



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2002 - 2004

**L'hôpital de proximité face au défi de l'ARTT
médical et de l'application des directives
européennes : une nouvelle impulsion à la
coopération ?**

Stéphanie LE TOUZIC MEUNIER

R e m e r c i e m e n t s

J'adresse mes sincères remerciements à l'ensemble des personnes qui ont concouru à la réalisation de ce mémoire :

à Monsieur Vincent VIGOUROUX, chargé de mission à l'ARH Bretagne pour ses précieux conseils et sa disponibilité,

à l'ensemble des personnes, acteurs de terrain, médecins et directeurs, qui ont accepté de me recevoir et qui m'ont permis d'asseoir mon analyse,

à l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Landerneau pour son soutien et à Jérôme sans qui rien ne serait jamais possible.

1 L'ARTT MEDICAL VIENT PENALISER UNE OFFRE DE SOINS DEJA MENACEE PAR LES EVOLUTIONS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET LE PROBLEME DU RECRUTEMENT MEDICAL. A-T-IL INCITE LES ETABLISSEMENTS A MUTUALISER LEURS MOYENS?	5
1.1 Pénurie de l'offre de soins et problèmes de recrutement médical.....	6
1.1.1 Un accès plus difficile aux ressources stratégiques: le problème de la démographie médicale.	6
1.1.2 Le manque d'attractivité de l'hôpital public.....	11
1.1.3 Le manque d'attractivité des structures de proximité.	14
1.2 La RTT médicale vient radicaliser cette problématique.....	18
1.2.1 La RTT médicale dans la loi.	18
1.2.2 La RTT médicale dans les faits.	20
1.3 La RTT médicale incite les établissements et notamment les établissements de proximité à coopérer.	28
1.3.1 Pénurie d'offre de soins et coopération.	28
1.3.2 Hôpital de proximité et coopération.	31
1.3.3 RTT médicale et coopération.	34
2 TROIS SCENARII POSSIBLES.....	38
2.1 LANDERNEAU/BREST : « comment dormir avec un éléphant dans son lit ? ».	40
2.1.1 Analyse de situation.	40
2.1.2 Problèmes soulevés.	43
2.1.3 Plan d'action.	44
2.1.4 Evaluation.....	45

2.2	DOUARNENEZ/ QUIMPER: une coopération accélérée par la RTT mais pour quelle finalité ?.....	53
2.2.1	Analyse de situation.	53
2.2.2	Problèmes soulevés.....	55
2.2.3	Plan d'action.	55
2.2.4	Evaluation.	58
2.3	CARHAIX: un "extrême isolement".....	66
2.3.1	Analyse de situation.	66
2.3.2	Problèmes soulevés.....	67
2.3.3	Plan d'action.....	68
2.3.4	Evaluation.	70
	BIBLIOGRAPHIE.....	75
	LISTE DES ANNEXES.....	81

Liste des sigles utilisés

AFMHA: Association nationale pour la Formation continue du personnel Médical des Hôpitaux publics en Administration ou gestion

ARH: Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARTT : Aménagement et Réduction du Temps de Travail

CA: Conseil d'Administration

CET: Compte Epargne Temps

CH : Centre Hospitalier

CHDZ: Centre Hospitalier de Douarnenez

CHIC: Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille

CHL: Centre Hospitalier de Landerneau

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CME: Commission Médicale d'Etablissement

CNEH : Centre National des Etudes Hospitalières

COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

ETP: Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPH: Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

PAC: Praticien Adjoint Contractuel

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

PH: Praticien Hospitalier

PUPH: Professeur des Universités Praticien Hospitalier

SROS: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UHNO: Union Hospitalière du Nord Ouest

«L'évolution des organisations est faite d'une combinaison de continuité et de ruptures, de permanence et de changements, de stabilité et de turbulence. Ces états multiples coexistent, se succèdent, s'annulent parfois brutalement, parfois paisiblement (...) ¹». La problématique du changement est inhérente à toute organisation.

L'hôpital public en tant qu'organisation est ainsi habitué aux changements et aux défis : hier, droits du patient et démocratie sanitaire ; récemment, Aménagement et Réduction du Temps de Travail (ARTT) non médical ; aujourd'hui ARTT médical et évolution de la démographie médicale et déjà demain, tarification à l'activité et «nouvelle gouvernance»².

L'aménagement et la réduction du temps de travail médical, entré en vigueur suite à la signature du protocole d'accord du 22 octobre 2001- et des textes subséquents - relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers fait véritablement figure de «défi » au sens double du terme : un obstacle à surmonter, d'une part ; une ambition stimulante à réaliser, d'autre part. En effet, l'ARTT médical touche à l'une des ressources fondamentales de l'hôpital en tant qu'organisation : ses ressources humaines. En outre, cette réforme intervient dans un contexte tendu.

De fait, l'hôpital public est à un tournant. «Un hôpital apparaît, un autre disparaît »³. L'hôpital d'hier, qui s'était construit sur le compromis social de la croissance et de l'autonomie, laisse place à l'hôpital d'aujourd'hui que la pression budgétaire et la pression concurrentielle font plus technique, plus spécialisé, plus économique et plus ambulatoire. L'ARTT médical intervient dans ce contexte.

¹ Cf Charles Kleiber, in Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.4, N°2, 1997, pp.218-219.

² C'est sous ce terme générique que le plan gouvernemental Hôpital 2007 développe un ensemble de propositions visant à modifier l'organisation interne des structures hospitalières : création d'un comité stratégique associant le corps médical, renouvellement des pouvoirs du Conseil d'Administration, relance de la contractualisation interne...

³ Cf Charles Kleiber, in Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.4, n°2, 1997, pp.218-219.

Il fait suite à l'aménagement et à la réduction du temps de travail non médical mis en place au terme de longues et souvent difficiles négociations au sein des établissements.

Surtout, il apparaît alors même que depuis de nombreuses années, les établissements de santé font face aux problèmes de la démographie médicale et du recrutement médical qui pénalisent l'offre de soins.

L'hôpital de proximité, qui dispose d'un plateau technique minimal de base et se trouve par là même cantonné à une certaine typologie d'actes, est d'autant plus confronté à ce problème. Il est victime de son manque d'attractivité. L'ARTT médical, en ce qu'il induit une diminution de la présence médicale - 16% de présence médicale en moins - au sein des établissements ne fait donc que radicaliser cette problématique.

Pour résoudre ce problème, la circulaire du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 incite les établissements à rebondir: «La RTT entraîne la nécessité de créer ou de libérer du temps médical pour pallier la diminution du temps de travail des praticiens. Ceci doit s'opérer en encourageant les efforts de restructuration de l'offre de soins».

Le terme de « restructuration », employé de manière large dans la circulaire, laisse tout envisager pour les établissements, de la fermeture de certains services ou de l'abandon de certaines activités à la réorganisation interne en passant par la redéfinition de ses missions et la fusion d'établissements.

Plus loin, la circulaire précise une des orientations souhaitées vers plus de complémentarité : «vous veillerez à favoriser l'utilisation de tous les outils juridiques disponibles (création d'établissements publics inter-hospitaliers, fédérations médicales inter-hospitalières, syndicats inter-hospitaliers, groupements de coopérations sanitaires, conventions...)». En effet, depuis la loi hospitalière de 1991, mais surtout depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, les recompositions sanitaires ont été encouragées par les pouvoirs publics.

Ainsi, l'ARTT médical devait entraîner entre autres une nouvelle et nécessaire impulsion à la coopération.

Pourtant, un tel repositionnement n'est pas si simple, pour l'hôpital de proximité notamment, qui peine déjà à se positionner au sein du panorama hospitalier par rapport

aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et aux Centres Hospitaliers (CH) de référence. Il peine surtout à justifier son existence comme pôle de prise en charge de première intention et l'objectif qui en découle : offrir à la population une prise en charge de niveau 1 dans l'offre de soins tout en assurant un niveau déterminé de qualité.

Le discours récurrent⁴ sur la nécessaire concentration des plateaux techniques alourdit encore ce climat. En effet, comme tous les services, la distribution des soins médicaux est aujourd'hui confrontée au dilemme accessibilité/concentration avec une implication économique simple : la concentration devrait permettre de réaliser des économies d'échelle et donc de diminuer les coûts. La concentration est aussi invoquée pour des questions d'efficacité médicale et de qualité des soins : certains gestionnaires hospitaliers en attendent de meilleurs résultats médicaux. L'hôpital de proximité se trouve donc confronté à de lourdes problématiques avec lesquelles il doit forcément composer dans son positionnement et sa stratégie.

Dès lors, l'impulsion souhaitée vers plus de coopération s'est-elle traduite dans les faits ?

Pour tenter de répondre à cette question, trois terrains d'étude ont été retenus en raison des problématiques particulières qui les caractérisent.

Tout d'abord, l'exemple de la coopération entre le Centre Hospitalier «Ferdinand Grall» de Landerneau (CHL) et le Centre Hospitalier Universitaire de Brest, qui associe un hôpital de proximité et un CHU.

Ensuite, la complémentarité entre le Centre Hospitalier de Douarnenez (CHDZ) et le Centre Hospitalier Intercommunal de Quimper/Concarneau (CHIC) qui illustre l'exemple d'un hôpital de proximité face à un CH de référence.

Enfin, l'exemple de Carhaix, hôpital de proximité relativement isolé, face à lui-même quoique volontaire pour coopérer.

Le champ de l'étude couvre donc les secteurs sanitaires 1 et 2 de la région Bretagne.

⁴ cf conférence du Centre National des Etudes Hospitalières (CNEH) qui s'est tenue le 11 juin 2003 à Angers.

Ces trois cas seront analysés sur le mode d'une démarche projet. En effet, confrontés à un problème donné, les acteurs sociaux procèdent toujours -quoique plus ou moins consciemment -selon le même mode opératoire.

Ils procèdent en premier lieu à une analyse de leur situation afin de mesurer leurs handicaps et leurs atouts, les marges de manœuvre dont ils disposent. Cette analyse de situation leur permet de clarifier la ou les problématiques qui s'imposent à eux et de définir des objectifs.

Vient alors le moment de la stratégie à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Enfin, toute démarche projet s'accompagne d'une évaluation de la stratégie mise en œuvre : les réussites, les écueils, les stratégies d'acteurs qui ont pu intervenir pour faire aboutir ou au contraire pour faire avorter le projet.

Nous supposerons qu'une telle démarche a également été mise en œuvre dans les cas qui nous occupent. Ainsi, face à un même problème - la mise en œuvre de l'ARTT médical - nous verrons quelles analyses de situation ont pu être menées, quels objectifs ont pu en découler, quelles stratégies ont pu être élaborées au service de ces objectifs et surtout pour quel résultat ou avec quelle réussite.

L'exégèse d'une telle démarche projet nous a paru intéressante dans la mesure où on touche là à la quintessence de la fonction de direction. L'institution hospitalière s'inscrit dans un environnement. Cet environnement est porteur de normes et d'évolutions. L'une des missions essentielles du directeur d'hôpital, nous semble-t-il, est de faire appliquer ces normes et d'accompagner ces évolutions. L'ARTT médical met à l'épreuve ces missions. Au delà des enjeux philosophiques et sociaux qu'il emporte, il implique des évolutions organisationnelles et stratégiques majeures. Il impose de réinterroger les fondements mêmes de l'hôpital, sa place et son rôle au sein d'un secteur sanitaire déterminé. Il appartient alors au directeur de définir la ou les stratégies à mettre en œuvre à partir d'un diagnostic de situation précis et en cohérence avec les exigences de la planification sanitaire. L'application de l'ARTT médical, des directives européennes et surtout leurs implications mettent donc la réflexion stratégique du directeur en action.

Ainsi, l'ARTT médical vient pénaliser une offre de soins déjà menacée par les évolutions de la démographie médicale et le problème du recrutement médical et incite les établissements notamment de proximité à coopérer (1). Pourtant, l'observation et l'étude de trois établissements dans leurs relations avec le ou les «grands frères» voisins montrent que l'impulsion attendue s'est réalisée avec plus ou moins de succès selon les situations (2).

1 L'ARTT médical vient pénaliser une offre de soins déjà menacée par les évolutions de la démographie médicale et le problème du recrutement médical. A-t- il incité les établissements à mutualiser leurs moyens?

L'hôpital est avant tout une entreprise de services. Les ressources humaines représentent environ 70% de son budget de fonctionnement⁵. Mais ces ressources humaines constituent surtout les compétences centrales sur lesquelles s'appuie la production hospitalière, participant pour une part fondamentale aux ressources idiosyncratiques au sens de Cool et Dierickx (1989) ou encore aux "core- competences" de Hamel et Prahalad (1990). C'est grâce à ces ressources que l'hôpital est devenu au cours des décennies un haut lieu des compétences professionnelles et du savoir. Ainsi, l'hôpital est avant tout une organisation où la plus-value est apportée, certes par les équipements, mais aussi par les femmes et les hommes qui y travaillent.

Or, l'hôpital en tant qu'organisation est contrarié depuis quelques années dans son expansion et son autonomie par la raréfaction de certaines ressources, en particulier les ressources humaines (1.1).

La perspective de la RTT médicale se présente ainsi dans un contexte où le recrutement de médecins hospitaliers sur de nombreuses disciplines et dans de nombreuses régions est particulièrement difficile. Les rapports successifs Nicolas I et II, Berland ⁶et récemment le rapport du sénateur Descours l'ont montré. Au plan régional, cette question préoccupante a également été évoquée en thème central lors des dernières rencontres de l'Union Hospitalière du Nord Ouest (UHNO) à Rennes le 18 octobre 2002.

⁵ Voir « les chiffres clé de l'hôpital », www.fhf.fr.

