

Propositions pour lutter contre les déserts médicaux hospitaliers

Le 18 octobre 2012

DISPARITES GEOGRAPHIQUES EN ANESTHESIE REANIMATION

BILAN

CONSEQUENCES

En préambule : le constat et les propositions faites pour l'anesthésie réanimation dont nous connaissons les chiffres et les perspectives peuvent être calqués pour toutes les autres spécialités déficitaires.

1. Le constat du bilan et des conséquences

- Creux démographique jusqu'en 2020 : répercussions de la baisse du numéris clausus, compensé partiellement par la création de la filière AR. (cf cartes 1, 2 et 3).
- Mais parallèlement augmentation de la demande pas forcément anticipée ou anticipable :
 - Nouvelles spécialités consommatrices d'anesthésie.
 - Augmentation des flux de formation des chirurgiens. (ratio 1,13 en 2011, 1,45 en 2021). Cf tableau 1.
 - Vieillessement (+15%) et accroissement de la population (+5%).
- Evolutions sociologiques avec inadéquation des aspirations des jeunes et de l'offre hospitalière.
- Constat des disparités géographiques avec de vrais déserts dans certaines régions, non compensés par les flux de formation qui souvent aggravent ces inégalités. Cf tableau 2 et carte 4.
- Perte d'attractivité des carrières hospitalières. 26% des postes de titulaires temps plein sont vacants en 2012, 55% pour les temps partiels.
- Drames de fonctionnement de certains hôpitaux.
- Réponses actuelles :
 - Coopérations, mais difficile pour une spécialité à fort risque médico-légal qui s'est déjà organisée en coopération avec les IADE (cf les VVC aux IDE refusées par la spécialité et la HAS).
 - Médecins étrangers communautaires ou non communautaires. Pose deux problèmes : celui de la fuite des cerveaux de leur pays. Et problème de leur formation/compétences inégales, et de leur côté nomade.
 - Mercenariat sous diverses formes, pas toujours réglementaires. Pose le problème de implication/compétences/transmissions, et des inégalités de traitement avec les titulaires.

- Problèmes surajoutés : nul ne peut faire de bilan réel de comment fonctionnent les hôpitaux. Le CNG ne gère que les titulaires. Pas toujours de réelle volonté des directions de transparence car les arrangements sont parfois border line au niveau réglementaire.

2. Les propositions

Elles doivent être déclinées à court (urgence) moyen et long terme.

Elles doivent être suffisamment fortes pour être incitatives et pas obligatoires.

Un bilan démographique vérité doit être fait, piloté par le CNG, via ARS et Directions/DAM des modes de fonctionnement actuels des hôpitaux : QUI FAIT QUOI ACTUELLEMENT ? Car personne ne peut répondre à cette question. Nombre de titulaires avec leurs âges, nombre de cliniciens hospitaliers, nombre de postes non pourvus, nombre de postes pourvus par des médecins communautaires non titulaires, par des médecins non communautaires non titulaires, appel à mercenariat, postes pourvus par des médecins pas forcément avec les bons diplômes, et différents types de rémunérations.

Des critères nationaux doivent être fixés pour définir les zones défavorisées : en effet, il peut y avoir des régions défavorisées, ou des départements défavorisés au sein de régions optimum, ou des établissements défavorisés au sein de départements optimum. **Ces équipes en souffrance pourraient être identifiées grâce au suivi d'indicateurs types :**

- **Turn-over des médecins**
- **Pourcentage et fréquence de l'appel à l'intérim**
- **Volume du Temps de Travail additionnel (TTA)**

URGENCE : PROPOSITIONS AVEC RESULTATS A COURT TERME (efficacité attendue à un an)

Pour les zones défavorisées : créer un flux entrant dans ces zones déficitaires grâce à un pool de médecins remplaçants, sur le mode du mercenariat actuel mais encadré par les pouvoirs publics ; en surfant sur les aspirations générationnelles de mobilité ; en osant faire le constat que actuellement des PH assurent des remplacements illégaux sur leurs congés, ou via des temps partiels ou temps réduits ou via cumuls emplois retraites.

- Création d'un **pool de médecins remplaçants** au niveau national, géré par le CNG via les ARS, qui peut inclure tous les médecins anesthésistes réanimateurs diplômés et en formation dès la possession de la licence de remplaçant, et tous les PH de France.

