotisations sociales ouvrières (h)
	(a)	(b)	(a) + (b)	(c)	TOTAL charges patronales (d)	dont Cotis. sociales patronales (e)	dont Taxes sur salaires (f)		
TOTAL	42 546	6 383	48 929	53 625	18 569	13 259	5 214	72 194	7 143
Praticiens hospitaliers	67 124	9 492	76 616	83 009	32 718	23 670	8 980	115 727	11 677
Praticiens exerçant à temps partiel	34 784	4 265	39 050	39 861	14 007	10 273	3 699	53 868	5 487
Personnels enseignants et hospitaliers titulaires	43 807	1 516	45 322	51 312	5 373	221	5 121	56 685	4 164
Personnels enseignants et hospitaliers temporaires	17 581	7 853	25 434	33 045	13 626	10 176	3 328	46 671	4 909
Praticiens à recrutements contractuels	37 300	7 316	44 615	45 990	16 196	12 288	3 599	62 186	6 229
Internes, residents et FFI	19 130	4 060	23 190	27 614	9 776	7 754	2 023	37 390	3 957
Praticiens nommés à titre provisoire	49 890	11 302	61 191	63 576	28 486	20 567	7 264	92 062	10 332

2. UN SYSTEME D'EMOLUMENTS, DE REMUNERATIONS ET D'INDEMNITE COMPLEXE

[160] Un des éléments de complexité dans l'appréhension des rémunérations des médecins et chirurgiens hospitaliers réside dans la part importante des éléments variables de paie. Outre le nombre important de catégories, on dénombre une multitude d'indemnités qui se sont incrémentées au fur et à mesure de l'évolution des statuts.

[161] Ces différentes indemnités et allocations mises en place poursuivent plusieurs objectifs destinés à rendre attractifs les postes ou à améliorer la prise en charge médicale (permanence des soins, travail en réseau). On recense une dizaine d'indemnité en tout genre :

- Allocation spécifique visant à recruter ou à maintenir des médecins sur des postes qualifiés de prioritaires :
- Indemnité mensuelle d'engagement de service public exclusif versée aux médecins n'exerçant pas d'activité libérale durant leurs obligations de service.
- Indemnité mensuelle versée aux médecins exerçant dans plusieurs établissements :
- Indemnité de part complémentaire variable de la rémunération :
 - D'autres indemnités sont réservées à des catégories professionnelles, des spécialités médicales ou pour des responsabilités assumées :
 - Indemnité d'activité sectorielle et de liaison en psychiatrie
 - Indemnité forfaitaire de fonction aux responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique.
 - Indemnité pour engagement de servir pour les assistants exclusivement
 - Indemnité de sujétions particulières pour les internes, résidents, FFI
 - Indemnités compensatrices des avantages logement/nourriture pour les internes, FFI et résidents
 - Indemnité pour jury de concours, enseignement ou formation

2.1. *Les indemnités liées à la permanence des soins :*

[162] Les indemnités de participation à la permanence des soins ou de réalisation de périodes de travail au-delà des obligations de service hebdomadaires sont différentes selon la catégorie d'appartenance du médecin mais également fonction de l'organisation du service (travail posté, Temps de travail additionnel).

[163] Ces indemnités sont sources de complexité et vécues parfois comme une injustice. En effet, pour un travail équivalent (même charge de travail et qualification quasi équivalente) les différences d'indemnités sont importantes selon la catégorie professionnelle. De même, faute de système d'information hospitalier performant il est difficile de suivre les services effectivement réalisés (les tableaux de services ne sont pas toujours fiables en particulier pour le suivi de la permanence des soins).

[164] De nombreux textes régissent ces éléments de paie³⁵.

- Allocation spécifique visant à recruter ou à maintenir des médecins sur des postes qualifiés de prioritaires :
Indemnité de 10 000 € non soumise à cotisation de retraite, versée en une seule fois, pour l'exercice des fonctions à temps plein, après convention d'engagement à exercer sur un poste prioritaire (5 ans) en application de l'article 5 du décret du 24 février 1984.

³⁵ Valeur au 1^{er} octobre 2008 (arrêtés du 20 octobre 2008 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leur fonction à Temps Plein ou temps partiel, relatif à l'indemnisation de la continuité et permanence des soins dans les EPS...)