⁶ Le Professeur Y. Berland est doyen de la faculté de médecine de Marseille.

Dans ce contexte, l'ARTT médicale et les textes subséquents relatifs à la permanence des soins interviennent comme des facteurs aggravants (1.2).

Face à ces évolutions, l'hôpital de proximité a dû se donner les moyens de la réaction ou du rebond en explorant notamment la voie de la coopération (1.3).

1.1 Pénurie de l'offre de soins et problèmes de recrutement médical

Les difficultés, rencontrées par les hôpitaux publics dans leur accès aux ressources humaines, notamment médicales, s'annoncent critiques pour l'avenir. La polémique suscitée cet été par les effets de la canicule a réinscrit définitivement ce problème au cœur du débat public.

En effet, les évolutions de la démographie médicale font apparaître une raréfaction progressive des effectifs médicaux et surtout une inégale répartition de ces effectifs sur le territoire (1.1.1). En outre, l'hôpital public semble aujourd'hui confronté à un problème général de recrutement dû à son manque d'attractivité (1.1.2). L'hôpital de proximité, qui dispose d'un plateau technique minimal est particulièrement concerné par ces difficultés (1.1.3).

1.1.1 Un accès plus difficile aux ressources stratégiques: le problème de la démographie médicale.

"De la disponibilité, de la répartition géographique et de la spécialisation des personnels hospitaliers dépendent largement les conditions d'accès aux soins de la population et l'organisation des hôpitaux. Or, les conditions actuelles de suivi des effectifs, de recrutement et de gestion de ces praticiens ne sont pas adaptées aux objectifs de planification hospitalière et de meilleur accès aux soins fixés dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). De plus, les perspectives démographiques à moyen terme du corps médical risquent de peser lourdement sur la mise en œuvre de la politique

hospitalière"⁷. Tel est le lourd constat formulé par la Cour des comptes dans son rapport annuel sur les comptes de la Sécurité Sociale en 2002.

A l'heure actuelle, le nombre de médecins intervenant à l'hôpital public s'élève à 100 000.

Pourtant, au vu des études prospectives, l'effectif du corps médical connaît une raréfaction qui pourrait s'avérer préoccupante pour le fonctionnement du système de soins. Si on ne peut pas encore parler de pénurie globale, la France pourrait perdre à horizon 2020, 15 à 20% de ses médecins⁸ et dès à présent, des zones géographiques se trouvent confrontées à des problèmes de pénurie.

Pourtant, nous sortons d'une période de trente années au cours de laquelle les effectifs du corps médical ont triplé. Cette évolution s'était traduite par une forte pression sur les dépenses d'assurance maladie et même par l'apparition de zones de surpopulation médicale. Pour pallier cette dérive, un certain nombre d'outils avaient été mis en place dont le système du numerus clausus⁹ (1971) qui limitait le nombre de médecins formés. Peu après, c'est le troisième cycle d'études médicales qui était réformé afin de contrôler l'accès aux différentes spécialités.

Ces mesures ont porté leurs fruits¹⁰. Aujourd'hui, une phase de stabilisation des effectifs a commencé. Or, une décroissance rapide va lui succéder à partir de 2008 et les estimations actuelles font état d'une pénurie avérée en 2020¹¹. Des difficultés apparaissent d'ores et déjà pour certaines spécialités et certaines zones. De sorte que la solution imaginée hier pour répondre à un problème crée aujourd'hui un autre problème, celui de la permanence des soins.

⁷ cf Rapport Cour des Comptes 2002, relatif aux comptes de la Sécurité Sociale.

⁸ Cf www.mutuelles-de-france.fr/mutuel/medecins.htm: La France bientôt en panne de médecins ? le point de vue de Omar Brixi, médecin conseil de la FMF.

⁹ Le numerus clausus fixe le nombre d'étudiants qui, à l'issue de l'examen de fin de première année des études de médecine (PCEM 1) sont en droit de poursuivre leurs études.

¹⁰ cf annexe 2 : évolution du numerus clausus en médecine et du nombre de diplômés depuis 1972.

¹¹ cf annexe 3 : évolution et projection du nombre de médecins en France métropolitaine.

Le nombre de praticiens en activité actuellement recensés en France métropolitaine s'élevait à 194 000 au 1^{er} janvier 2000, soit une densité de 331 médecins pour 100 000 habitants contre 130 pour 100 000 en 1970¹². Ainsi, c'est moins l'évolution du nombre de médecins qui est en cause que leur inégale répartition sur le territoire et le déséquilibre entre les différentes disciplines et entre secteurs.

Paradoxalement, les problèmes liés à la démographie médicale se font particulièrement prégnants au moment même où "le temps médical manque"¹³. Plusieurs éléments expliquent ce manque de temps médical : le numerus clausus précédemment évoqué certes, mais aussi les inégalités territoriales ou encore l'accroissement du nombre des personnes âgées(catégorie qui requiert plus de soins)et de la consommation de soins en général. L'évolution sociologique des professions médicales joue également un rôle majeur. Depuis quelques années les professions médicales tendent à se féminiser¹⁴. Or, cette féminisation n'est pas sans conséquence . Globalement, chez les professions médicales, le rapport au travail reste différent chez les hommes et chez les femmes. Chez les femmes, le temps partiel est plus répandu, l'arbitrage entre vie familiale et professionnelle s'effectue différemment.

Cette évolution est d'ailleurs également générationnelle. Ainsi, on voit émerger ces dernières années chez les jeunes médecins une culture différente marquée par un nouvel équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Enfin, l'accroissement régulier des réglementations en terme de normes de sécurité et l'entrée en vigueur de l'ARTT médical et des directives européennes notamment à travers le repos compensatoire ne font que renforcer ce manque de temps médical. En effet, le nombre de spécialistes a augmenté au fil des années et l'hôpital est devenu un lieu de plus en plus technique. La pratique médicale nécessite ainsi de plus en plus de moyens humains.

Fin juin 2001 était rendu public le rapport Nicolas sur la démographie médicale. Le rapport pointait d'importants déséquilibres géographiques et sectoriels.

¹² cf Rapport MIP (module interprofessionnel de santé publique) ENSP 2001 : « Comment anticiper la raréfaction annoncée des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelle d'une région ? »p.4.

¹³ cf Compte-rendu des rencontres de l'UHNO à Rennes le 18 octobre 2002.

¹⁴ Le taux de féminisation global des professions médicales est de 36,2%.

Un premier déséquilibre concerne la répartition géographique des médecins sur le territoire avec des écarts marqués en faveur des régions du sud : Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Aquitaine, mais également en faveur des grandes villes et en particulier des villes universitaires¹⁵. De fait, l'écart se creuse dans les densités. Si la moyenne nationale est de 332 médecins¹⁶ pour 100 000 habitants, les écarts sont importants entre la Picardie (241) ou le Centre (262) d'une part et l'Île de France (425) ou PACA (412) d'autre part¹⁷. La densité médicale peut ainsi varier de 1 à 1,5 selon les régions. Un *numerus clausus* maintenu à 4 700 conduirait, toutes choses égales par ailleurs, à une densité moyenne nationale de 253 médecins en 2020, soit une densité proche de celle des années 80.

Un autre déséquilibre concerne la répartition entre généralistes et spécialistes. En 20 ans, la part des spécialistes est passée de 36 à 51% des effectifs.

On note encore une différence entre secteur public et secteur libéral. L'effectif des spécialistes a progressé ces 20 dernières années, mais cette progression s'est surtout faite en faveur du secteur privé et de l'exercice libéral. Au 1^{er} janvier 2000, seuls 37% des spécialistes exercent à l'hôpital public, alors que ce taux atteignait 51% en 1980. Or, les établissements hospitaliers ont essentiellement besoin de médecins spécialistes pour assurer le fonctionnement de leurs différents services.

Enfin, les effectifs médicaux diffèrent beaucoup selon les spécialités. Ainsi, la pénurie se profile dans les spécialités les plus pénibles ou les plus exposées à un risque de poursuites judiciaires. L'anesthésie-réanimation, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique sont ainsi des spécialités délaissées par les étudiants au profit de celles moins astreignantes.

Ces déséquilibres expliquent en partie les problèmes de recrutement médical auxquels sont aujourd'hui confrontés certains établissements de santé. En effet, les déséquilibres

¹⁵ cf Annexe 4 : les médecins en activité en France en 2001.

¹⁶ DARRINE S., Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020: les médecins dans les régions et par mode d'exercice, DREES, Etudes et résultats N°156, février 2002.

¹⁷ cf Rapport MIP 2001 : « Comment anticiper la raréfaction annoncée des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelon d'une région » p.4.

dans la répartition des praticiens observés entre les régions et entre les spécialités sont également constatés dans les hôpitaux. Les difficultés de recrutement concernent plus particulièrement les établissements de santé des régions Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord Pas-De-Calais, Basse-Normandie et Lorraine¹⁸.

C'est pourquoi, outre 3 500 postes de médecins vacants, 9 000 postes sont aujourd'hui occupés par des praticiens adjoints contractuels, avec une palette d'expériences professionnelles variables. Selon Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers "en 10 ans, l'activité a augmenté de 50% dans les services de psychiatrie ou les urgences mais les moyens n'ont pas suivi".

Aujourd'hui la question d'une régulation efficace du potentiel médical se pose donc avec acuité car les disparités constatées auront d'inévitables conséquences sur l'accès aux soins et sur le fonctionnement même de certaines structures hospitalières.

Comme Bernard Kouchner avant lui, Jean-François Mattéi prévoit donc de relever le numerus clausus annuel des étudiants en médecine de 4 700 aux alentours de 5 200 places. Or, les effets de ces mesures ne se feront sentir que dans une dizaine d'années. Rares sont en effet les mesures qui, dans le domaine de la démographie médicale peuvent avoir un effet rapide.

En juin 2003 était publié un ultime rapport élaboré par le sénateur Descours. Dans ce rapport, Charles Descours avance une nouvelle série de mesures, une « boîte à outils », dans laquelle le gouvernement est invité à se servir pour pallier les difficultés démographiques du corps médical¹⁹. Parmi ces mesures :

- l'instauration de nouvelles primes à l'installation dans les zones déficitaires. Ces primes seraient versées sur cinq ans et s'accompagneraient d'une aide au maintien pour les professionnels déjà installés dans ces zones,
- l'augmentation et la régionalisation du numerus clausus. Le rapport indique en effet, que l'accroissement brut du numerus clausus aura un effet limité s'il ne s'accompagne pas d'ajustements tels que la régionalisation,

¹⁸ cf Rapport Cour des Comptes 2002 relatif comptes de la Sécurité Sociale.

¹⁹ cf Le Quotidien du Médecin, 13 juin 2003, « Démographie : Charles Descours prône un C et un V modulables ».

- le développement de la télémédecine et des réseaux de santé pour mutualiser les ressources,
- le décroisement entre la ville et l'hôpital. Ce rapprochement est jugé inéluctable dans les zones déficitaires. Il passe par la réaffirmation des hôpitaux de proximité. Dans le même esprit, le rapport suggère de favoriser, notamment financièrement la venue des praticiens libéraux à l'hôpital (« temps partiels ou contractuels »).

Enfin, le décret du 19 juin 2003 portant création de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé, et la création de comités régionaux témoignent de cette préoccupation d'une meilleure régulation et d'une meilleure répartition géographique.

1.1.2 Le manque d'attractivité de l'hôpital public²⁰

«Le passage aux 35 heures du corps médical ne laisse pas d'autre choix aux pouvoirs publics que d'agir de toute urgence pour faire revenir les médecins à l'hôpital public», écrit Rachel Bocher dans une interview au Quotidien du médecin en 2001. En effet, à l'heure actuelle, l'hôpital public semble bien souffrir d'un manque d'attractivité. "Alors que le nombre de médecins a augmenté de 32% entre 1984 et 2001, le nombre de médecins intervenant à l'hôpital est resté globalement stable, autour de 100 000"²¹.

Selon le président de l'AFMHA (Association nationale pour la Formation continue du personnel Médical des Hôpitaux publics en Administration et gestion), " du point de vue spécifique de la démographie médicale en secteur hospitalier public, on se trouve confronté à un problème (...), celui d'une désaffection des médecins. Il s'agit donc de revoir l'attractivité des statuts dans ce secteur, un vaste chantier qui porte sur les

²⁰ cf Annexe 5 : variation des effectifs de praticiens hospitaliers entre 1994 et 2001 (tableau 10) et part des salariés hospitaliers parmi les diplômés des deux dernières années en % (tableau 11).

²¹ cf Rapport Cour des Comptes 2002 précité.

postes, les structures¹²². De fait, « le travail dans une structure hospitalière n'intéresse plus les jeunes médecins », selon le professeur Alain Bernadou²³.

Les raisons qui peuvent expliquer le manque d'attractivité de l'hôpital public sont de plusieurs ordres : une très forte concurrence avec le secteur privé en terme de statuts et de rémunération, des perspectives de carrière non valorisées et des conditions de travail peu incitatives.

Ainsi, face au secteur privé ou libéral, le secteur public, dont les rémunérations et règles de recrutement sont strictement encadrées, semble manquer d'atouts dans un contexte de totale liberté d'installation²⁴. «Aujourd'hui, un chef de clinique choisit neuf fois sur dix de poursuivre sa carrière dans le privé où il touchera un salaire deux à cinq fois supérieur que dans le public »²⁵. De même pour certaines disciplines telles que l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la psychiatrie et la pédiatrie, les difficultés des hôpitaux à recruter proviennent essentiellement de l'attrait plus grand des conditions d'exercice en ville ou en clinique privée.