- Conditions attractives sur place, avec logement correct.
- Création de partenariat entre le CHU et les CH environnants, qui doivent être agréés au niveau régional pour valider les périodes d'internat, de post internat ou de clinicat si les périodes de remplacement sont longues (ex remplacement 1 mois) avec poursuite de l'accompagnement pédagogique par le CHU. Encadrement par le CHU de la région pour assurer encadrement soutien pédagogique, avec implication des PU-PH dans la gestion des terrains de stage et leur agrément.
- Les internes et post-internes restent rattachés à leur CHU et rémunérés sur la base de PH 4^{ème} échelon + 10%. Ces périodes de remplacement seront incluses dans la carrière pour les futurs PH au titre de l'ancienneté, avec doublement des périodes (3 mois = 6 mois d'ancienneté).
- Pour les internes finissant leur cursus, **création d'une période de post internat non universitaire attractive** fusionnant les statuts actuels de PHC et d'assistants spécialistes. Sa durée minimum serait de deux ans, renouvelable une fois dans l'attente d'un poste de titulaire disponible. Ce « **Praticien Assistant Spécialiste** » bénéficierait d'un statut propre et attractif : ouverture d'un droit d'option à l'indemnité de service public exclusif, couverture sociale alignée sur celle des titulaires, rémunération à hauteur minimum d'un PH 4^{ème} échelon, droit au secteur 2 si installation future en libéral. Dans les « zones dites prioritaires » en déficit de spécialistes, un bonus de rémunération serait accordé à ces « Praticiens Assistants Spécialistes » et les deux ans exercés génèreront 3 ans d'ancienneté.
- Pour les internes finissant leur cursus et s'orientant vers une carrière universitaire, création en sus des actuels postes existants de CCA, de postes de **CCA régionaux** effectuant un mi-temps entre un hôpital périphérique en souffrance et sa faculté de rattachement dans le centre universitaire.
- Proposition de contrat journalier ou mensuel pour les PH retraités à la hauteur d'un échelon 10. Le cumul emploi retraite annuel ne peut dépasser 2 annuités de PH échelon 10.
- Faciliter et valoriser la mise en disponibilité ou le détachement temporaire de médecin PH titulaire vers ce pool de médecins remplaçants.
- Pour les périodes de remplacement par des PH : prime nette mensuelle de 2000€ au prorata du temps réalisé.
- Pour les périodes de remplacement longues de plus de 3 mois, et pour les PH en place dans ces zones déficitaires :
 - **avancement accéléré dans l'échelon** : 1an égal 2 ans d'ancienneté ;

- mise en place d'un PERC (**Plan Epargne Retraite Complémentaire**) abondé par l'employeur à la hauteur de 2000€/an ;
- bonus sur la retraite avec **doublément des trimestres SS.**

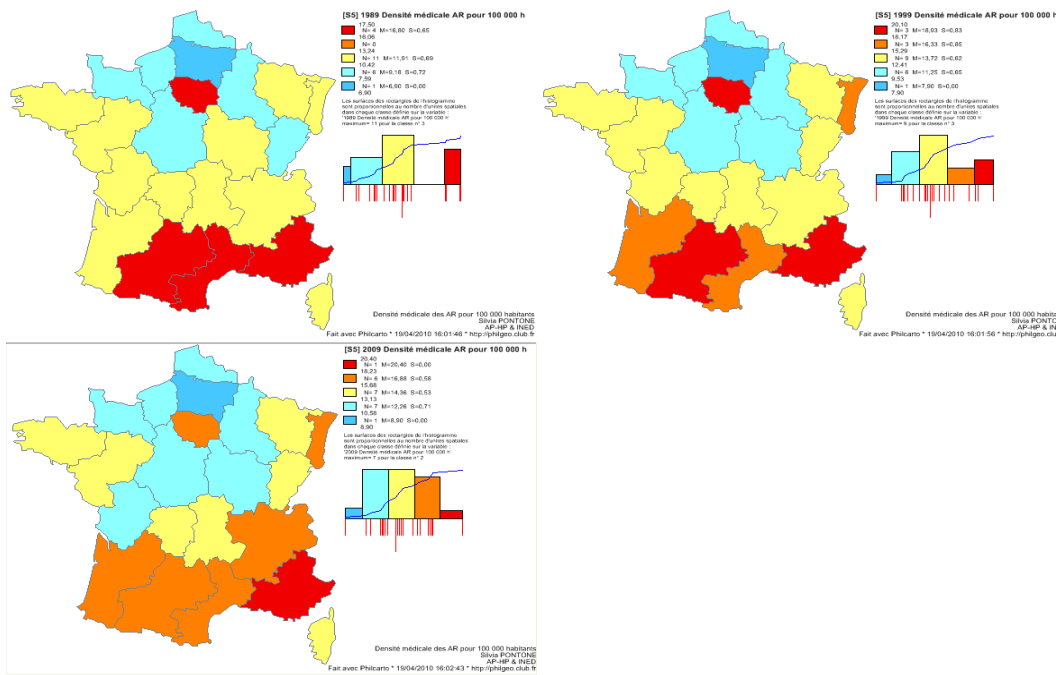
PROPOSITIONS AVEC RESULTATS A MOYEN TERME (Efficacité attendue à 3 ans)