- Indemnité mensuelle d'engagement de service public exclusif versée aux médecins n'exerçant pas d'activité libérale durant leurs obligations de service.
- Indemnité mensuelle accordée pour une période de 3 ans renouvelable, indexée sur les traitements de la fonction publique, non soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire et passée de 304,90 € en 2002 à 481,20 € en 2008 (article D 6152-23-1 du CSP).
- Indemnité mensuelle versée aux médecins exerçant dans plusieurs établissements :
Indemnité indexée sur les traitements de la fonction publique, passée de 381,12 € (valeur janvier 2000) à 410,50 € en 2008. Pour bénéficier de cette indemnité, l'engagement du praticien doit représenter au minimum deux demi-journées ou une garde de nuit par semaine en dehors de son établissement d'affectation. Elle peut se cumuler avec une activité d'intérêt général sous réserve du respect des critères respectifs applicables à ces deux formes de coopération (article 28-5° du décret du 24 février 1984 et 21-4° du décret du 29 mars 1985).
- Indemnité de part complémentaire variable de la rémunération :
Indemnité instituée pour mieux prendre en compte les charges particulières de l'exercice hospitalier en termes d'activité, de responsabilité institutionnelle et de pénibilité. Elle est applicable en premier lieu aux chirurgiens, à compter du 1^{er} janvier 2007 et doit être progressivement étendue aux praticiens des autres spécialités, temps plein ou temps partiel, puis aux praticiens hospitalo-universitaires. Versée annuellement, son montant ne peut dépasser 15 % de la rémunération statutaire fixe du praticien (articles D 6152-23-1 et D 6152-220-1 du CSP).

[165] D'autres indemnités sont réservées à des catégories professionnelles, des spécialités médicales ou pour des responsabilités assumées :

- Indemnité d'activité sectorielle et de liaison de 410,50 € (arrêté du 28 mars 2007). Cette indemnité est versée mensuellement, au vu du tableau de service mensuel mentionnant les périodes de congés ou d'absences diverses et constatant la réalisation des obligations de service du praticien
- indemnité forfaitaire de fonction aux responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique. Instituée par arrêté du 20 août 2008 et versée mensuellement, cette indemnité s'élève à 200 euros brut. Elle n'est pas soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques.
- Indemnité pour engagement de servir pour les assistants exclusivement : 5260,67 € pour 2 ans ou 10521,34 € pour 4 ans d'engagement.
- Indemnité de sujétions particulières pour les internes, résidents, FFI (366,45 €)
- Indemnités compensatrices des avantages logement/nourriture pour les internes, FFI et résidents (328,04 € ; 657,71 € ; 985,75 € ; selon qu'ils soient nourris ou non, logés ou non)
- Indemnité pour jury de concours, enseignement ou formation

2.2. Les indemnités liées à la permanence des soins :

[166] Les indemnités de participation à la permanence des soins ou de réalisation de périodes de travail au-delà des obligations de service hebdomadaires sont différentes selon la catégorie d'appartenance du médecin mais également fonction de l'organisation du service (travail posté, Temps de travail additionnel) :

- a) Indemnité de sujétion correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés : le temps de garde est intégré dans le temps de travail et, en tant que tel, rémunéré dans le traitement principal mais donne également lieu au versement d'une indemnité de sujétion de 261,21 €/ 214,60 € pour les associés) par garde.
Gardes d'internes et d'étudiants (normales d'internes 117,49 €, supplémentaires d'internes 128,35 €, d'étudiants 25,66 €)

b) Indemnité forfaitaire pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires. Cette nouvelle indemnité (par plage de deux demi-journées) s'élève à 467,83€ / 320,31€ pour les associés. Elle peut faire l'objet au choix du praticien, d'une indemnisation, d'une récupération ou d'un versement au compte épargne temps.

c) Indemnités correspondant aux astreintes opérationnelles ou de sécurité et aux déplacements auxquels elles peuvent donner lieu.

L'arrêté du 20 octobre 2008 fixe les montants et les plafonds d'indemnisation des astreintes opérationnelles et de sécurité avec la possibilité de transformation de l'astreinte en temps additionnel au-delà de trois heures et le versement d'une indemnité en cas de déplacement en deuxième partie de nuit. L'ouverture d'un droit au repos quotidien et enfin la suppression d'un plafond mensuel pour les astreintes opérationnelles sont actés depuis l'arrêté du 30 avril 2003.