Pourtant, de récentes études relatives au revenu des médecins semblent atténuer ce constat. Ainsi, les fortes disparités qu'on note en début de carrière paraissent s'amenuiser en fin de carrière.

Mais au-delà même du niveau de rémunération, «c'est bien l'attractivité de la carrière dans le public » qui semble en cause. On remarquerait ainsi chez les jeunes générations de médecins une véritable perte d'intérêt pour une carrière à l'hôpital à cause de la surcharge des tâches administratives qui diminue d'autant la place de la recherche fondamentale et clinique. Comme l'écrit encore Rachel Bocher, « si on ne fait rien, les jeunes médecins vont aller vers les conditions d'exercice les moins pénibles en favorisant

²² cf Décision Santé, n°182-février 2002, p.25, propos tenus à l'occasion de la 22^{ème} journée nationale de l'AFMHA, le 5 octobre 2001- Thème de réflexion proposé aux participants: Démographie médicale et Hôpital public.

²³ cf Rapport MIP 2001 : « comment anticiper la raréfaction annoncée des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelle d'une région » p.10.

²⁴ cf Annexe 6 : émoluments des Praticiens hospitaliers au 1^{er} mars 2002 (tableau 5) et montants de certaines indemnités au 1^{er} décembre 2002 (tableau 6).

²⁵ cf « La réorganisation de l'hôpital » par le Professeur Jean-Michel Dubernard, site : www.cmh-hospital.org.

la qualité de la vie et la qualité du travail. En l'état actuel des choses, ils n'iront pas à l'hôpital »²⁶.

Pourtant, ce jugement mérite également d'être nuancé. D'une part, il peut paraître exagéré de considérer que les médecins hospitaliers sont submergés par les tâches administratives. D'autre part, la participation à des groupes de travail et aux instances peut constituer un facteur d'attractivité pour des médecins intéressés à la gestion et aux aspects médicaux non liés à la production directe de soins (hygiène hospitalière, soins palliatifs, lutte contre la douleur). En outre, la participation aux instances décisionnelles confère aux médecins un certain pouvoir au sein de l'hôpital dont ils savent souvent user pour peser dans les décisions.

Les perspectives de carrière offertes par l'hôpital demeurent néanmoins peu motivantes. Le corps médical hospitalier se caractérise en effet par un empilement de statuts très divers qui s'adressent à des médecins ayant pour la plupart une formation identique. Or, cette organisation a ses limites : précarité de certains statuts, absence d'accès aux responsabilités hospitalières de certains médecins, perspectives de carrière peu lisibles, rémunérations différentes pour des tâches identiques et difficultés de mobilité entre les établissements, les recrutements faisant une large part à la cooptation. En outre, les procédures de recrutement, de nomination et de gestion de carrière sont complexes et diverses. Elles font intervenir, outre les établissements publics de santé concernés, tous les niveaux géographiques de l'administration de la santé et, pour les PU-PH, les services du ministère chargés de l'enseignement supérieur.

La revendication insistante de la communauté hospitalière dans toutes ses composantes a conduit depuis dix ans les pouvoirs publics à prendre un certain nombre de dispositions indubitablement positives notamment en terme de revalorisation du statut public, à titre d'exemple:

- La simplification du statut de PH intervenue en 1999 avec l'instauration d'un concours unique temps plein/temps partiel et des possibilités accrues de mobilité entre ces deux statuts.
- Les grilles salariales ont été revalorisées en l'an 2000, notamment pour le début de carrière, commençant désormais au niveau de l'ancien 4^{ème} échelon.

²⁶ cf Le Quotidien du Médecin, 29 novembre 2001, «entretien avec le docteur Rachel Bocher, Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH).

- Certaines sujétions ont été financièrement reconnues : indemnités d'exercice public exclusif, prime multi-sites.

- Le décret du 19 septembre 2001 a mis en place le dispositif des "postes à recrutement et maintien prioritaires" . Cette disposition vise à favoriser le recrutement sur des postes difficiles à pourvoir en raison de leur situation géographique et ou de leur nature (difficulté d'exercice). La vacance de postes à recrutement prioritaire fait l'objet d'une publication distincte de celle des autres postes. Le praticien nommé ou en fonction sur un poste déclaré à recrutement prioritaire s'engage à exercer ses fonctions pendant cinq ans. Il bénéficie d'une allocation unique spécifique versée en une seule fois et d'un avancement accéléré d'une durée de deux ans.

Néanmoins, ces mesures de revalorisation ne présentent apparemment pas, à l'heure actuelle, le caractère discriminatoire qui pourrait donner l'impulsion nécessaire à un véritable rééquilibrage entre le public et le privé dans les spécialités où la différence de rémunération est forte, comme par exemple la radiologie.

Pourtant, pour les jeunes générations de médecins, la mise en œuvre de l'ARTT pourrait constituer une amélioration en terme de statut. L'intégration des gardes dans le temps de travail, associée à la réduction du temps de travail peuvent contribuer à relancer l'attractivité de l'hôpital public à l'heure où le coût d'opportunité du travail chez les jeunes générations tend à décroître. Ainsi, l'arbitrage travail/loisirs chez les médecins comme dans l'ensemble de la société semble depuis quelques années trouver un nouvel équilibre.

A l'heure actuelle, la communauté médicale se divise au sein des établissements entre les praticiens qui travaillent en "emplois postés", c'est à dire les anesthésistes-réanimateurs et les urgentistes qui apprécient les avancées des nouveaux textes et les autres, les cliniciens, qui -entretenant avec leurs malades des relations personnelles suivies- supportent mal ces nouvelles règles qui accentuent le caractère discontinu de leur travail.

1.1.3 Le manque d'attractivité des structures de proximité.

La raréfaction des médecins à l'hôpital public pose plus de problèmes dans les hôpitaux de proximité que dans les CHU ou les pôles de référence. Les centres

hospitaliers importants, situés pour la plupart aux abords des grandes villes attirent davantage les médecins hospitaliers.

Pourtant, ce tropisme qui conduit les médecins hospitaliers vers les CHU et les CH de référence répond à des motivations plus profondes.

Se pose inévitablement le problème des niveaux de plateau technique. Les hôpitaux de proximité disposent de plateaux techniques minimaux de base. Les praticiens qui y exercent exclusivement se trouvent alors cantonnés à une certaine typologie d'actes que ces hôpitaux sont habilités à pratiquer. A contrario, les CHU et les hôpitaux de référence concentrent les techniques de pointe. Or, la recherche et le progrès sont inhérents à la démarche scientifique. Les CHU sont des pôles de compétence voire d'excellence où se croisent les technologies les plus avancées et les techniques les plus abouties. C'est dans ces structures que se font les réputations. C'est également dans ces structures que les médecins trouvent la pratique nécessaire à l'entretien et à l'actualisation de leurs compétences notamment en s'intégrant à des équipes étoffées.

Pourtant, le bon fonctionnement d'un plateau technique nécessite un volume médical de base. En outre, la spécialisation croissante de la médecine et de la chirurgie - la disparition de la chirurgie générale en est une illustration- a renforcé les contraintes qui s'imposent aux établissements de santé. Il y a 50 ans, on comptait environ une dizaine de spécialités médicales contre plus de 150 aujourd'hui. Avec des équipes médicales réduites et de plus en plus spécialisées, la permanence des soins devient très difficile à assurer.

Pour pallier cet écueil et inciter les médecins à intervenir dans les hôpitaux de proximité, un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre, par exemple :

- La prime multi-établissement. Elle prévoit l'octroi d'une prime aux praticiens rattachés à un établissement et qui acceptent d'intervenir dans un autre établissement, souvent plus petit, plus éloigné ou confronté à des problèmes de recrutement médical. Cependant, elle suppose une coopération préalable entre plusieurs établissements hospitaliers, le plus souvent sous forme de convention. En outre, l'exercice multi-site a des limites. Les médecins en acceptent plus souvent la pratique en début de carrière d'autant que l'intérêt financier est avantageux. Avec l'âge et les contraintes familiales, cette pratique peut néanmoins s'avérer usante voire contraignante.

- La mise en place de poste à recrutement et maintien prioritaires déjà évoquée participe également de cette incitation. Pourtant, outre ses difficultés d'application, les

résultats de cette mesure s'avèrent mitigés. D'une part, elle a suscité peu de vocation. Ainsi, en Bretagne par exemple, sur les quarante sept postes déclarés prioritaires à la dernière publication, treize seulement ont été pourvus. D'autre part, elle a surtout créé une forme d'amertume et de démotivation chez les praticiens qui exerçaient déjà auparavant sur des postes à caractère prioritaire et qui n'étaient pas considérés comme ayant droits aux avantages subséquents.

Mais, l'hôpital de proximité est aussi victime de l'évolution générale de la médecine en France et de l'attitude du corps médical.

Depuis quelques années, on assiste à un mouvement de spécialisation accrue des disciplines (chirurgie du genou, chirurgie du pied, chirurgie de l'épaule....). Cette spécialisation, qui répond par ailleurs au désir de la population de plus en plus exigeante en terme de compétence et de résultat nécessite le rassemblement d'équipes médicales.

Or, les hôpitaux de proximité reposent essentiellement sur des omnipraticiens. Le recours à des spécialistes pose un problème à ces structures en terme de volume médical nécessaire, d'où le recours aux coopérations et à la mutualisation des moyens humains.

En outre, il faut également compter avec l'évolution du corps médical et de ses exigences. Avec le renouvellement des générations, c'est un nouveau rapport à la profession qui s'installe. On assiste ainsi à une forme de « perte du sacré ». Le médecin est de moins en moins voué à son sacerdoce. Il exprime de nouvelles exigences en terme de qualité de vie. On note là une évolution qui caractérise d'ailleurs la société dans son entier. La RTT médicale en a été une illustration. D'où le refus d'assumer une ligne de garde au sein d'une équipe restreinte. Comme le résume très bien le Docteur Stanislas Johanet, « la passion du métier disparaît »²⁷.

Ce clivage n'est d'ailleurs pas seulement générationnel. On le retrouve au sein de la communauté médicale elle-même, traditionnellement divisée entre d'un côté les anesthésistes et les urgentistes dont la pratique médicale s'organise dans un travail posté et, de l'autre côté, les chirurgiens et les cliniciens pour lesquels la prise en charge du patient est plus globale.

Cette différence dans les pratiques professionnelles se reflète dans l'attachement à l'institution hospitalière. Chez les chirurgiens et les cliniciens, cet attachement est plus fort, lié à une prise en charge en continu du patient. Chez les anesthésistes et les

²⁷ cf « Le Point » n°1603 du 6 juin 2003, p.101.

urgentistes, il l'est moins dans la mesure où leur travail est nécessairement assuré par plusieurs praticiens qui se succèdent dans le temps.

Ces différentes approches se traduisent par des tensions, parfois vives au sein des établissements. L'ARTT médical notamment a cristallisé parfois ces oppositions.

Tous ces éléments combinés, évolution de la démographie médicale, manque d'attractivité de l'hôpital public en général et de l'hôpital de proximité en particulier, expliquent les problèmes de recrutement auxquels sont confrontés la majorité des établissements de santé publics.

Or, ces difficultés de recrutement ont des conséquences non négligeables.

En ce domaine comme ailleurs, la loi de l'offre et de la demande joue à plein. L'offre de compétences étant plus rare, son prix augmente. Les praticiens hospitaliers n'hésitent pas à monnayer chèrement leur recrutement en terme d'organisation de l'équipe, de salaires ou d'avantages divers.

En outre, le manque d'effectif a des conséquences sur l'organisation interne de la permanence des soins. Ainsi, il entraîne au sein des établissements des surcharges de travail et des gardes nombreuses, parfois même des glissements de compétences.

Certains hôpitaux, confrontés à des problèmes de recrutement sont même parfois forcés de recourir à du personnel occasionnel pour répondre à leurs obligations de permanence. Ainsi, un intérim médical coûteux se développe dans les centres hospitaliers non universitaires des régions à faible densité médicale. Ce sont avant tout les petits établissements qui utilisent cette main d'œuvre de façon régulière. Les régions les plus touchées par ce phénomène difficile à quantifier sont celles - déjà citées plus haut - où la population médicale est la moins dense. Les spécialités recherchées sont surtout la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie réanimation, la radiologie, plus rarement la pédiatrie et la chirurgie viscérale. Les prestations d'intérim coûtent cher à l'hôpital : « entre 450 et 800 euros par journée de suppléance ou par garde pour le médecin, l'hôpital assurant également au praticien le logement, la nourriture et le remboursement des frais de déplacement. De surcroît, l'hôpital acquitte la rémunération de l'agence d'intérim qui s'élève à 10% des frais, ainsi que le paiement de la TVA (19,6%)²⁸».

²⁸ cf Rapport IGAS susvisé.

Outre le coût financier pour l'établissement, le recours à l'intérim présente l'inconvénient de ne pas permettre un suivi à long terme des patients. De plus, la coopération de l'intérimaire avec l'administration, l'équipe médicale et paramédicale se limite au strict nécessaire. La dynamique d'un service, sa vie, son évolution sont ainsi perturbées par des changements incessants de personnes. L'esprit d'équipe comme l'esprit d'établissement risquent alors progressivement de se déliter.

1.2 La RTT médicale vient radicaliser cette problématique.

« La RTT devient (...) l'épée dans les reins de la démographie médicale : elle fait qu'on ne peut plus échapper à cette question. C'est finalement un atout pour faire avancer le dossier » écrit Rachel Bocher²⁹.

La mise en œuvre de l'aménagement et de la réduction du temps de travail des praticiens hospitaliers répond à la fois au caractère d'application générale de la loi française et aux exigences du droit européen (1.2.1).