- **Réflexion nationale sur les flux de formation par région**, afin d'inverser les déficits actuels. Une réflexion nationale doit aussi se faire pour fixer des règles communes de capacité de formation pour les DES, les inégalités concernant le nombre de DES formés selon les régions n'étant pas compréhensibles ni acceptables. Les DGARS doivent avoir un pouvoir décisionnel sur les flux de formation de leur région, en concertation avec les doyens, les représentants des internes CCA et PH de région. In fine, l'arbitrage ministériel, s'il a lieu, doit pouvoir être transparent et justifié par un argumentaire rendu public. Le DGARS devra rendre compte à la Région (Conseil Régional) une fois par an en séance plénière devant les conseillers régionaux des évolutions démographiques des différentes spécialités. Cette réflexion devra se connecter avec toute la problématique de l'aménagement du territoire.
- Pour une prise de poste dans une zone déficitaire, le PH est intégré au niveau de **l'échelon 8 pour un engagement de 6 ans dans le poste.**
- En cas d'abandon ou de mutation avant la 6^oannée, le PH récupère son échelon antérieur, sans aucune ancienneté.
- Pour les PH qui acceptent de faire carrière dans les régions dites zones déficitaires, **avancement accéléré dans l'échelon** : 1an égal 2 ans, avec une prime nette mensuelle de 2000 € (cf. infra) et la mise en place d'un PERC (Plan Epargne Retraite Complémentaire) abondé par l'employeur à la hauteur de 2000 €/ an. Remboursement de deux annuités de primes en cas de démission.
- Instauration d'une clause de non concurrence assortie d'un bonus salarial ou « prime de non concurrence » pour les médecins postulant sur des postes en « zones dites prioritaires ». La valeur du bonus diminuerait au fur et à mesure des échelons. Cette prime serait à rembourser en cas de démission, ce qui sous entend qu'elle soit conséquente pour assurer une rémunération concurrentielle avec le libéral, donc surtout en début de carrière.
- **Attractivité des carrières** : réflexion de fond sur les statuts temps plein et temps partiel, travail de nuit et pénibilité, reconnaissance de l'astreinte

PROPOSITIONS A LONG TERME (efficacité attendue à 5 ans)