La participation au service d'astreinte à domicile peut donner lieu à récupération.

3. LES REVENUS DES MEDECINS HOSPITALIERS EMPLOYES PAR LES ETABLISSEMENTS PRIVES PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

[167] Les rémunérations des médecins salariés, qu'ils soient employés par l'hôpital public ou des établissements PSPH, font l'objet d'un suivi statistique à travers l'exploitation des déclarations annuelles des données sociales (DADS). Mais l'échantillon est trop restreint pour pouvoir fournir des éléments utiles par spécialités³⁶. La DREES a entrepris d'améliorer les conditions de réalisation de l'enquête DADS pour les professions médicales. Mais au moment où est intervenue la mission, et comme l'avait déjà constaté la Cour des Comptes³⁷ et le HCAAM³⁸, les données disponibles sur ce domaine étaient particulièrement lacunaires.

[168] C'est particulièrement vrai pour les praticiens sous statut public, en raison de la grande faiblesse des systèmes d'information hospitaliers (SIH) de gestion de la ressource médicale et de l'absence de suivi de l'utilisation de l'activité des équipes médicales et du temps de travail. Dans ce domaine, au moment où est intervenue la mission, de nombreux projet de rénovation de systèmes d'information de ressources humaines (SIRH) étaient en cours (dont notamment à l'AP-HP). Une première difficulté tient à la faiblesse des systèmes d'information sur les effectifs. Comme cela a déjà été évoqué, il existe plusieurs sources d'information sur les effectifs médicaux employés par les hôpitaux publics : le fichier ADELI géré par la DREES, le fichier SIGMED géré par la DHOS et les données sur les ETP rémunérés du fichier ICARE gérées par l'ATIH. Un problème majeur concerne la répartition des praticiens entre les spécialités médicales car celles-ci sont souvent peu automatisées obligeant à aller rechercher cette information dans les dossiers papiers, avec les limites inhérentes à cette situation. Les données concernant les rémunérations sont extraites de la comptabilité des établissements mais pour avoir une vision complète il est nécessaire de procéder à différents retraitements. Par ailleurs la fiabilité de ces données n'est pas toujours satisfaisante faisant de ce fait des imputations erronées concernant l'exercice de rattachement. Comme l'ont fait apparaître différents contrôles menés par les Chambres Régionales des Comptes, les rémunérations versées sur les emplois médicaux temporaires sont particulièrement difficiles à appréhender. De plus l'information est aussi particulièrement limitée s'agissant des évolutions de revenus au long du cycle de vie professionnelle. Enfin, les rémunérations afférentes aux activités d'expertise et de recherche qui ne concernent qu'un petit nombre de praticiens sont très opaques.

³⁶ Voir DREES, Etudes et résultats. N° 377. février 2005

³⁷ Rapport sur les personnels des établissements publics hospitaliers Cour des comptes 2006