Les effets conjugués du protocole d'accord du 22 octobre 2001 et de la directive européenne induisent une réduction du temps médical disponible (1.2.2).

1.2.1 La RTT médicale dans la loi.

Il faut distinguer entre la mesure spécifiquement française de RTT et la directive européenne sur le temps de travail.

En réalité, l'ajout de la directive européenne à la mesure spécifiquement française de RTT entraîne une perte de 20 à 25 % du temps de travail. Elle induit en outre, des contraintes supplémentaires dans l'organisation des plages de travail notamment le week end.

²⁹ Cf Le Quotidien du Médecin, 29 novembre 2001 : entretien avec Rachel Bocher, Présidente de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers.

Sont concernés par la directive européenne et le cadrage national : les Praticiens hospitaliers (PH) temps plein, les PH temps partiel, les Praticiens Adjoints Contractuels (PAC), les Praticiens Contractuels, les Assistants.

a) La directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993.

Cette directive a vocation à être appliquée à tous les secteurs d'activités, sous réserve de quelques exceptions. Elle fixe des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail. Elle tend à régir, à l'échelle de l'Union Européenne, les périodes de repos journalier, de repos hebdomadaire et de congé annuel, la durée maximale hebdomadaire du travail, certains aspects du travail de nuit, du travail posté et du rythme de travail.

Elle est complétée par l'arrêt de la Cour de justice des Communautés Européennes, dit "Comunidad Valenciana" du 3 octobre 2000.

Cette directive et cet arrêt prévoient :

- 1) Que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de 24 heures, d'une période minimale de repos de 11 heures consécutives (article 3). Cette disposition signifie que toute garde de week end devient impossible à couvrir par un seul praticien. D'où de fortes incidences sur l'organisation interne de la permanence des soins.
- 2) Que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de 7 jours, d'un repos hebdomadaire ininterrompu de 24 heures auquel s'ajoutent les onze heures de repos quotidien (article 5).
- 3) Que la durée moyenne de travail pour chaque période de 7 jours n'excède pas 48 heures y compris les heures supplémentaires, sur une période de référence de 4 mois (article 6 et article 16)

b) Le protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes et ses textes d'application.

Le cadrage national reprend la directive européenne³⁰. Il prévoit:

- 1) L'intégration des gardes dans le temps de travail.
- 2) La limitation de la durée hebdomadaire de travail à 48 heures sur quatre mois, gardes comprises et hors plages additionnelles.
- 3) Le maintien de la définition en demi-journées des obligations de service hebdomadaire hormis le cas du service continu.
- 4) La possibilité de réaliser des plages supplémentaires (additionnelles) au-delà des obligations de service sur la base du volontariat.

Il prévoit en outre l'octroi forfaitaire de 20 jours de RTT aux praticiens hospitaliers à temps plein. cf tableau ci-dessous.

Le cadrage national a en outre été complété et enrichi de nombreux textes d'application.

1.2.2 La RTT médicale dans les faits.

a) La RTT médicale dans les faits crée une pénurie du temps médical.

La mise en œuvre de l'ARTT applicable au 1^{er} janvier 2002 et l'intégration des gardes dans le temps de travail par application dès janvier 2003 des directives européennes ont réduit le temps médical disponible.

³⁰ cf annexe 7 : cadrage national- Protocole d'accord du 22 octobre du 2001

Situation avant ARTT médical	Situation après ARTT médical
<p>1) <u>Le temps de travail annuel</u></p> <p>- 227 J/An : 365 – 104 WE – 9 fériés – 25 jours de congés annuels</p> <p>- L'obligation s'applique en ½ J hebdo : 454 ½ j/An 10 ½ j hebdo</p> <p>- Le temps de travail est illimité</p> <p>2) <u>Les gardes</u></p> <p>-Les gardes (nuits, we, jours fériés) ne sont pas intégrées dans le temps de travail</p> <p>-La garde est rémunérée forfaitairement : 237, 83 €</p> <p>3) <u>Les astreintes</u></p> <p>-Astreinte opérationnelle (1 nuit ou 2 ½ j) : indemnité forfaitaire de 36, 60 €</p>	<p>1) <u>Le temps de travail annuel</u></p> <p>- 207 J/An : 365 – 104 – 9 – 25 – 20 J RTT ou 192 si on – 15 J de formation</p> <p>- L'obligation s'applique en ½ J hebdo : 414 ½ j/An 10 ½ j hebdo</p> <p>- Elle s'applique en heures pour les services organisés en temps médical continu</p> <p>- Le temps de travail est limité à 48 heures hebdomadaires (en moyenne sur quatre mois)</p> <p>2) <u>Les gardes</u></p> <p>-Les gardes (nuits, we, jours fériés) deviennent « permanences sur place ». Elles sont intégrées dans le temps de travail sous forme de demi-périodes (voir circulaire d'application)</p> <p>-La permanence sur place est rémunérée : <ul style="list-style-type: none"> ✓ En temps de travail et ✓ Sous forme d'une indemnité de sujétion forfaitaire : 250 €/ plage de 2 ½ périodes </p> <p>3) <u>Les astreintes</u></p> <p>-Astreinte opérationnelle (1 nuit ou 2 ½ j) : indemnité forfaitaire de 36, 60 €</p>

<p>-Astreinte de sécurité (1 nuit ou 2 ½ j) : 23,94 € -Indemnité de déplacement : 61,80€</p> <p><u>4) Le temps additionnel n'existe pas.</u></p>	<p>-Astreinte de sécurité (1 nuit ou 2 ½ j) : 23,94 € -Indemnité de déplacement : 61,80€ - Les déplacements lors des astreintes sont comptabilisés comme temps additionnel.</p> <p><u>4)Le temps additionnel</u>: « réalisé par les praticiens au-delà de leurs obligations de service » :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ > 10 ½ j ➤ > 48 H (service organisé en temps continu) <p>- Il peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indemnisé forfaitairement soit 300 € pour 2 ½ période (350 € à partir de 2004, 450 € en 2005) ➤ Récupéré ou versé au CET (1 j /plage) <p>Enfin, la manière dont les plages additionnelles sont positionnées sur le jour ou la nuit et les week end entraîne des distorsions à la fois dans la limite du budget et en terme de service continu</p>
--	--

L'ARTT médical dans les faits entraîne donc bien une perte de temps médical et par là même des réorganisations majeures.

En réalité, comme le souligne un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales(IGAS) consacré à la gestion des praticiens hospitaliers³¹, "l'hôpital se trouve aujourd'hui confronté à des exigences contradictoires". D'un côté, dans un souci de sécurité sanitaire, diverses normes ont accru entre 1995 et 2002, les obligations de présence des médecins seniors, et donc des PH, dans les activités fonctionnant 24H/24H aux urgences, en maternité, en réanimation. De même, dans le cadre de la démarche qualité, des règles de bonne pratique ont exigé la présence des pharmaciens dans la dispensation de médicaments, de biologistes dans le contrôle des analyses de biologie médicale. D'un autre côté, le temps médical disponible a été fortement réduit à la fois par la mise en œuvre de l'ARTT et par la directive européenne.

De la mise en œuvre de l'ARTT médical, on attendait plusieurs effets positifs : d'une part, une sécurité accrue et une meilleure organisation des temps individuels ; d'autre part, une plus grande mutualisation des gardes et astreintes.

Chacun s'accorde aujourd'hui à reconnaître que dans certaines disciplines comme l'anesthésie, le repos après la garde est un progrès à la fois pour la sécurité des patients, pour la qualité de vie du praticien et pour sa sécurité juridique. De même, opérer ou avoir une activité clinique requérant une grande attention n'est pas prudent après une nuit de travail.

Pourtant, les nouvelles mesures ont aussi introduit des difficultés organisationnelles multiples.

Les lignes de garde deviennent plus difficiles à assumer et à maintenir et les textes plus difficiles à appliquer.

En effet, si on s'en tient à la réglementation, le rythme de garde d'un praticien est aujourd'hui limité à une garde de nuit par semaine et une garde de dimanche et jour férié par mois.

Ainsi, cet exemple que livre un gynécologue obstétricien à l'hebdomadaire « Le Point » en 2003. « Les nouveaux textes sur le repos compensatoire obligatoire après chaque garde ne sont pas applicables dans de nombreuses maternités. Les gynécologues obstétriciens du service avaient pris l'habitude, pour surveiller plus de 2 100 accouchements par an de

³¹ Rapport de l'IGAS n°2002.143 de décembre 2002 relatif à la gestion des praticiens hospitaliers. rapport présenté par Charles de BATZ, le Dr Françoise LALANDE et Gérard LAURAND.

travailler 60 à 70 heures par semaine. La limite à 48 heures est une bonne nouvelle sur le papier, mais elle correspond à une perte effective de 30% du temps médical. Ici, nous sommes 5 médecins à temps plein, nous devrions être 7,5 pour respecter ces textes »³².

Par exemple, le repos de sécurité est un élément de rigidité dans la coopération inter-hospitalière. Ainsi, la combinaison du repos de sécurité du lendemain d'une garde et de l'intégration des gardes dans le temps de travail pose le problème de savoir sur quel établissement imputer le repos de sécurité. Elle alourdit alors considérablement le coût de la coopération et fragilise encore davantage la position dans chacun des établissements des praticiens qui partagent leur activité (en réduisant leur présence de jour sur chacun des deux sites compliquant ainsi leur intégration dans la vie des services).

En outre, la mise en œuvre du repos compensateur rend désormais impossible pour un médecin la réalisation d'un week end complet. Chaque week end nécessite donc l'intervention de plusieurs médecins. Lorsque l'équipe médicale pour une spécialité se réduit à un petit nombre de médecins, le rythme de garde s'en trouve naturellement alourdi. De sorte que ce point de la réglementation est bel et bien de nature à induire une rigidification des organisations, notamment dans les hôpitaux de proximité où les équipes médicales sont restreintes.

En outre, au-delà de ces évolutions organisationnelles, l'ARTT a des incidences financières importantes pour les établissements³³.

D'une part, le temps médical nécessaire pour assurer un service de jour augmente. Il passe d'1,22 ETP à 1,38 ETP dès lors que le temps médical travaillé par un médecin passe de 227 à 207 jours. A titre indicatif, un poste de PH temps plein coûte à un établissement 101 780 euros (coût 2003).

D'autre part, le coût de la garde – qui devient permanence sur place – double. En effet, la permanence sur place qui était auparavant indemnisée forfaitairement est désormais rémunérée à la fois en temps de travail et sous forme d'une indemnité de sujétion.

Enfin, la manière dont les plages additionnelles sont positionnées sur le jour ou la nuit et les week end entraîne également des distorsions budgétaires pour l'établissement.

³² cf « Le POINT », n° 1603 du 6 juillet 2003 p.100.

³³ cf Annexe 8 : tableau schématique des modalités possibles de transition pour la mise en œuvre de l'ARTT médical. (Document de travail ARH Bretagne)

b) Les mesures prises pour remédier à la situation ont été insuffisantes.

Le nombre d'emplois médicaux nécessaire, à l'échelle nationale, pour mettre en œuvre la réduction du temps de travail, l'intégration des gardes dans le temps de travail et le plafonnement de la durée hebdomadaire de travail, selon les modalités définies par le cadrage national, a été estimé à 3 500 postes(en équivalent temps plein).

Ces 3 500 postes devaient être attribués sur quatre ans (1 000 en 2002, 1 000 en 2003 et 1 500 en 2004/2005). Le ministère de la santé a considéré que 800 d'entre eux devaient être consacrés à la compensation de la directive européenne, le reste concernant les 20 jours de RTT. Ceci représentait approximativement 6 % des ETP médicaux concernés.

Ces crédits ont été distribués aux régions selon trois critères: proportionnellement aux effectifs pour 50%, en fonction de la production en points ISA pour 25%, de façon inversement proportionnelle à la densité médicale régionale totale pour 25% (circulaire du 26 juillet 2002).

Or, les moyens alloués se sont révélés insuffisants eu égard aux implications de la directive européenne. Ainsi, entre les moyens estimés nécessaires pour mettre en œuvre la réduction du temps de travail médical et ceux susceptibles d'être alloués sur la base du protocole signé en 2001, on observait "un écart minimum de 1 à 2 pouvant aller dans certaines régions jusqu'à un rapport de 1 à 3"³⁴. Cet écart faisait apparaître un "risque avéré de diminution globale de l'offre de soins dans les établissements publics et de déport des moyens affectés à l'activité de jour au profit d'une continuité des soins la nuit, les week-end et les jours fériés".

L'exemple de la région Bretagne est à ce titre éclairant³⁵. Au total, les besoins exprimés par les établissements de la région s'élevaient à 425 équivalents temps plein,

³⁴ cf Courrier adressé par la coordination des directeurs d'ARH à Monsieur E. Couty, directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en date du 29 novembre 2002 en annexe 9.

³⁵ cf Annexe 10 : Tableau comparatif des moyens sollicités par les établissements et des moyens susceptibles d'être alloués- Extrait de l'étude de pré-impact.

représentant ainsi 16,5% des effectifs médicaux budgétés de la région. Or, l'enveloppe régionale attribuée à la Bretagne au titre de la compensation de la RTT 2002 a été de 4 886 460 euros, soit 45,79 équivalents « emplois »³⁶. Elle devait être sensiblement la même en 2003. Et par extrapolation, le nombre des ETP créés sur la période 2002 à 2005 devait être 167,45. Les besoins des établissements ne devaient ainsi être compensés qu'à hauteur d'un tiers.

c) L'organisation sur le terrain.

