

RECRUTEMENT des MEDECINS HOSPITALIERS

Lettre aux Parlementaires Aveyronnais avec copie au Préfet, au Sous-Préfet.
« Pour essayer d'en finir avec la difficulté structurelle de recrutement des médecins par les hôpitaux »

Resumé : la mauvaise répartition des médecins hospitaliers répond à des causes ; elle aboutit à des solutions perverses, véritables dérives, qui aggravent le phénomène ; il s'agit d'un problème grave de répartition de l'offre de soins en lointaine périphérie des grands pôles ; une intervention des pouvoirs publics paraît s'imposer.

Madame, Monsieur...

Dans le système de soins français, le problème n'est pas tant le manque de médecins que leur mauvaise répartition.

Si on peut admettre une **répartition inégale des libéraux, libres par principe de choisir** leur lieu d'installation, cette **liberté** est beaucoup **plus critiquable** et en passe de devenir **insupportable** en ce qui concerne le **service public hospitalier**

Si on veut offrir au pays un maillage sanitaire efficace et répondre aux normes imposées de continuité des soins et de sécurité, il faut d'urgence **aider les hôpitaux éloignés des grandes métropoles régionales à recruter** des médecins ; en effet si les grandes métropoles exercent encore un attrait pour une carrière médicale hospitalière, on constate une désaffection croissante pour les hôpitaux périphériques.

Il y a plusieurs causes à cela :

1) **La féminisation croissante** et bientôt largement majoritaire **de la profession**, non prise en compte par les pouvoirs publics lorsqu'est établi le « numerus clausus » annuel : les femmes souhaitent exercer la **médecine à temps partiel**, ce qui est légitime, mais en corollaire, elles souhaitent que leur éventuel compagnon ait un emploi ; il s'agit souvent d'un **homme diplômé non médecin, qui choisira de demeurer dans une grande ville** ou dans sa périphérie proche pour augmenter les chances de trouver un emploi à sa convenance.

2) **Le refus d'un exercice isolé**, par crainte d'engager seul sa **responsabilité**, d'où l'attrait pour un **travail d'équipe dans une grande structure** où la responsabilité se trouvera « diluée ».

3) Le souhait pour les jeunes médecins de **moins travailler que leurs aînés** ; après une sélection rigoureuse et angoissante, et après plus d'une décennie d'études pendant lesquelles la charge de travail intellectuelle et physique a été particulièrement lourde, il y a une profonde aspiration de ces jeunes médecins à entrer enfin dans la « **civilisation des loisirs** » et donc une **réticence** à s'installer définitivement d'où un grand retard à

l'installation, y compris dans le privé ; et quand l'installation se produit, c'est avec **prédilection pour les grands pôles économiques et culturels** ; pas question d'aller « s'enterrer » en province lointaine.

Des mécanismes pervers se sont mis en place :

En attendant cette installation qui se fait souvent au-delà de la quarantaine, ces jeunes médecins se contentent d'un **travail « en pointillé »** : contrats temporaires, **remplacements** de brève durée d'autant que ces derniers sont devenus **très alléchants** du fait d'un nombre croissant de postes hospitaliers vacants, et d'un déséquilibre entre l'offre et la demande qui génère une sorte d'**effet d'aubaine**.

A) C'est ainsi qu'on assiste à une **inquiétante surenchère en matière de prix** demandés par les **médecins remplaçants** ; on en est actuellement, outre l'offre de logement et des frais de déplacement, **à payer 1500 euros ou plus, de salaire net** par 24 h d'astreinte, un urgentiste un anesthésiste...etc.. peu ou pas impliqués dans la marche de l'établissement , et ce pour occuper un poste parfois sans grade activité.

B) C'est ainsi qu'a été créé un **statut très spécial de médecin** appelé curieusement **« praticien clinicien »** (comme si la plupart des praticiens hospitaliers n'étaient pas des praticiens cliniciens..) ; ce statut permet de proposer un **super salaire** correspondant au salaire de fin de carrière (**13^{ème} échelon**) d'un PH (praticien hospitalier), **majoré de 50%** ; ceci pouvait être légitimé à l'origine par **un besoin ponctuel impératif** de médecin pour ne pas voir s'interrompre la marche d'un service, ou pour une compétence exceptionnelle, mais le nombre de bénéficiaires augmente et pour des emplois durables et non exceptionnels ; or cette rétribution est loin d'avoir toujours un lien avec la valeur intrinsèque du bénéficiaire.