³⁸ Avis déjà cité mai 2007

- [169] Mais il est vrai aussi que les informations disponibles au niveau local ne sont pas toujours centralisées au niveau national. Le système d'information hospitalier (SNATIH) géré par l'ATIH ne comprend que peu d'éléments sur la gestion des ressources humaines. Ceci est en partie lié au cloisonnement des systèmes d'information entre l'ATIH, la DGFIP et la DHOS. Ainsi les données collectées par le réseau territorial de la DGFIP sur la masse salariale de chaque établissement ne sont pas intégrées dans le SNATIH.
- [170] L'Echelle Nationale des Coûts (ENC) c'est-à-dire les données collectées sur les coûts de production des groupes homogènes de séjours (GHS) dans le cadre de la fixation des tarifs ne comporte que peu de données sur les charges de rémunération, le temps de travail correspondant et sa valorisation. Au deuxième trimestre 2008 au moment où l'enquête a été réalisée, des démarches avaient été engagées par l'ATIH pour améliorer la situation sur ce point. Par ailleurs au niveau local, le cloisonnement entre l'assurance maladie et les hôpitaux publics rend difficile un rapprochement des données des fichiers de paie des praticiens avec celles détenues par les CPAM sur l'activité libérale des praticiens de l'hôpital public. Concrètement cela rend difficile d'appréhender pour un praticien l'ensemble des rémunérations qu'il perçoit au titre de son emploi hospitalier et celles qu'il retire de son activité libérale.
- [171] Dans ce contexte, pour appréhender les revenus des médecins hospitaliers salariés sous statut public, la mission a utilisé trois sources :
- L'enquête "Coûts et Carrières des établissements publics de Santé 2001-2005". Cette enquête est conduite par le Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers, à partir d'un échantillon d'établissements et sur les bases du traitement de la paie. Cette enquête réalisée à intervalles réguliers vise à rassembler des données sur les coûts et les déroulements de carrière des personnels des établissements publics de santé. La dernière édition 2007-2008 a été réalisée sur un échantillon élaboré de façon à représenter la moitié des établissements publics de santé de la France métropolitaine, c'est-à-dire environ 400 000 personnes. Il est composé de la totalité des CHR et au moins 20 % des autres types d'établissements. Il comprend 271 établissements rassemblant plus de 50 % du personnel hospitalier. A l'issue de la collecte d'information 199 établissements ont été traités³⁹.
 - Une enquête spécifique réalisée à la demande de la mission par la DHOS et le CNG (voir annexe pour la méthodologie de cette enquête). Réalisée sur un échantillon identique à celui de l'enquête "Coûts et Carrières des établissements publics de Santé 2001-2005" précédemment évoquée, elle a permis de collecter des données sur les rémunérations par spécialité. Les données ainsi collectées et qui sont présentées plus loin sont toutefois à interpréter avec prudence du fait du taux de réponse. Celui-ci est très satisfaisant pour les CHU, mais l'est beaucoup moins pour les autres centres hospitaliers.
 - Des enquêtes portant sur des aspects spécifiques : celle réalisée par le CNG début 2008 sur les rémunérations liées à la permanence des soins ; celle réalisée à la demande de l'ARH Midi Pyrénées sur les rémunérations des praticiens hospitaliers dans cette région⁴⁰ et celles réalisées sur des établissements identifiés dans le cadre de contrôle des Chambres régionales des comptes, de missions de contrôle de l'IGAS ou des missions d'appui menées par des conseillers généraux des établissements de santé.
- [172] S'agissant des rémunérations versées dans les PSPH, la mission a surtout utilisé les données fournies par les établissements et leur représentant la FEHAP.
- [173] L'ensemble de ces données a été complété par les observations qu'a recueillies la mission dans ses déplacements dans différents centres hospitaliers (voir liste des structures hospitalières visitées).

³⁹ 24 CHR (dont AP HP, AP HM et HCL), 101 CH, 53 HL et 21 CHS en psychiatrie

⁴⁰ Rapport d'inspection établi par C Miquel et G Porta « L'évolution des rémunérations des praticiens hospitaliers dans 20 EPS de la région Midi Pyrénées » DRASS Midi Pyrénées

ANNEXE 8 : L'émergence de démarches innovantes liant la performance à la rémunération en France et à l'étranger

1. LA MISE EN PLACE D'UNE PROGRAMMATION DE L'ACTIVITE

[174] L'imprécision des règles statutaires, surtout en ce qui concerne le temps de travail et les obligations de service, et la difficulté à clarifier la répartition entre les activités, cliniques et non cliniques, des médecins, notamment la différence entre services postés et services non postés, soins et recherche, enseignement et expertise, gestion médicale de l'unité de soins et participation à la gestion de l'hôpital, rendent particulièrement difficile l'amélioration d'un système de rémunération qui demeure trop coupé de la prise en compte de l'activité réelle des praticiens. Pour remédier à ces difficultés, des hôpitaux publics se sont engagés dans des démarches de clarification visant à améliorer la gestion du temps de travail avec la volonté pour certains de tester à terme des modalités expérimentales de contractualisation interne. Ces démarches ont souvent été entreprises dans le cadre d'opérations soutenues par la MeaH. Les établissements de santé privés à but non lucratif, qu'il soient PSPH ou non, ont également développé de nombreuses démarches innovantes portant sur les conditions statutaires d'exercice et l'amélioration des contrats, une articulation plus étroite entre des éléments de rémunération et les résultats opérationnels constatés, et enfin par une reconnaissance de l'investissement personnel des médecins dans les projets stratégiques des établissements.