S'agissant du cadre réglementaire, les textes statutaires intégrant la réglementation européenne sont parus le 8 décembre 2002. Dans l'attente, la circulaire du 26 juillet 2002 demandait aux établissements de transmettre leurs projets de réorganisation médicale. Les ARH devaient quant à elles restituer pour fin octobre 2002 les études de « pré-impact territorial ». Ces études de pré-impact avaient pour objectif de réaliser une étude des besoins de compensation de la réduction du temps de travail médical au 1^{er} janvier 2002 et de l'application de la directive européenne au 1^{er} janvier 2003 et ceci pour le service de jour, les services organisés en garde sur place, ceux fonctionnant en service continu et enfin ceux pour lesquels la couverture médicale de nuit et week end est assurée sous forme d'astreinte.

Au plan régional, le travail de préparation est mené de façon concertée entre les ARH, les syndicats et les établissements via les « comités régionaux de suivi » réglementairement mis en place et qui intègrent la FHF et les Conférences. Les critères de répartition des postes peuvent varier d'une ARH à l'autre mais privilégient dans la majorité des cas les activités de garde. Dans certains cas, une assez grande autonomie est donnée aux communautés d'établissements, une enveloppe de postes étant déterminée pour un territoire, charge aux établissements de les répartir.

Dans les établissements, la RTT médicale a eu des conséquences majeures.

Les textes sur le temps de travail provoquent ainsi d'importantes réorganisations.

³⁶ cf Annexe 11 : ARTT médical- Etude de pré-impact territorial. Document de travail de l'ARH Bretagne.

Une commission de l'organisation et de la permanence médicale et pharmaceutique qui se substitue à l'ancienne commission des gardes et astreintes³⁷ a été mise en place suite à l'arrêté du 30 avril 2003. Elle donne des avis sur l'organisation de la continuité et la permanence des soins ainsi que sur les coopérations qui impliquent une permanence des soins commune.

Elle se compose du directeur de l'établissement ou de son représentant, du président de la CME ou de son représentant, des personnels médicaux (pour moitié des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedi après midi, dimanche et jours fériés sous forme de permanence sur place et astreinte). En outre, les services ou autres structures ayant opté pour une organisation médicale en temps continu doivent être représentés par un membre du personnel médical.

Les attributions de la commission sont les suivantes :

- Définir annuellement avec le directeur l'organisation/fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité dans la limite des budgets alloués à ce titre.
- Donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins.
- Donner son avis sur les conventions de coopération qui impliquent une permanence des soins commune.
- Etablir un bilan annuel de l'organisation/fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur d'établissement et au président de la CME.

Les conséquences organisationnelles sont d'autant plus compliquées que depuis la mise en œuvre de l'ARTT, certaines activités ont gardé la possibilité d'une organisation en service continu. C'est le cas notamment des services d'urgences, d'anesthésie, de réanimation, de maternité, de néonatalogie ainsi que de certaines spécialités chirurgicales qui assurent une permanence médicale 24H sur 24H. A cette liste définie par la circulaire DHOS du 6 mai 2003, peuvent s'ajouter d'autres services ayant choisi sur proposition de la CME et avec l'accord du directeur de l'établissement de s'organiser en temps médical continu. Ils doivent néanmoins répondre à deux critères : d'une part, l'intensité et la nature de l'activité concernée doivent être globalement identiques le jour et la nuit, tous les jours de l'année ; d'autre part, les effectifs doivent permettre une telle organisation.

³⁷ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation de la permanence des soins et son texte d'application.

Les autorités de tutelle sont vigilantes en ce domaine. En effet, il peut être tentant pour un hôpital de proximité de classer en service continu des services qui ne répondraient pas à ces critères pour des raisons d'attractivité.

1.3 La RTT médicale incite les établissements et notamment les établissements de proximité à coopérer.

Depuis le début des années 90, la nécessaire recomposition de l'offre de soins a conduit les établissements à envisager la mise en œuvre de complémentarités. Les pouvoirs publics ont largement favorisé ces évolutions. La loi hospitalière de 1991 comme les ordonnances Juppé de 1996 qui mettaient en place de nouvelles formes de coopération en sont l'illustration.

La coopération apparaissait alors comme une réponse possible à un besoin de santé publique dès lors qu'elle allait dans le sens d'une rationalisation du circuit patient.

Dans un contexte avéré de pénurie de l'offre de soins lié aux évolutions de la démographie médicale et au problème du recrutement médical, la mutualisation des moyens est devenue un enjeu majeur (C.1). Les hôpitaux de proximité notamment y ont vu le moyen de conforter voire de maintenir leur offre de soins (C.2). Enfin, la mise en place de la RTT médicale a achevé de révéler la nécessité des coopérations (C.3).

1.3.1 Pénurie d'offre de soins et coopération.

Il n'existe pas de lien direct entre ARTT médical et coopérations entre établissements. Les coopérations sont souvent bien antérieures à l'ARTT répondant à des motifs de survie, de santé publique ou d'équilibre des niveaux d'activité.

Depuis plusieurs années, la coopération est devenue une exigence pour les établissements pour plusieurs raisons.

D'abord, la coopération est devenue un enjeu majeur de santé publique. Depuis quelques années, l'objectif des pouvoirs publics en matière de recomposition hospitalière est quadruple : prendre en considération les évolutions des techniques médicales et des modes de prise en charge qui conduisent à des réductions des durées d'hospitalisation ; intégrer les exigences démographiques qui créent un déséquilibre croissant entre les besoins de court séjour et les soins de suite de longue durée ; assurer l'égalité à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire ; contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.

Ensuite, la coopération limite les discontinuités de prise en charge et minimise le coût de transaction entre les différentes composantes du système de soins. Ainsi, elle favorise une meilleure prise en charge du patient, plus coordonnée et plus globale.

Et puis, l'hôpital n'est plus un acteur isolé au sein du système de soins. Il doit tenir compte de son environnement. Les projets d'établissement en témoignent, qui doivent composer avec des partenaires nombreux et être en accord avec les exigences de la planification sanitaire, du SROS notamment.

La coopération permet aussi la mutualisation de ressources rares qu'elles soient financières, humaines ou techniques. Or, la rareté des ressources contrarie l'expansion des établissements et met en cause leur autonomie.

Enfin, la coopération peut répondre à un motif de survie quand elle assure le maintien d'un taux d'activité suffisant.

Le contexte actuel, marqué par les évolutions de la démographie médicale, a accru dans les établissements la nécessité des coopérations. Ainsi, la question de la démographie médicale et de l'insuffisance du nombre de praticien dans certaines spécialités plaide pour une conception plus coordonnée de l'offre hospitalière et pour une mutualisation des moyens humains.

Les établissements ont globalement exploité la voie de la coopération. Cette dernière peut ainsi recouvrir des réalités très différentes. Tantôt elle relève de formules institutionnelles qui ont pour effet de créer une nouvelle personne morale, tantôt elle prend la forme de dispositions contractuelles. Tantôt, elle réunit uniquement des structures et des personnes publiques, tantôt elle favorise l'association de structures publiques et privées. Un foisonnement de formules juridiques s'est ainsi fait jour dont

l'utilisation est complexe³⁸: communautés d'établissements de santé (1996), fédérations médicales inter-hospitalières (1999), création de postes à temps partagés, conventions de mise à disposition ou encore vacations de consultations.

Désormais, les pouvoirs publics réfléchissent à de nouvelles formules de coopération favorisant les complémentarités entre le secteur public et le secteur privé. Jusqu'à présent, le groupement de coopération sanitaire était l'unique outil de cette coopération.

Parallèlement, le renforcement de l'articulation hôpital public/médecine de ville est encouragé pour assurer la permanence des soins. Le drame de la canicule de cet été a en effet démontré que les hôpitaux publics et les urgences publiques ne sont pas les seuls concernés.

Or, ces coopérations sont par nature plus ou moins intégrées. Certaines formes de coopération favorisent directement la mutualisation de moyens humains intéressant ainsi les implications de l'ARTT médical.

Ainsi, les établissements de santé peuvent, depuis la loi du 27 juillet 1999 constituer une fédération médicale inter-hospitalière permettant de regrouper les services ou départements. Il s'agit là d'une forme de coopération pouvant être qualifiée d'intégrée. Elle fonctionne en pool commun sur plusieurs sites, ce qui permet d'alléger le rythme des gardes.

La convention est également très répandue dans les relations entre établissements pour formaliser un partage d'activités médicales.

Globalement, la voie de la coopération a donc été très exploitée par les établissements.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) élabore périodiquement un atlas de la recomposition de l'offre de soins. La deuxième édition porte sur la période allant de novembre 1998 à juillet 2000. "Pour les 26 régions, 369 opérations étaient en cours à l'été 2000. L'effort de recomposition concerne principalement des priorités de santé publique: psychiatrie, urgences, périnatalité, traitement du cancer et secteur personnes âgées³⁹.

³⁸ Cf Glossaire des coopérations en annexe 19.

³⁹ cf Rapport de la Cour des Comptes 2002 sur les comptes de la Sécurité Sociale, chapitre VII.

Pourtant, les coopérations restent difficiles à mettre en œuvre. Les raisons à cela tiennent à la diversité juridique des établissements, à la diversité de leur mode de financement et des statuts des personnels médicaux et non médicaux. Elles tiennent aussi à la détermination et à la volonté des acteurs. Les coopérations comme les réseaux reposent avant tout sur des hommes. Ce sont les individus, qui par leur implication font vivre les coopérations. Il n'y a pas de coopération possible sans réelle volonté de coopérer.

1.3.2 Hôpital de proximité et coopération.

Pour un hôpital de proximité, la nécessité de la coopération revêt une dimension toute particulière.

La notion de proximité est chère au citoyen. La perception que ce dernier a de la pathologie à traiter, joue notamment un rôle déterminant dans cette notion de proximité. Ainsi, l'importance accordée à la proximité dépend du niveau technique des soins nécessaires, de leur caractère plus ou moins urgent, ponctuel, grave ou répétitif. Plus l'hospitalisation est technique, unique et brève, plus la pathologie est aiguë, moins le patient hésite à parcourir les kilomètres nécessaires à une hospitalisation offrant les meilleures garanties médicales. En revanche, pour les maladies chroniques, complexes, multifactorielles supposant des hospitalisations prolongées, la proximité géographique est extrêmement importante et devient un critère de qualité en soi pour le patient et son entourage.

Pourtant, «il est illusoire de penser que tous les établissements de santé, donc les petites structures, puissent être en mesure de disposer d'un plateau technique sophistiqué, des mêmes compétences humaines et d'offrir les mêmes prestations de qualité à l'ensemble des patients »⁴⁰. C'est pourquoi l'offre hospitalière suppose la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques (chirurgie, obstétrique, pédiatrie, anesthésie réanimation, imagerie et biologie), capable de garantir à la population des soins de qualité tant pour les soins aigus que pour les soins chroniques.

⁴⁰ cf Ministère de l'emploi et de la Solidarité- commission des comptes de la sécurité sociale- 22 septembre 1998- Dossier de presse- PLFSS 99.

C'est d'ailleurs l'orientation souhaitée dans les « Orientations nationales d'organisations des soins pour la révision des SROS » formulées dans une note à l'attention des Directeurs d'ARH. Ainsi, la note précise que compte tenu des impératifs de sécurité sanitaire et d'une juste répartition des ressources, l'ensemble de la gamme des plateaux techniques ne peut être systématiquement présente sur chaque territoire.

La complémentarité entre établissements hospitaliers à travers notamment la coopération entre les équipes médicales, présente l'avantage de rompre l'isolement, trop souvent constaté des praticiens qui exercent dans les petites structures, tout en renforçant le niveau des prestations offert.

La complémentarité, c'est aussi l'amélioration des filières de soins par la mise en réseau des structures entre elles et en organisant l'articulation avec le secteur ambulatoire.

Dans ce cadre, qualité et proximité ne sont pas forcément antinomiques. Au contraire, elles doivent être conjuguées en fonction des besoins des usagers. Cette alliance entre qualité et proximité conduira à une conception rénovée de l'hôpital, faisant de chacune de ces structures, petites ou grandes, un acteur à part entière d'une prise en charge coordonnée et globale.

Il s'agit à terme d'assurer une répartition harmonieuse de l'offre de soins et de l'inscrire dans la politique d'aménagement du territoire pour mieux répondre aux besoins de santé publique en termes de sécurité et de qualité des soins, au juste coût.

C'est pourquoi l'ensemble des textes réglementaires invitent désormais à dépasser le cadre strict et formel de l'établissement pour envisager une réflexion plus globale en terme de « territoires de santé ». L'hôpital ne doit plus se comprendre comme une entité autonome, fonctionnant indépendamment de son environnement. Il est devenu ces dernières années un des maillons de la chaîne de soins, un des pivots de l'espace de santé dans lequel il se situe. Cette nouvelle donne le conduit à composer avec des partenaires nombreux.

Ainsi, les complémentarités sont pour les hôpitaux de proximité le moyen d'enrichir l'éventail de leur offre, par exemple en passant de gardes polyvalentes à des gardes spécialisées. Elles permettent d'alléger une charge de travail souvent lourde pour les équipes. Enfin, elles contribuent souvent à assurer la sécurité des actes et à répondre ainsi aux exigences réglementaires de présence médicale. Ainsi, la coopération est

souvent pour un hôpital de proximité le seul moyen de répondre aux normes de sécurité imposées par les textes.