On peut donc **voir coexister un jeune PH** entrant dans la carrière hospitalière, en principe d'un **excellent niveau**, fraîchement émoulu du CHU, souvent ancien chef de clinique, **trois fois moins payé que** le confrère, éventuellement étranger, bénéficiant du **statut privilégié** de praticien clinicien ; comment peut-on ainsi inciter les jeunes diplômés à entrer dans la carrière hospitalière avec parcours professionnel normal ; on comprend qu'une **proportion de plus en plus grande** de jeunes diplômés préfère **ne pas opter pour la carrière classique** , avec stabilité dans un poste précis, mais préfère **profiter de ces effets d'aubaine**.

Conséquences :

on en vient donc à faire **tout et n'importe quoi pour continuer à faire fonctionner des services** et les directeurs d'hôpitaux sont piégés par ces dérives très onéreuses qui mettent à mal **l'équilibre budgétaire**, et qui au total font survivre des services de moins en moins attrayants pour les patients, car fonctionnant avec un **personnel médical supplétif, changeant sans cesse** ; la **baisse d'activité** peut aboutir à une **fermeture de lits** d'hospitalisation, moyen le plus efficace retenu par les pouvoirs publics pour réduire les dépenses de santé.

les politiques de terrain, s'ils sont responsables, doivent raisonner en termes **d'offre minimale de soins** permettant d'assurer une médecine **harmonieusement répartie sur le territoire** ; l'offre de soins dans un hôpital général en zone rurale peut être vue sous deux aspects : celui de **l'urgence vitale** qu'il faut avoir les moyens d'assumer dans les plus

brefs délais ; à défaut il y a risque vital , perte de chance pour la population., et par ailleurs sous l' **aspect pratique de « confort »** : en assumant **sur place le gros de la pathologie courante**, pour limiter les déplacements d'une patientèle le plus souvent âgée, tout en ne la privant pas, bien entendu, au besoin, des progrès techniques et des compétences disponibles ailleurs.

Maintenir cette **offre minimale harmonieusement répartie, est légitime** dans des régions déjà pénalisées par exemple par un handicap en matière de transport
imaginez que nombre de postes d'**enseignants** soient vacants et que de nombreux enseignants remplaçants offrent leurs services où ils le souhaitent, à leur tarif, quand ils le souhaitent, au gré de leurs besoins financiers par exemple ; imaginez la même chose pour la poste, la police..etc...des pans entiers de territoire auraient vite fait de se désertifier ; **la santé** est , comme l'enseignement pris en exemple, un **enjeu majeur** d'aménagement de territoire ; et, si on laisse pourrir la situation dans les hôpitaux, il en ira de même en **médecine de ville, ou de campagne** ; cette médecine, encore « libérale », a son **sort largement lié au devenir des hôpitaux généraux** qui sont une force d'attrait pour l'installation de la génération actuelle de médecins ; sans parler du rôle essentiel de l'offre de soins pour le maintien et le développement de l'activité économique.

PROPOSITIONS

Que faire **pour contrecarrer ces dérives**, cette évolution ?

Par arrêtés, décrets, législation... il faudrait

- **1) limiter dans le temps la profession de remplaçant** (de plus en plus de médecins devenant remplaçants à vie) ; ceux-là seraient dès lors obligés, pour vivre, de s'installer pour occuper durablement les multiples postes vacants,
- **2) plafonner les rétributions accordées à ces remplaçants** , et éviter la surenchère entre établissements,
- **3) limiter dans le temps(et supprimer à terme) le statut** particulièrement lucratif de « **praticien clinicien** » qui devrait être exceptionnel.

Si on n'observe pas un coup de frein dans ces dérives les pouvoirs publics seront contraints, **après une « politique de la carotte »** de passer à une « **politique du bâton** » En effet après des études , somme toute peu chargées en frais de scolarité et même rémunérées par les CHU (certes modestement quand on n'est d'abord que simple étudiant hospitalier, un peu mieux quand on est interne et correctement pour les chefs de clinique-assistants) on pourrait en venir à une **redevance minimale** sous forme de participation d'une ou de quelques années au **fonctionnement des services publics hospitaliers** ; ceci permettrait de **pourvoir le gros des postes vacants** de manière à éviter des déserts médicaux , et permettrait ainsi une **répartition plus harmonieuse de l'offre de soins** sur le territoire.

Sans atteindre la rigueur de répartition observée dans l'éducation nationale, on pourrait imaginer une certaine orientation dans ce sens car **la situation actuelle est sérieuse et en passe de devenir dramatique dans nombre d'hôpitaux.**