[175] La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers a réalisé, en 2006/2007, une démarche d'appui à la gestion et à l'organisation du temps médical⁴¹, portant sur des actions de formation et une assistance technique visant à améliorer la gestion et l'organisation du temps médical. 48 établissements hospitaliers ont participé à cette étude (37 CH, 4 CHU et 7 PSPH) dont 32 ont mis en œuvre les dispositifs préconisés. Les problématiques formulées par les établissements portaient en très grande majorité sur la gestion et l'organisation des temps médicaux, de la simple clarification et application de la réglementation très complexe des règles statutaires du décompte du temps médical à la mise en œuvre d'outils de gestion (refonte des tableaux de service, circuit des informations, outils de gestion du temps médical).

[176] Certaines démarches ont débouché sur des améliorations dans l'allocation de la ressource médicale à travers une évaluation des besoins et l'élaboration d'outils de " contractualisation " du temps de travail. Parmi les différents modèles expérimentés par la Meah (CH de Dieppe, d'Arles, Necker, Elboeuf), la clarification des obligations réglementaires de temps de travail s'appuie, pour un praticien hospitalier temps plein (PH TP) sur l'obligation de service annuelle moyenne de 208 jours de travail (104 jours RH, 25 jours CA, 9 jours fériés, 19 jours RTT). Chaque modèle définit l'organisation du service dans lequel travaille le praticien, en différenciant l'organisation en période normale et en période de congés. Le temps de travail du praticien définit :

- ses obligations de service annuelles (416 demi-journées en moyenne)
- ses activités cliniques (bloc, consultations, gardes, astreintes)
- ses activités non cliniques (commissions, participation à la gestion, formation et congrès)
- ses autres activités (non totalement imputables sur le temps de travail : par exemple action humanitaire)

⁴¹ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), « Appui à la gestion et à l'organisation du temps médical », 2008

- le temps de travail additionnel (TTA) (volume prévisionnel estimé pour le service et pour le praticien).

[177] Le contrat précise explicitement le temps médical consacré aux activités cliniques, et aux activités non cliniques (fourchette comprise entre cinq et 20 %).

[178] D'autres expérimentations de démarches de gestion des ressources médicales ont été entreprises par la Meah : au CH d'Arles, le contrat expérimenté porte spécifiquement sur le temps de travail additionnel, (TTA) avec l'objectif de programmer et de rationaliser les demandes de TTA. D'autres démarches entreprises ont porté sur la définition et la comptabilisation du temps médical non clinique (formation, participation à la gestion, activités de réseau, activités d'intérêt général). D'autres projets de contrats portent sur la comptabilisation des activités liées à la fonction de chef de service ou de responsable de pôle.

[179] La démarche la plus complète a été celle de la réorganisation de la permanence des soins du service d'anesthésie pédiatrique du GH Necker de l'AP-HP qui au-delà de la réorganisation de la permanence et des lignes de garde s'était fixé comme objectif de mettre en place un processus annuel de contractualisation avec chaque médecin et des tableaux de service chaque trimestre. La mise en œuvre de cette dernière phase est en cours mais tout le dispositif a été développé avec les acteurs concernés.

[180] Dans ses conclusions, la Meah a mis en exergue un certain nombre de constats partagés par les différents établissements partenaires : faiblesse des systèmes de gestion et de pilotage du temps médical ; multiplicité des activités et absence de décompte du temps de travail des médecins ; pénurie de compétences et risques de perte des droits ouverts par la nouvelle réglementation ou d'une partie de la rémunération. Pour répondre à ce constat, la Meah a proposé les orientations suivantes :

- Instauration d'un véritable dialogue sur le cadre réglementaire et son impact sur les organisations individuelles et collectives.
- Meilleur ajustement des ressources à l'activité : connaissance précise de l'activité, de sa répartition hebdomadaire et annuelle ; propositions de changements organisationnels possibles et « acceptables » par les médecins.
- Contractualisation individuelle, autorisée par les textes en ce qui concerne le temps additionnel, et extension possible sur les autres composantes.

[181] Pour la Meah, ce contrat individuel révisable chaque année « permettrait de repositionner l'organisation du temps médical sur le terrain du management et du collectif médical, de gagner en transparence et de permettre aux équipes médicales de se réapproprier leur temps ».