En effet, en l'espace de trois ou quatre ans, des textes ont été votés qui imposent une présence médicale plus importante dans certaines activités. De nouvelles normes sont intervenues, élaborées dans un souci de sécurité accrue et qui nécessitent des moyens humains supplémentaires. L'hôpital de proximité est particulièrement concerné. Depuis 1995, un certain nombre de décrets⁴¹ organisent ainsi les activités à risques. Ils précisent les conditions dans lesquelles une présence médicale expérimentée est exigée de manière continue. Ils induisent de nouvelles contraintes d'équipements mais aussi d'organisation des moyens humains. Il s'agit plus particulièrement de l'accueil et du traitement des urgences, de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la réanimation néonatale et de la réanimation.

Ainsi, par exemple, pour l'accueil et le traitement des urgences, la permanence des soins doit être assurée 24 heures sur 24. L'équipe doit bénéficier de la présence d'un psychiatre et être en mesure de faire appel à un médecin spécialiste de la pathologie en cause, si la nécessité l'impose. En outre, les étudiants en médecine, les internes ou les résidents ne sont pas considérés comme faisant partie de l'équipe médicale. Celle-ci est composée exclusivement de PH, d'assistants, d'attachés ou encore de médecins vacataires et ne peut donc faire appel qu'à ce type de statuts pour l'organisation des gardes senior. Il est imposé la présence minimum d'un médecin senior 24 heures sur 24 pour assurer le fonctionnement d'une antenne d'accueil de traitement et d'orientation des urgences.

De même, pour la gynécologie obstétrique, la néonatalogie et la réanimation, la continuité obstétricale et chirurgicale des soins doit être organisée quel que soit le nombre d'accouchements réalisés. Ainsi, pour toute unité d'obstétrique, l'équipe minimale doit être composée d'un gynécologue obstétricien ayant une qualification en chirurgie- ou, à

⁴¹ Décrets n° 95-647 et n°95-648 du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et aux conditions de fonctionnement, modifiés par les décrets n°97-615 et n°97-616 du 30 mai 1997. Décrets n° 98-899 et n°98-900 du 9 octobre 1998 concernant les autorisations nécessaires et les conditions de fonctionnement pour les établissements de santé pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néo-natale. Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail et aux examens pratiqués en néo-natologie et réanimation néo-natale. Décrets n°2002-465 et n°2002 -466 relatifs aux établissements de santé pratiquant la réanimation et aux conditions techniques de fonctionnement.

défaut, d'un PH ayant seulement une compétence obstétricale, dans la mesure où il est secondé par un PH de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement- ainsi qu'un anesthésiste et d'un pédiatre. Lorsque le nombre d'accouchements est inférieur à 1 500, ces personnels peuvent être en astreinte opérationnelle. La présence hors les murs du pédiatre est acceptée si les délais de ralliement⁴² sont compatibles avec l'impératif de sécurité.

Toutes ces nouvelles conditions et contraintes ont des conséquences importantes dans la gestion des ressources humaines. Elles constituent surtout pour les petits hôpitaux un facteur aggravant de la pénurie des professions médicales et du problème de recrutement médical.

1.3.3 RTT médicale et coopération.

Les difficultés entraînées par la démographie médicale ont déjà un effet restructurant qui ne peut que s'accroître avec l'effet de la réduction du temps de travail, de la directive européenne et de la réglementation sur l'organisation du temps de travail.

Selon la circulaire du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers « la RTT entraîne la nécessité de créer ou de libérer du temps médical pour pallier la diminution du temps de travail des praticiens. Ceci doit s'opérer en encourageant les efforts de restructuration globale de l'offre de soins ». Cette restructuration peut intervenir au sein de l'établissement ou entre les établissements.

Ainsi, la mutualisation des moyens médicaux est clairement encouragée pour pallier la diminution du temps médical. Les réorganisations et les coopérations devaient permettre de combler l'écart entre les moyens susceptibles d'être accordés et les besoins.

La circulaire va même plus loin : "Les conséquences de la mise en place de la directive européenne sur le temps de travail, de la réduction du temps de travail et de l'évolution de la démographie médicale, doivent désormais s'analyser à partir des territoires et non

⁴² Délais nécessaires au praticien pour arriver sur place.

strictement des établissements". La logique de territoire se substitue donc à la logique d'établissement. Elle oblige dès lors les établissements à initier des réflexions communes notamment au sein des communautés d'établissements, dans les conférences sanitaires de secteur ainsi que dans le cadre des SROS établis.

Enfin, la circulaire conclut : "Vous tiendrez compte des efforts de rationalisation et de mutualisation des lignes de gardes, au sein des établissements et entre établissements, dans une logique territoriale telle qu'elle résulte de l'étude de pré-impact, et vous veillerez à favoriser l'utilisation de tous les outils juridiques disponibles (création d'établissements publics inter-hospitaliers, fédérations médicales inter-hospitalières, SIH, CGS, conventions...).". Ainsi, les efforts de coopération et de mutualisation deviennent un des critères de l'accompagnement financier qui sera défini.

Et en effet, si la notion de service public hospitalier impose un accès pour tous et partout à des soins de qualité, « garantir un tel service, ne léser personne, tout en installant la RTT induit des recompositions hospitalières et la mise en place de réseaux. De sorte que, « la RTT (...) oblige les professionnels de santé à travailler ensemble sur le terrain pour assurer un maillage de qualité »⁴³

La circulaire introduit également un élément nouveau. Ainsi, elle invite l'ensemble des acteurs sanitaires à passer d'une "logique d'établissement" à une "logique de territoire". Cette idée est d'ailleurs reprise dans une synthèse publiée par la DHOS en mars 2003 et relative à l'implantation et à l'organisation des plateaux techniques⁴⁴. Ainsi, le rapport affirme qu'il n'est plus possible aujourd'hui de raisonner à l'échelle de chaque établissement seulement pour aborder les questions d'accès aux soins et de permanence. C'est à l'échelle des territoires de santé au sein des secteurs sanitaires, et en deçà parfois, qu'il convient d'inscrire l'organisation des soins et de tous ceux qui y concourent. « Doivent ainsi se constituer », selon le rapport, « des espaces d'animation d'un projet médical de territoire », permettant de mutualiser des réponses aux besoins de la population.

Un projet d'ordonnance de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations actuellement en cours d'examen en Conseil d'Etat prévoit ainsi que le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire. L'objectif d'une telle réforme est de

⁴³ Cf Le Quotidien du Médecin du 29 novembre 2001, précité.

⁴⁴ cf Synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques, DHOS, mars 2003.

permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières peuvent se situer si nécessaire «à cheval » sur plusieurs départements ou régions.

Sur chaque territoire sera ainsi développé un projet médical de territoire faisant appel à des coopérations. Ce projet médical de territoire constituera la déclinaison du SROS permettant de décrire, de manière plus détaillée que dans le SROS, les réponses apportées par les acteurs de santé, publics, privés et libéraux pour couvrir les besoins de santé de la population. De sorte que les professions d'une ou plusieurs disciplines qui font face à des difficultés permanentes ou temporaires d'organisation dans plusieurs établissements pourraient se réunir dans un lieu identifié en vue d'apporter des réponses collectives aux besoins de la population.

Pourtant, la mutualisation des moyens est une solution qui comporte des limites à la fois sur le plan technique et en regard de l'aménagement du territoire : délais de parcours pour les équipes et/ou les patients, quantité d'activité déjà importante de certains services.

En outre, en matière de coopération, la RTT est une arme à double tranchant.

D'un côté, elle incite les établissements à la coopération. De l'autre, elle entrave cette coopération. Ainsi, avant la mise en œuvre de la RTT, les gardes effectuées par les praticiens d'un CHU ou d'un CH de référence dans un hôpital de proximité confronté à des problèmes de présence médicale étaient financièrement attractives. En effet, elles correspondaient pour eux à du travail supplémentaire et donc à une rémunération supplémentaire dans la mesure où le temps de travail était illimité et où les gardes ne rentraient pas dans le temps de travail.

Or, depuis l'entrée en vigueur de la RTT et notamment de la directive européenne, le temps de travail est limité à 10 ½ journées par semaine gardes comprises et de surcroît, les praticiens sont soumis à l'obligation du repos compensateur.

Désormais, toute intervention sur le site de proximité correspond donc à du travail en moins au CHU ou au CH de référence. De sorte que la coopération induit un sacrifice de la part du praticien lui-même et aussi de la part de l'établissement qui accepte de le mettre à disposition.

Un récent rapport de l'IGAS⁴⁵ précédemment cité rappelle cet effet contre-productif de l'ARTT sur la coopération : « dans des établissements d'un même secteur ou dans plusieurs services d'un même établissement qui s'étaient organisés pour établir des gardes communes, la mutualisation a pu être remise en cause par certains chefs de service, arguant du fait que leur service pouvait être pénalisé pour son fonctionnement quotidien si un médecin effectuant sa garde dans un autre service ou établissement devait bénéficier de son repos compensateur, mettant ainsi en difficulté leur propre service » .

⁴⁵ cf Rapport de l'IGAS susvisé relatif à la gestion du temps de travail des PH, p.54.

2 TROIS SCENARII POSSIBLES.

La démarche projet dans les faits:

Dans un contexte de limitation des budgets hospitaliers, l'ARTT médical pose la question de l'adaptation technique des organisations hospitalières à une limitation des moyens humains, tout en maintenant la qualité des soins. Pour répondre à cette problématique commune, les établissements ont du réfléchir à des stratégies. Plusieurs d'entre elles pouvaient ainsi être envisagées par les établissements, de la plus fataliste, la redéfinition totale de leurs missions, à la plus optimiste, la recherche de complémentarités pour maintenir à l'identique l'offre de soins, en passant par des solutions intermédiaires comme l'abandon de certaines activités, la recherche d'une optimisation des plateaux techniques hospitaliers ou la demande de moyens supplémentaires.

Chacune de ces solutions ne pouvait être mise en œuvre qu'au terme d'un diagnostic précis de leur situation par les établissements. Une telle analyse repose sur l'examen d'un certain nombre de critères à la fois endogènes et exogènes.

Parmi les critères endogènes pouvant enrichir l'analyse de situation : l'activité de l'établissement - est-elle homogène selon les services ?- ou sa situation financière. Ainsi, si l'activité toute entière d'un établissement est sur le déclin et si sa situation financière est difficile, la redéfinition de ses missions sans doute s'impose. Lorsqu'un ou plusieurs services sont concernés, l'abandon de ces activités mérite alors peut être d'être envisagé.

Parmi les critères exogènes pouvant être retenus : la situation géographique de l'établissement (la distance et la qualité du réseau routier sont des éléments importants pour la réussite d'une stratégie de coopération, par exemple en termes de temps de transfert des patients ou de temps d'intervention d'un praticien) ; l'état de la démographie médicale et de l'offre de soins sur le territoire concerné peuvent également justifier une stratégie par rapport à une autre ; l'état du bâti peut encore peser dans la réflexion. Enfin, l'établissement doit impérativement prendre en compte dans la définition de ses objectifs comme dans le choix de sa stratégie les normes réglementaires qui s'imposent à lui notamment au travers du SROS régional. En effet, l'élaboration du SROS est justement

guidée par la nécessité d'assurer la complémentarité des secteurs hospitaliers public et privé, afin de mieux répondre aux besoins de santé. En la matière en effet, la planification sanitaire joue un rôle majeur. Ainsi, la logique institutionnelle doit parfois être contrainte.

Enfin, toute démarche projet doit pouvoir s'accompagner d'une évaluation de la stratégie mise en œuvre. A cette fin, un certain nombre de critères ont été définis permettant d'élaborer des grilles d'évaluation. Le premier critère retenu a été le rapport coûts/avantages de la stratégie retenue pour les établissements concernés. Ainsi, la réussite d'une coopération est largement dépendante de l'intérêt qu'ont les parties en présence à cette coopération. En effet, au sein des établissements hospitaliers, se trouvent des décideurs. Ces décideurs sont avant tout des individus, économiquement rationnels, dans leurs stratégies institutionnelles comme dans leurs choix personnels.

Le deuxième critère a été le dynamisme des activités ou secteurs concernés par la stratégie. En effet, les notions de productivité et de rentabilité ont depuis longtemps pénétré la sphère publique. L'institution hospitalière ne fait pas exception à la règle. La mise en place prochaine de la tarification à l'activité illustre cette évolution. Pour qu'une coopération soit viable, il faut donc aujourd'hui qu'elle fasse la preuve de sa rentabilité.

Enfin, le dernier critère concerne l'implication des acteurs. Un hôpital est d'abord un lieu de production et de savoir où des individus et des groupes sont réunis pour accomplir des tâches ensemble. Or, l'institution hospitalière fait intervenir plusieurs dizaines de métiers et des acteurs multiples (administratifs, médicaux, para-médicaux, techniques). Chacun de ces acteurs se définit à la fois par des valeurs et un système de croyances mais aussi par des ressources (économiques, sociales, technologiques), par une capacité à agir, une compréhension des phénomènes, des intentions, des projets et des stratégies et enfin par des valeurs morales et une insertion dans un environnement matériel et social⁴⁶. En outre, chaque acteur ou chaque groupe cherche naturellement à faire dominer sa rationalité sur celle des autres et à faire en sorte que, dans une stratégie de coopération par exemple, les termes de l'échange lui soient favorables. D'où la difficulté à fédérer autour d'une même stratégie des acteurs aux rationalités aussi différentes. La réussite d'une stratégie passe par cette capacité.

⁴⁶ cf Pierre André Contandriopoulos, L'hôpital stratège, p.86-87.

Trois terrains d'analyse vont permettre d'illustrer la mise en œuvre d'une telle démarche projet face à un même problème : la réduction du temps de travail médical. Ils sont situés sur les secteurs 1 et 2 de la région Bretagne⁴⁷.

2.1 LANDERNEAU/BREST⁴⁸ : « comment dormir avec un éléphant dans son lit ?⁴⁹ ».

2.1.1 Analyse de situation.

1.1) Situation géographique et qualité du réseau routier.