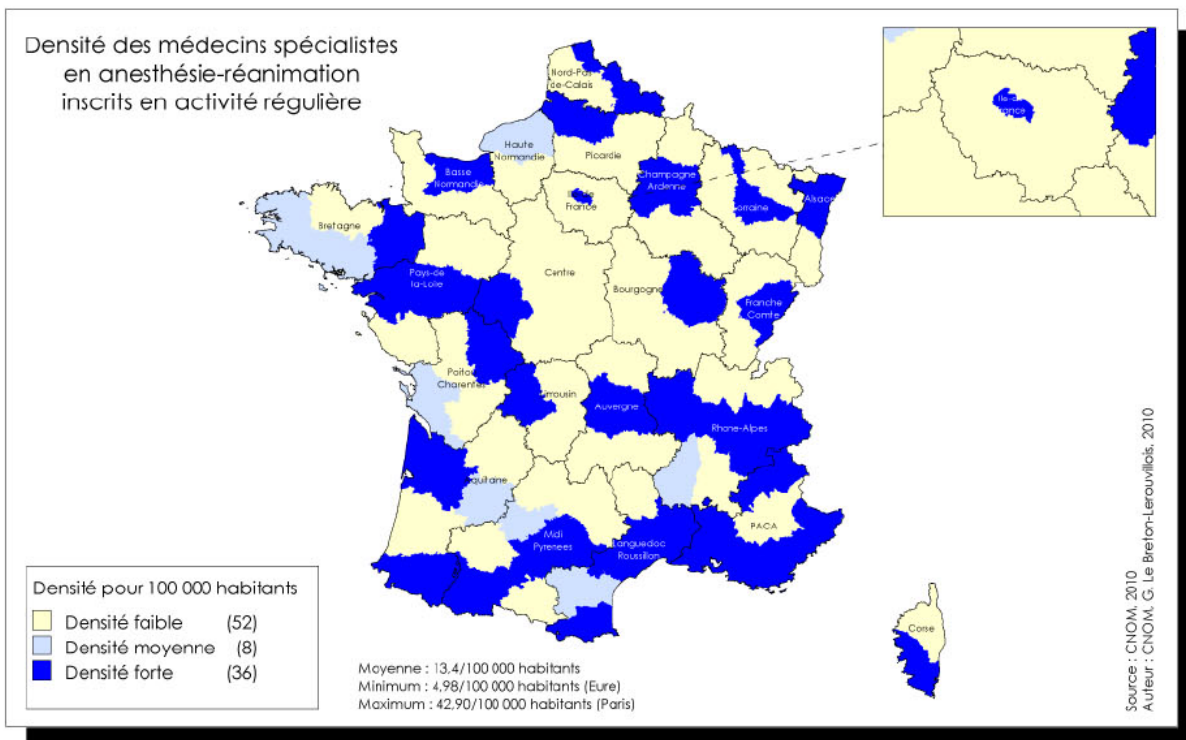
1. Attractivité des carrières : réflexion de fond sur les statuts temps plein et temps partiel, travail de nuit et pénibilité, reconnaissance de l'astreinte
2. Mesures spécifiques :
 - accélération de carrière pour les zones déficitaires: X 1,5 le temps pour un engagement de 6 ans renouvelable, perte de tout en cas de mutation ou démission
 - priorité de mutation pour les engagés au terme de 2 mandats de 6 ans dans les zones déficitaires
 - si PH déjà au dernier échelon (13ème) majoration salariale de 50% du 13ème échelon si engagement de 6 ans, renouvelable.

Carte 1 : Densité des AR pour 100 000 habitants de 1989 à 2009



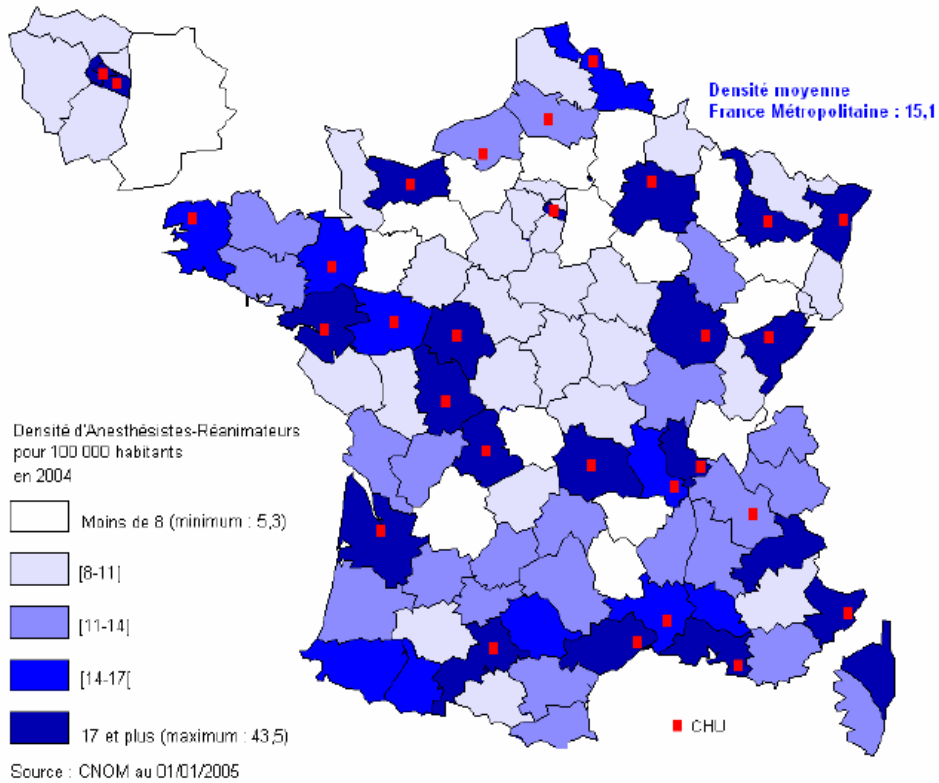
Carte 2

Carte n°23 : Densité des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation en activité régulière