1.1. La rémunération des praticiens en fonction d'indicateurs de qualité et d'activité : l'exemple de la Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC)

[182] La FNCLCC a entrepris des démarches innovantes en vue d'améliorer l'attractivité des carrières médicales, avec la volonté de se démarquer du secteur public et des autres PSPH, en proposant de lier une partie de la rémunération à l'évaluation des résultats opérationnels obtenus, et à l'implication des praticiens dans les projets des centres de lutte contre le cancer et des réseaux dans lesquels ils interviennent. La démarche de la FNCLCC associe, à une rémunération de base forfaitaire, un régime indemnitaire individuel - l'indemnité de fonction annuelle forfaitisée - et collectif, par le biais d'une enveloppe d'équipe qui se traduit par un bonus annuel. À titre d'exemple, la charge de travail supplémentaire liée à l'absence d'un médecin peut être transformée en « prime d'équipe ».

- [183] La « rémunération annuelle et individuelle sur objectifs » se compose d'une « part variable additionnelle » dont le versement est lié à l'atteinte d'objectifs, concernant l'ensemble des activités couvertes par une recette (T2A, Migac, Stic, Phrc). Les objectifs sont fixés lors d'un entretien d'entretien individuel mené entre chaque praticien et son chef de service. Cela permet de ne pas mettre en concurrence les activités cliniques, de recherche et d'enseignement. Par ailleurs, la « rémunération individuelle des compétences consolidées » permet une accélération de carrière liée à la consolidation des compétences exercées et reconnues au cours des années précédentes.
- [184] La principale originalité de la démarche conduite par la FNCLCC réside non seulement dans cette « part variable additionnelle » dont les critères d'attribution intègrent explicitement les résultats d'activité, mais également sur l'entretien individuel d'appréciation sur lequel repose tout le dispositif. Les objectifs sont en effet fixés au cours de l'entretien d'appréciation annuel, et prennent en compte le volume d'activité, l'efficacité et la qualité. Toutes les activités couvertes par une recette sont concernées. Le fait d'y ajouter une « contribution au développement de l'activité du centre » apporte un enjeu économique à la fonction de praticien et permet de mieux identifier les blocs communs et les blocs spécifiques à chaque fonction (chef de département/praticien).

1.2. La rémunération totale ou partielle des praticiens sur la base de la CCAM dans des établissements privés à but non lucratif

- [185] L'hôpital Saint-Joseph de Marseille est un établissement de santé privé à but non lucratif, rattaché à la FEHAP, mais ne participant pas au service public. Les praticiens sont en large majorité libéraux (80%) et sont rémunérés à l'acte en application des coefficients établis par la CCAM. Ils peuvent également opter pour le secteur 2 à majoration d'honoraires. Le contrat avec l'établissement prévoit que c'est l'établissement qui leur verse les honoraires, y compris les dépassements sachant que les règles de bon usage de la fixation des honoraires en cas de dépassement ont été négociés avec l'établissement qui supporte sur ses recettes l'ensemble de la rémunération. L'établissement est rémunéré sur la base des GHM publics.
- [186] L'établissement PSPH "Arnault Tzanck", dans son secteur de cardiologie médico-chirurgicale propose à ses médecins temps plein deux modes de salariat :
- La grille hospitalière publique majorée de 30% pour tenir compte de la différence de garantie d'emploi et de leur renonciation au secteur privé.
 - La grille hospitalière publique majorée d'une prime d'activité fonction de l'activité globale de chaque équipe (chirurgiens, cardiologues, anesthésistes) fixée à 20% de tous les actes effectivement encaissés, au-delà d'un seuil d'activité mensuelle par praticien (12 540 € pour les cardiologues et anesthésistes, 8 360 € pour les chirurgiens).