Le Centre Hospitalier de Landerneau se situe à 20 kilomètres du CHU de Brest et à 40 kilomètres environ du Centre Hospitalier de Morlaix⁵⁰. Le réseau routier est performant et de nature à favoriser les coopérations en termes de transferts de patients et de déplacements des praticiens. Avec le CHU de Brest notamment les conditions géographiques de la coopération sont optimales.

1.2) Démographie médicale du secteur et problème de recrutement médical.

Globalement, sur le secteur 1, la densité médicale par spécialité est inférieure à la moyenne nationale. C'est particulièrement le cas dans les spécialités chirurgicales et gynécologiques⁵¹. La densité médicale à l'hôpital est également inférieure à la densité nationale. Les hôpitaux de proximité sont donc logiquement confrontés à un problème de recrutement médical.

⁴⁷ cf Annexe 12 : carte des secteurs sanitaires bretons.

⁴⁸ cf Annexe 13 : carte du secteur sanitaire n°1.

⁴⁹ Déjà cité à propos de la situation du Canada par rapport aux Etats-Unis

⁵⁰ cf Annexe 13 : carte du secteur sanitaire n°1

⁵¹ Cf Annexe 14 : Les densités d'omnipraticiens et de spécialistes par région.

1.3) Expérience antérieure de la coopération.

Une coopération unit de longue date le CHL au CHU de Brest⁵². Cette coopération est bien antérieure à la mise en œuvre de l' ARTT médical.

C'est le CHL qui a initié cette coopération.

Cette volonté de coopérer répondait à un objectif précis : faire face au problème de la démographie médicale.

- Depuis 1996, le CH de Landerneau est membre fondateur de la communauté d'établissement du secteur sanitaire n°1 et un engagement dans un cadre conventionnel permet une coopération avec le CHU de Brest.

Cette communauté s'est donnée notamment pour objectifs :

- de favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements de moyens qu'elle implique,
- de mettre en œuvre les actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le SROS et son annexe.

- Dans ce cadre, un certain nombre de coopérations ont vu le jour :

- Pour les urgences, un contrat relais existe avec le C.H.R.U c'est-à-dire que les patients relevant de pathologies lourdes sont automatiquement transférés au CHU qui prend alors le relais du CHL.

- Le service de médecine est intégré dans des réseaux avec le C.H.R.U en pneumologie, cardiologie, gastro-entérologie, cancérologie et pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Ainsi, en cardiologie, un PH est mis à disposition du CHL par le CHU de Brest à raison de deux demi-journées par semaine depuis novembre 2001.

⁵² cf Annexe 15 : bilan des coopérations entre le CHL et le CHU de brest – extrait du rapport de gestion 2002 du CHL.

cf aussi Annexe 16 : coopération et recomposition de l'offre de soins en Bretagne en 2000.

- En chirurgie : mise en place de fédérations médicales inter-hospitalières avec les services du C.H.R.U de Brest en chirurgie générale et viscérale d'une part, et en ortho traumatologie d'autre part.

- En gynécologie obstétrique, le CHL est intégré dans le réseau de périnatalité avec le C.H.R.U. En outre, depuis septembre 2001, un poste de PH à temps partagé a été créé entre les deux établissements dans le cadre d'une convention sectorielle d'application de la convention cadre existant entre les établissements.

- En psychiatrie: intégration dans des réseaux avec le C.H.R.U pour des prises en charge spécifiques (conduites addictives, adolescents) et globalement au sein du secteur n°1 dans le cadre d'une fédération intersectorielle. Les praticiens du CHU assiste ainsi ponctuellement le CHL en terme de contribution à la permanence médicale.

Le fonctionnement de ces réseaux est facilité par l'existence de praticiens intervenant sur les deux sites (conventions et postes à temps partagé)

- Le CHL participe à des réseaux de soins thématiques (périnatalité, cardiologie, cancérologie, insuffisance rénale chronique, gérontologie)
- Le projet d'établissement 2002/2006 du CHL comme son Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) mentionne des projets de fédérations médicales inter-hospitalières avec le C.H.R.U de Brest en chirurgie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie.

1.4) Etat de l'offre de soins et bassin de population.

"Outre le Centre Hospitalier de Landerneau lui-même, d'autres établissements sanitaires sont situés sur son bassin d'attraction : la polyclinique Saint Luc à Landerneau, les hôpitaux locaux de Crozon et Lesneven, le CHU de Brest, l'Hôpital d'Instruction des Armées de Brest (HIA) et les cliniques psychiatriques (Pen-An-dalar, l'Iroise et Kerfriden).

De plus, l'offre de soins sur le secteur n°1 se caractérise par une forte concurrence public/privé : clinique de Kéraudren à Brest, clinique Saint Luc à Landerneau.

1.5) Situation budgétaire et activité de l'établissement.

La situation budgétaire du CHL est satisfaisante. Le niveau d'activité est relativement hétérogène selon les services. Si l'activité chirurgicale connaît des ralentissements périodiques et souffre d'une forte concurrence de la clinique voisine, la maternité affiche en moyenne 600 accouchements par an et certains services participent du dynamisme de l'établissement comme la médecine et la psychiatrie.

2.1.2 Problèmes soulevés.

Au vu de ce premier diagnostic, rien n'imposait au CHL, au bâti récemment rénové, d'envisager la redéfinition de ses missions ou l'abandon de certaines de ses activités. Des scénarii extrêmes ont été néanmoins franchement évalués comme la fermeture des urgences la nuit ou la suppression de la garde d'anesthésie avec les conséquences inévitables qu'aurait cette mesure sur les activités de chirurgie ou de gynéco-obstétrique.

Pour faire face à la situation et fort de son expérience en terme de complémentarités, le CHL a donc fait le choix de renforcer sa stratégie de coopération.

Une fois cette stratégie définie, plusieurs possibilités s'offraient au Centre Hospitalier de Landerneau : développer une complémentarité avec la clinique privée toute proche ou choisir de coopérer avec le CHU de Brest. Des tentatives de complémentarité avaient déjà été tentées avec la clinique dans le passé sans qu'elles aient jamais pu aboutir. Aujourd'hui, l'activité de la clinique semblait être devenue trop faible pour constituer un partenariat solide. C'est pourquoi, le CHL s'est d'emblée positionné en faveur d'une coopération plus approfondie avec le CHU.

Une stratégie de complémentarité avec Morlaix n'a jamais réellement été envisagée du moins sous une forme structurelle. Ponctuellement seulement, les deux centres hospitaliers sont amenés à s'apporter une aide en cas de problèmes de suroccupation des lits ou pour assurer à titre provisoire la permanence médicale.

La coopération Landerneau/ Brest – axe prioritaire de la stratégie landernéenne -associe ainsi un hôpital de proximité à un CHU. Une telle alliance n'est pas sans se heurter à des difficultés comme nous le verrons plus loin.

2.1.3 Plan d'action.

a) Stratégie adoptée : le développement des complémentarités.

Le compte rendu de la communauté d'établissements du secteur 1 en date du 26 juin 2002 fait ainsi mention d'un certain nombre de projets en matière de renforcement des complémentarités.

D'une part, en chirurgie générale, la finalisation de la Fédération Médicale Inter-hospitalière est évoquée et la participation de praticiens de Landerneau à la permanence des gardes est envisagée.

D'autre part, en gynécologie-Obstétrique, la mise en place d'une Fédération Médicale Inter-hospitalière reste également envisagée.

b) Une stratégie partagée.

Globalement, cette stratégie de renforcement des complémentarités est soutenue par les deux établissements.

Pour Landerneau, le renforcement des complémentarités doit permettre de "maintenir l'offre d'un plateau technique de niveau 1" et de garantir ainsi l'offre de soins tout en faisant face au problème de la démographie médicale accentué par la RTT médicale.

Pour le CHU, il s'agit de maintenir sur Landerneau une offre de soins qui serait à défaut en partie absorbée par le secteur privé. Cette stratégie répond donc à la volonté de maintenir une offre publique face à l'offre privée dès lors que le CHU n'est pas en mesure de prendre en charge les activités obstétricales et chirurgicales landernéennes.

c) Une stratégie plutôt favorisée

Le ministère et les tutelles oeuvrent pour le développement des coopérations. La mutualisation des moyens est encouragée depuis plusieurs années par les pouvoirs

publics et cette incitation a été renforcée comme nous l'avons vu depuis la mise en œuvre de la RTT médicale.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Bretagne notamment mène en ce domaine une politique résolument volontariste et incitative. Ainsi, les moyens financiers et humains alloués aux établissements sont souvent conditionnés par les efforts qu'ils consentent envers les établissements voisins et leur volonté de prendre en compte leur « étranger proche ».

Les acteurs internes de part et d'autre, à Landerneau comme à Brest ont également favorisé cette collaboration. Les équipes de direction et les équipes médicales concernées sont globalement très impliquées.

Les acteurs externes ont été des éléments moteurs même si la communauté de secteur 1 se réunit épisodiquement et si la communication entre les membres est moins évidente que pour le secteur 2 de Bretagne. Ainsi, les demandes de moyens compensatoires liés à l'ARTT médical comme la répartition de ces moyens se sont effectuées dans le consensus.

Enfin, le président du Conseil d'Administration de Landerneau, également membre de l'Association des Petites Villes de France (APVF) oeuvre pour le développement de l'hôpital dans son secteur sanitaire.

2.1.4 Evaluation

L'ARTT médical n'a pas impulsé la coopération entre le CHL et le CHU. Cette coopération préexistait à la RTT. Pourtant, il a incontestablement joué un rôle d'accélérateur et a favorisé une prise de conscience notamment de la part du CHU.

Globalement, la coopération a avancé même si elle peine à se finaliser dans certains secteurs.

1- Grille d'évaluation : avantages/inconvénients de la coopération ?

	AVANTAGES	INCONVENIENTS
LANDERNEAU	<ul style="list-style-type: none"> -Équipes médicales et sécurité du site confortées notamment en chirurgie et maternité - Gardes soulagées -Préparer le renouvellement des équipes et leur spécialisation -Obtention de moyens supplémentaires au titre de l'ARTT 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de certains praticiens à émarger sur 2 tableaux de garde
BREST	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien d'une offre de soins à Landerneau car impossibilité d'absorber certaines activités à l'heure actuelle notamment la maternité - Souci d'éviter l'absorption de certaines activités par le privé (chirurgie et maternité) -Obtention de moyens supplémentaires au titre de la RTT et renforcement de certaines spécialités comme la chirurgie viscérale. - Possibilité pour les PH brestois de trouver des postes de chefferie de service sur le site voisin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de certains praticiens à émarger sur 2 tableaux de garde

Analyse en terme de pertes et profits :

Les deux établissements tirent profit de la coopération mais à des niveaux différents :

- Le CHL a tout intérêt à la coopération :

- 1) Pour conforter à la fois ses équipes médicales et la sécurité du site
- 2) Pour soulager ses gardes
- 3) L'intervention de jeunes praticiens brestois sur le site de Landerneau permet de préparer le renouvellement et le rajeunissement des équipes en même temps que leur spécialisation. Pour l'heure, deux des trois chirurgiens du CHL sont des chirurgiens polyvalents. Il ne pourra pas en être ainsi à l'avenir.
- 4) L'intervention sur le site de Landerneau de praticiens du CHU apporte une valeur ajoutée non négligeable en termes d'échanges de savoir-faire.
- 5) Au titre du deuxième volet de l'ARTT, une demande commune de praticien à temps partagé permettrait au CHL l'obtention de moyens supplémentaires notamment en chirurgie. L'équipe chirurgicale en serait consolidée.

- Le CHU peut lui aussi trouver des avantages à la coopération :

- 1) Il n'est pas en mesure à l'heure actuelle d'absorber certaines activités éventuellement menacées sur le site de Landerneau comme la maternité ou la chirurgie.
- 2) L'abandon de ces activités renforcerait surtout à l'heure actuelle les établissements privés du secteur. Or, le CHU est soucieux de maintenir l'activité publique.
- 3) Dans le cadre d'une synergie de complémentarité, la coopération avec Landerneau peut laisser espérer au CHU la possibilité de positionner une partie des moyens alloués au titre de la RTT (2ème volet) sur la chirurgie viscérale.
- 4) La coopération avec le CH de proximité peut satisfaire certains praticiens qui veulent exercer un poste de chefferie de service lorsque ceux-ci sont entièrement pourvus au CHU.

Pourtant, la coopération n'a pas que des avantages.

- En ce qui concerne Landerneau :

- 1) Une coopération trop intégrée fait planer le risque d'une fusion juridique entre les deux établissements.
- 2) La coopération crée forcément une dépendance dès lors que les partenaires en présence sont inégaux en taille comme en moyens.

- En ce qui concerne le CHU :

- 1) La valeur ajoutée qu'il retire de la coopération reste très limitée à son échelle.
- 2) Il a déjà son propre dispositif de continuité des soins à assumer suite à la mise en œuvre de l'ARTT médical. Dans ces conditions, la prise en compte de son environnement ne peut intervenir que dans un second temps.

Ainsi, il y a inégalité dans la valeur ajoutée que chacun des établissements retire de la coopération. Si le CHL a largement intérêt à la coopération, le CHU est plus autosuffisant. La mise en œuvre de coopération entre ces deux structures nécessite donc une motivation supplémentaire. Elle suppose de la part des acteurs notamment brestois, une hauteur de vue particulière et une réflexion globale sur l'offre de soins du secteur dépassant leurs intérêts immédiats.

2- Grille d'évaluation : Forces et faiblesses de la coopération.

a- Secteurs.