Carte 3 :

**Densité départementale d'anesthésistes réanimateurs en activité régulière
pour 100 000 habitants - Métropole**



Carte 4

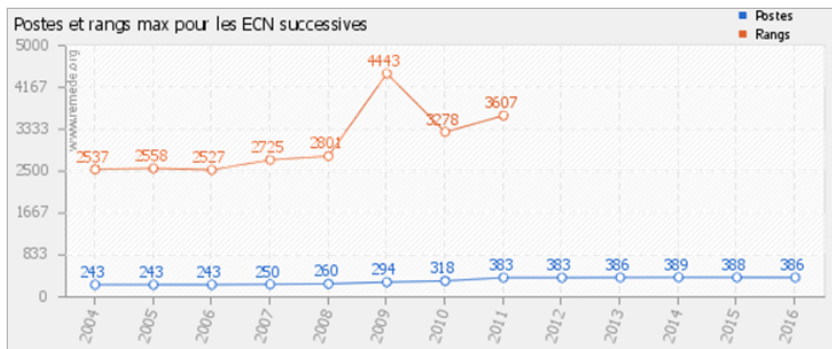
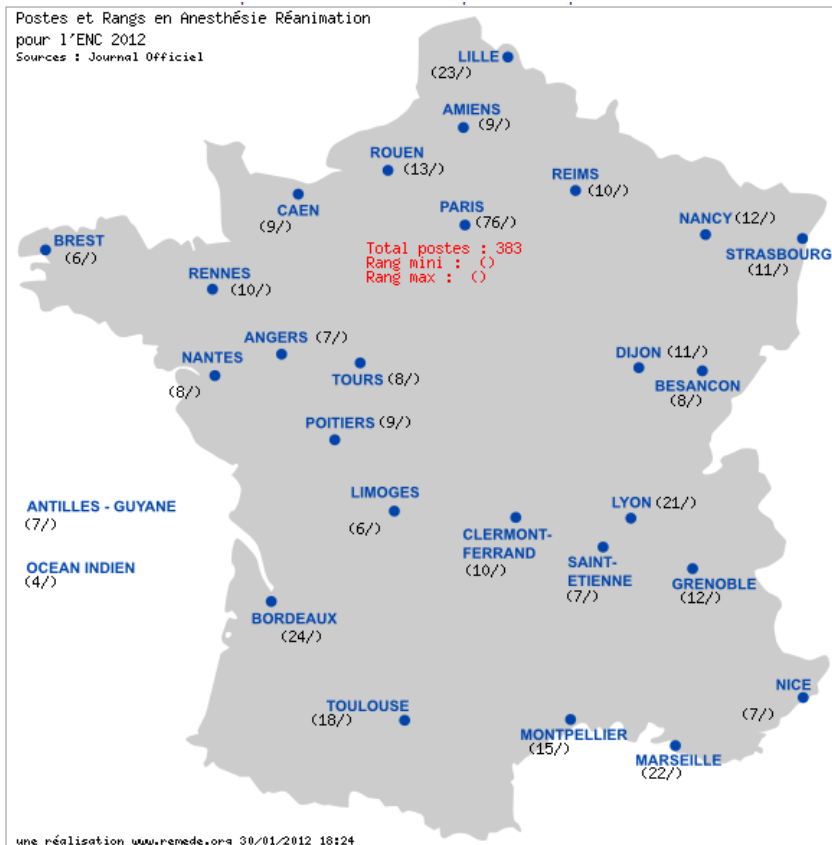


Tableau 1 :