2. L'EXPERIENCE BRITANNIQUE DU NOUVEAU CONTRAT DE CONSULTANT HOSPITALIER.

2.1. *Le nouveau contrat de consultant hospitalier*

[187] « Le nouveau contrat de consultant⁴² valorise et récompense ceux qui font le plus pour le NHS⁴³ ». Ce dispositif ainsi que la nouvelle organisation du travail de ces praticiens, mis en place au début des années 2000, s'inscrivent dans le cadre de la réforme profonde du système national de santé britannique (National Health Service), qui s'est traduite par un doublement du budget de la santé entre 1997 et 2006, et par la transformation en profondeur de l'organisation et du fonctionnement du NHS, sans remise en cause de ses caractéristiques fondamentales que sont l'universalité et la gratuité des soins. Si la réforme entreprise à partir de 1999 met particulièrement l'accent sur la réduction des listes d'attente, la qualité des soins et la satisfaction des usagers, le doublement du budget sur une période très courte, après plusieurs décennies de sous financement chronique, a entraîné un accroissement sans précédent des effectifs de personnel médical et des augmentations de salaires des médecins de 20 à 30 %. Après cette première période de croissance ne volume de l'institution NHS, les dirigeants du Service National de Santé ont cherché, à partir de 2003 et à tous les niveaux, à améliorer la productivité des services de santé et des hôpitaux en responsabilisant les directeurs et les médecins par différents moyens, dont l'augmentation de la rémunération en fonction de l'activité. La philosophie du nouveau contrat de consultant se caractérise par les orientations suivantes :

- Valoriser et récompenser ceux qui font le plus pour le NHS ;
- Proposer des mesures incitatives et des primes qui sont librement accessibles à tous les consultants ;
- Moderniser et améliorer les conditions de travail.

[188] Le contrat vise à une meilleure cohérence des plans de travail avec les objectifs d'organisation des services médicaux. L'implication personnelle des médecins en dehors des horaires normaux de travail est reconnue, et l'intégralité de l'activité professionnelle du consultant est prise en compte. Pour les consultants, les avantages sont clairement affichés : augmentation moyenne de la rémunération de 15 %, meilleure retraite et meilleure organisation du travail. Pour les patients, ce nouveau contrat permet une optimisation du temps médical au bénéfice des malades, des services médicaux mieux adaptés aux besoins des patients, une priorité accordée aux soins cliniques et une réduction des risques de conflits d'intérêts entre exercice public NHS et pratique privée. Enfin, pour le service, les horaires flexibles permettent d'adapter la répartition du temps de travail médical aux besoins réels des patients à différentes périodes de l'année. Le nouveau contrat permet également de promouvoir une meilleure utilisation des ressources grâce aux nouvelles modalités de travail proposées.

2.2. *Le « job planning »*

[189] L'élément le plus innovant du nouveau contrat de consultant des hôpitaux publics britanniques est certainement le « job planning » ou plan de travail annuel, qui doit être négocié directement entre le consultant lui-même et le directeur médical de l'hôpital⁴⁴.

⁴² Consultant : Nom du médecin spécialiste hospitalier au Royaume-Uni

⁴³ Job Planning. A summary for consultants new to the 2003 contract in England and Northern Ireland.

BMA (British Medical Association), CCSG (Central Consultants and Specialists Committee), September 2004, www.bma.org.uk

⁴⁴ La BMA conseille fortement que le plan de travail soit négocié avec un pair, c'est-à-dire un médecin, et non pas avec un directeur ou responsable administratif.

- [190] Le contrat de travail se veut le plus transparent possible. Il définit le temps de travail d'un consultant temps plein en 10 « Activités Programmées » (PAs, ou programmed activities), dont 7,5 PAs doivent obligatoirement être consacrées aux activités cliniques directes auprès des patients. Si la durée normale d'une PA est de quatre heures, le plan de travail est relativement flexible, y compris au niveau de la durée de la PA, grâce à un calendrier des activités fixé annuellement.
- [191] Le plan de travail fait partie intégrante du contrat du consultant avec l'hôpital. Il est élaboré de manière prospective, et comporte les éléments suivants :
- un tableau horaire des activités
 - le recensement du nombre total de PAs de chaque type dans le tableau horaire
 - les dispositions prévues pour les activités d'urgence et la permanence des soins
 - une description des responsabilités supplémentaires par rapport aux activités médicales habituelles
 - les dispositions prévues pour les PAs supplémentaires
 - les informations précises sur la pratique médicale privée
 - les dispositions prévues concernant les honoraires privés
 - une liste des objectifs acceptés entre le consultant et le directeur médical
 - une liste des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs
 - les accords spécifiques et autres dispositions concernant la réalisation opérationnelle du plan travail
 - les dispositions concernant la responsabilité du consultant
- [192] L'engagement à plein temps du consultant porte sur 10 PAs de quatre heures chacune (ou trois heures en « premium time »). Il existe quatre catégories de PAs :
- Les soins cliniques directs, qui portent sur la prévention, le diagnostic et les soins urgents ou programmés.
 - Les activités professionnelles de soutien : enseignement et recherche, gestion et gouvernance clinique, développement professionnel continu, audit, évaluation.
 - Les responsabilités complémentaires du NHS : exercer les fonctions de directeur médical, directeur de santé publique, directeur clinique ou chef de service, activité d'évaluation ou d'audit, responsabilités en gouvernance clinique, fonctions de doyen ou de vice doyen, tuteur clinique ou conseiller régional d'éducation.
 - Les obligations externes : activités prévues dans le plan de travail en accord avec l'hôpital : activités syndicales, activité liée à une organisation médicale professionnelle, etc.
- [193] Pour exercer une activité privée dans le cadre de l'hôpital, il n'est pas nécessaire de travailler plus de 10 PAs dans le NHS. En revanche, l'un des critères pour rester éligible à l'augmentation de la rémunération est que le consultant accepte une activité programmée avec paiement supplémentaire, si elle est proposée par l'hôpital, avant d'entreprendre une activité privée. Si le consultant décline cette proposition, il pourra toutefois entreprendre une activité privée mais cela pourra remettre en cause sa progression salariale.
- [194] Le tableau horaire des activités, prévu dans le plan de travail annuel, est très précis. Il comporte des informations par jour et par heure, en différenciant activité programmée et activité d'urgence. Chaque activité est identifiée à l'aide d'un code qui précise la nature de l'activité concernée, à l'intérieur de chacune des quatre grandes catégories précisées ci-dessus. En dehors de ces quatre catégories, le tableau horaire mentionne également « l'activité rémunérée additionnelle », par exemple l'activité libérale, et l'activité hors travail (Non-Work activity), par exemple les congés annuels et les congés maladie.

[195] La mise en œuvre du « consultant contract » s'est heurtée à des difficultés. Dans un rapport de 2007⁴⁵, le National Audit Office a fait de nombreuses critiques sur les conditions de sa mise en œuvre :

- il n'a pas été démontré que le dispositif avait conduit à des améliorations dans la prise en charge des patients en termes de qualité et son efficacité ;
- les « jobs plans » ne faisaient pas apparaître un lien clair entre les objectifs de l'établissement et la contribution attendue des consultants ;
- il y a beaucoup d'incertitude sur les conditions dans lesquelles il faudrait développer les systèmes d'information pour rendre plus facile l'implantation du « consultant contrat » ;
- beaucoup d'employeurs avait sous estimé l'importance de l'évaluation qui est une étape essentielle du cycle du job planning.

[196] Ce rapport a débouché sur une démarche de bench marking afin de faire apparaître les bonnes pratiques et donc analyser les démarches des établissements qui avait surmonté les obstacles évoqués plus haut. 47 établissements ont ainsi participé à une démarche visant à identifier décrire et mettre en œuvre une amélioration de la performance à partir du consultant contrat. La majorité des 47 établissements a gagné en efficacité⁴⁶. Il est ainsi apparu que :

- Les périodes d'absence mieux gérer permettent de réduire le temps perdu dans les blocs opératoires et donc aussi les annulations dans les prises en charge
- Les jobs plans des chirurgiens et des anesthésistes mieux articuler permettent d'optimiser l'usage des blocs opératoires et réduit les retards ;
- lorsque le job planning fonctionne bien, les consultants apprécient la transparence sur les niveaux d'activité et cela permet d'améliorer l'accès aux soins dans la spécialité
- La mise en place d'une programmation de l'activité au niveau individuel et des équipes permet de mieux rapprocher la demande des ressources disponibles ;
- Les systèmes d'information sont essentiels pour permettre d'avoir une vision claire de la ressource disponible à un moment donné du temps et donc d'optimiser son emploi.
- Les objectifs de l'établissement traduisent dans des objectifs qui ont du sens pour chaque praticien et sa spécialité permettent à chaque consultant d'appréhender de manière précise les changements nécessaires pour soutenir la croissance et l'efficacité dans leur champ d'action et s'assurer que leurs services restent attractifs pour les prescripteurs.

⁴⁵ National Audit Office report- Pay modernisation : a new contract for NHS consultants in England (HC 335 session 2006 2007 April 2007

⁴⁶ NHS Employers « The consultant contract programme » Briefing 53 November 2008