Nombre d'anesthésistes et de chirurgiens d'après le scénario tendanciel

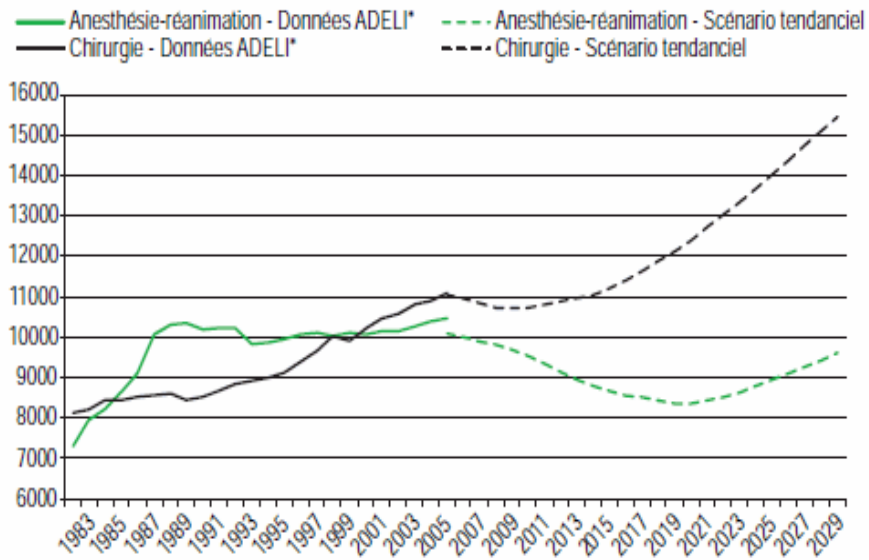


Tableau 2 :

ANESTHESIE réanimation						TOTAL 2010-2014	INTERREGIONS et Subdivisions
2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015			
56	76	75	76	77	360	Ile de France	
9	11	10	10	10	50	Nord-Est	
12	12	11	11	12	58	Strasbourg	
8	8	8	8	8	40	Nancy	
10	10	10	10	10	50	Besançon	
11	10	10	10	9	50	Dijon	
9	9	9	9	9	45	Reims	
12	12	12	12	12	60	Nord-Ouest	
21	23	23	24	24	115	Caen	
11	10	10	10	9	50	Rouen	
9	9	9	9	9	45	Lille	
8	10	10	11	11	50	Amiens	
16	18	18	19	19	90	Rhône-Alpes	
6	6	6	6	6	30	Auvergne	
6	6	6	6	6	30	Clermont-Ferrand	
9	10	10	10	11	50	Grenoble	
7	8	8	8	7	38	Lyon	
8	7	7	8	7	37	Saint Etienne	
8	8	8	8	8	40	Ouest	
9	9	9	9	9	45	Brest	
10	16	16	16	18	76	Rennes	
14	22	22	22	23	103	Angers	
5	7	7	8	8	35	Nantes	
12	22	22	22	22	100	Tours	
4	4	4	4	4	20	Poitiers	
18	18	18	18	18	90	Sud	
6	7	6	7	6	32	Montpellier	
4	7	7	9	8	35	Aix Marseille	
318	375	371	380	380	1 824	Nice	
						Sud-Ouest	
						Bordeaux	
						Océan Indien	
						Toulouse	
						Limoges	
						Antilles-Guyane	
						<i>Total</i>	

Tableau 3.

Régions / Desar	2008	2010	2012	2014
ALSACE	8	9	11	11
AQUITAINE	7	12	24	24
AUVERGNE	7	9	10	10
BOURGOGNE	8	10	10	10
BRETAGNE	12	15	16	17
CENTRE	6	8	8	8
CHAMPAGNE ARDENNES	9	11	10	9
CORSE	-	-	-	-
FRANCHE-COMTE	8	8	8	8
I de FRANCE	35	56	75	77
LANGUEDOC ROUSSILLON	9	10	16	15
LIMOUSIN	3	6	7	6
LORRAINE	13	12	11	10
MIDI-PYRENEES	15	18	18	18
NORD-PAS-DE-CALAIS	19	21	24	26
BASSE-NORMANDIE	8	9	10	10
HAUTE-NORMANDIE	10	12	13	13
PAYS DE LOIRE	14	15	16	15
PICARDIE	11	11	10	10
POITOU-CHARENTES	6	9	9	9
PACA	17	19	29	30
RHÔNES-ALPES	29	30	40	40
FRANCE METROPOLITAINE	257	310	372	374
GUADELOUPE	-	-	-	-
GUYANE	-	-	-	-
MARTINIQUE	-	4	7	6
REUNION	-	4	7	8
FRANCE ENTIERE	260	318	386	388