	FORCES	FAIBLESSES
Médecine	++	
Gynéco-obstétrique	+	-
Chirurgie	+	-
Urgences	++	
Psychiatrie	+	-

b- Acteurs

	FORCES	FAIBLESSES
Personnels médicaux du CHL	++	
Personnels médicaux du CHU	+	-
Personnels de direction du CHL	++	
Personnels de direction du CHU	+	-
Tutelle	++	
Personnalités extérieures	+	

Analyse :

1) La coopération en terme de secteurs

Entre Landerneau et Brest, la coopération est hétérogène selon les spécialités.

En médecine, la coopération fonctionne bien. En cardiologie notamment, elle a atteint son aboutissement cette année. Les anciens attachés sont devenus PH temps partiels.

En gynécologie-obstétrique, le poste de PH à activité partagée a été difficilement pourvu par un praticien hospitalier à temps partagé. Les modalités de travail de ce praticien ont été fixées dans le cadre d'une convention sectorielle d'application de la convention-cadre entre les deux établissements, pour cette spécialité. Le poste a connu une période d'instabilité (trois praticiens successifs). Désormais, le système fonctionne. L'équipe médicale est confortée et la garde soulagée. L'intervention d'un praticien du CHU est enrichissante pour l'équipe landernéenne en terme de échanges d'expérience quant aux techniques et aux pratiques médicales. Pourtant, il est difficile d'émarger à deux tableaux de garde et une telle organisation de travail est très difficile à gérer.

C'est pourquoi, la fédération des deux équipes landernéenne et brestoïse a été envisagée. La permanence des soins à Landerneau reposerait ainsi sur une équipe plutôt que sur un seul praticien et l'organisation en serait assouplie. Les médecins landernéens sont d'ores et déjà convaincus de cette nécessité. Les responsables brestoïses administratifs et médicaux aussi car le CHU est bien conscient qu'il ne peut à l'heure actuelle absorber les 600 accouchements pratiqués annuellement à Landerneau. Dès lors cette activité serait en partie absorbée par la clinique privée de Keraudren.

Pourtant, les autres praticiens du CHU ne sont pas favorables à la fédération et ne voient pas l'intérêt d'intervenir sur le site de Landerneau. Il appartient selon eux aux patients de se déplacer à Brest.

Ainsi, à l'heure d'aujourd'hui, la charte et le projet de fédération médicale inter-hospitalière en gynécologie-obstétrique ont été approuvés par les instances de Landerneau, mais ne sont pas encore passés en Commission Médicale d'Etablissement (CME) à Brest en raison du veto émis par les anesthésistes et pédiatres brestoïses.

En chirurgie, l'ARTT médical a incontestablement joué un rôle d'accélérateur. A Landerneau, la chirurgie est une spécialité sensible, directement menacée dans son activité par le poids de la clinique Saint LUC toute proche. Cette spécialité reste pourtant essentielle et nécessaire pour maintenir la maternité et ses 600 accouchements annuels. Dans ce domaine encore, le CHU a fini par admettre l'intérêt qu'il avait à la coopération. D'une part, la fin de la chirurgie à Landerneau signifierait le transfert de cette clientèle au secteur privé. D'autre part, le service de chirurgie viscéral à Brest est relativement mal doté et le CHU a compris l'intérêt qu'il aurait à coopérer avec Landerneau pour obtenir

des moyens nouveaux. C'est pourquoi, il est prévu qu'au titre du deuxième volet de l'ARTT médical, le CHU et le CHL sollicitent la création d'un poste à temps partagé en chirurgie viscérale.

De sorte que chaque établissement a compris les avantages qu'il pouvait tirer de la coopération. Pour le CHU, il s'agit de compléter et de conforter son équipe. Pour le CHL, la coopération est le moyen de sécuriser la chirurgie, d'étayer l'équipe et surtout de préparer son renouvellement en passant de chirurgiens polyvalents à des chirurgiens spécialisés avec à terme une double astreinte en orthopédique et en viscéral.

2) La coopération en terme d'acteurs.

La coopération entre Landerneau et Brest comme toute coopération repose avant tout sur les hommes.

Globalement, l'implication des acteurs est différente à Landerneau et à Brest.

- en ce qui concerne les personnels médicaux :

Les personnels médicaux à Landerneau sont globalement très impliqués dans la coopération et incontestablement convaincus de sa nécessité dès lors que de cette complémentarité dépend la survie de nombreuses activités. S'ajoute à ce constat une importante dimension affective. Les praticiens landernéens sont profondément attachés à l'hôpital et souhaitent faire vivre son activité.

Au sein des praticiens brestois, les avis sont très partagés. En gynécologie –obstétrique, par exemple, le responsable brestois du service est favorable au renforcement de la complémentarité et à la mise en place de la fédération médicale inter-hospitalière mais comme nous l'avons vu les autres praticiens concernés y sont opposés.

- en ce qui concerne les personnels de direction :

A Landerneau, ils oeuvrent depuis de longues années pour le développement des coopérations.

A Brest, la réaction est forcément plus lente dès lors que l'intérêt du CHU est moins prégnant mais la volonté est néanmoins présente.

3) Les spécificités de la coopération avec un CHU

Pour un hôpital de proximité, la coopération avec un CHU est incontestablement plus difficile qu'avec tout autre établissement.

D'abord, la différence de taille est une difficulté majeure. Le CHU de Brest, tous sites confondus, compte 2 111 lits. Le Centre Hospitalier de Landerneau en compte 529. Comme nous l'avons vu, il y a forcément inégalité dans la valeur ajoutée que chacun des établissements va retirer de la coopération.

Certes, un CHU peut être confronté à des difficultés financières comme un petit hôpital. Pourtant, ces difficultés ne sont pas de nature à remettre en cause sa légitimité et sa place au sein du panorama sanitaire. A contrario, pour un hôpital de proximité une situation budgétaire périlleuse pourra constituer le couperet final.

Le CHU s'appuie en réalité sur un capital symbolique supérieur et particulier même si tout hôpital bénéficie d'un capital symbolique aux yeux de la population.

Comme pôle de santé mais aussi de recherche et d'enseignement, il s'appuie aussi sur d'importantes ressources à la fois techniques, technologiques et humaines.

Ensuite, attractif par nature, le CHU n'est pas confronté au problème du recrutement médical.

Enfin, en tant que pôle de référence du secteur, le CHU est très sollicité en terme de coopération. Sur le secteur 1, le CH de Landerneau est ainsi en concurrence avec Morlaix et l'hôpital d'Instruction des Armées de Brest (HIA)⁵³ Il existe également de nombreuses conventions reliant le CHU de Brest avec le secteur privé (clinique de Pen An Dalar, convention cadre avec le groupe Pasteur, contrat-relais urgences, réseau périnatalité, oncologie, insuffisance rénale chronique...).

En un mot, le CHU est relativement autosuffisant. Il peut trouver des intérêts à coopérer mais a peu de points communs avec un hôpital de proximité sinon la volonté de répondre à des besoins de santé publique ou d'aménagement équilibré du territoire. Une telle démarche suppose néanmoins de dépasser son intérêt particulier.

Et puis, toute coopération avec un CHU se heurte à un problème majeur : le statut de ses personnels. Le personnel médical du CHU se compose pour partie de Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers (PUPH). Ces PUPH ont d'autres missions que le service public hospitalier. Ils sont pour moitié hospitaliers, pour moitié enseignants. Cette

⁵³ cf Annexe 17 : permanence médicale : état des coopérations (document interne à la communauté de secteur 1).

moitié de temps, il semble impossible qu'ils la partagent encore entre le CHU et un autre établissement.

De plus, le PUPH est un salarié de l'Education Nationale, qui reçoit une indemnité hospitalière. Toute convention passée pour partager son activité hospitalière est donc soumise à approbation du doyen des universités.

De sorte que toute convention partagée est difficile avec un PUPH et que seuls les praticiens hospitaliers des CHU peuvent faire l'objet d'un temps partagé. Or, cet élément limite inévitablement les possibilités de coopération.

Dès lors, toute coopération entre un CHU et un hôpital de proximité suppose une volonté particulière de dépasser l'intérêt propre des parties pour atteindre un intérêt supérieur, une forme d'intérêt général. Cet intérêt général peut correspondre à des impératifs de santé publique ou d'aménagement du territoire. Peu ou prou et au-delà des difficultés qu'elle laisse percevoir la coopération Landerneau/Brest œuvre en ce sens.

2.2 DOUARNENEZ/ QUIMPER⁵⁴: une coopération accélérée par la RTT mais pour quelle finalité ?

2.2.1 Analyse de situation.

a) Distance géographique et qualité du réseau routier.

Le Centre Hospitalier de Douarnenez est situé à 25 kilomètres du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille. Le réseau routier est satisfaisant et facilite les interventions entre les deux sites (vacations de médecins, gardes sur place, transferts de patients).

b) Démographie médicale du secteur et problème de recrutement médical.

Sur le secteur sanitaire n°2, la densité médicale globale est inférieure à la densité nationale dans toutes les disciplines hors psychiatrie⁵⁵. La densité médicale à l'hôpital est inférieure également à la densité nationale.

⁵⁴ cf Annexe 18 carte du secteur sanitaire n°2.

⁵⁵ cf Annexe 14 : Les densités d'omnipraticiens et de spécialistes par région

Comme l'ensemble des hôpitaux de proximité, le Centre Hospitalier de Douarnenez est confronté au problème du recrutement médical en raison notamment du manque d'attractivité de son plateau technique et malgré sa situation en bord de mer.

Pourtant, le Centre Hospitalier de Douarnenez n'a jamais hésité à faire le choix de la réorganisation interne. Ainsi, le protocole de 1999 a organisé la fermeture de la maternité contre un soutien à la chirurgie.

c) Expérience antérieure de la coopération.

Avant même la mise en œuvre de la RTT médicale, les Centres Hospitaliers de Quimper et de Douarnenez avaient une longue expérience de la coopération. Plusieurs conventions avaient ainsi vu le jour :

- Depuis le 17 mars 1994, une convention existe entre les deux établissements pour organiser conjointement dans leur zone d'attraction respective la prise en charge des patients relevant de l'urologie adulte et infantile.

- Depuis le 28 octobre 1996, convention pour organiser conjointement dans leur zone d'attraction réunie la prise en charge des patients relevant de l'ophtalmologie.

- Depuis le 1er novembre 1997, convention pour organiser conjointement dans leur zone d'attraction respective la prise en charge des patients relevant de l'activité de neurologie.

- Depuis le 1^{er} novembre 1997, convention pour l'ouverture de consultation avancées de cancérologie au CH de Douarnenez dans le cadre du réseau de cancérologie.

- Depuis le 31 janvier 2001, convention relative à l'activité d'anesthésie.

- Depuis le 31 janvier 2001, convention pour l'organisation d'une activité partagée de chirurgie.

d) Situation de l'offre sanitaire sur le secteur/bassin de population.

Le secteur 2 se compose de quatre établissements publics dont trois à vocation généraliste (CH de Cornouaille Quimper-Concarneau ; CH de Douarnenez ; CH de Carhaix) et un à vocation spécialisée (CHS Gourmelen-Quimper), et d'un établissement généraliste à statut privé participant au service public(Hôtel-Dieu de Pont-L'Abbé).

L'offre de soins sur le secteur n°2 a déjà été largement restructurée notamment depuis la fusion Quimper/Concarneau.

Ainsi, suite à la fermeture des maternités de Concarneau (1991), Douarnenez (1999) et Pont L'Abbé (2001), il n'y a plus qu'une seule maternité en secteur public sur le secteur : celle de Quimper.

La chirurgie a également été restructurée. Le bloc opératoire du CH de Douarnenez ferme à 18H30 et un système de gardes chirurgicales communes CHDZ-CHIC prend le relais.

D'où une large concentration des effectifs médicaux au CHIC.

2.2.2 Problèmes soulevés

Une fois ce diagnostic élaboré, le CHDZ pouvait fixer ses objectifs et définir une stratégie. L'état de l'offre de soins sur le secteur lui laissait en fait très peu de marges de manœuvre. La restructuration poussée de l'offre de soins sur le secteur impose le CHIC comme interlocuteur unique. L'expérience déjà ancienne en terme de coopération qui unit les deux établissements renforçait l'évidence.

Le CHDZ a déjà fait dans les années 90 des efforts en acceptant de renoncer à sa maternité.

D'où le choix d'un renforcement de la coopération avec le CHIC.

2.2.3 Plan d'action.

a) La stratégie adoptée : le renforcement des complémentarités.

Le protocole de coopération de mai 2002⁵⁶ entre le Centre Hospitalier de Cornouaille et le Centre Hospitalier de Douarnenez qui remplace et renforce certaines conventions antérieures en est une première illustration. Ce protocole définit des complémentarités et leur mise en œuvre dans les domaines de la chirurgie, de l'anesthésie réanimation et du SMUR. Négocié bien avant la mise en œuvre de la RTT, celui-ci en a renforcé la nécessité. Ce protocole prévoit :

- Un fonctionnement de l'antenne SMUR du Centre Hospitalier de Douarnenez 24H/24H. L'antenne SMUR du Centre Hospitalier de Douarnenez, gérée par le département Urgences-SMUR du CHIC, constitue une 5^{ème} ligne de garde opérationnelle 24H /24H à la date de la signature du protocole.
- Pour l'anesthésie réanimation : un fonctionnement en fédération qui devrait aboutir à une équipe d'anesthésie commune à Quimper et Douarnenez, Douarnenez devenant la 5^{ème} ligne d'anesthésie du CHIC.
- Pour la chirurgie (orthopédique et viscérale) : une organisation d'approche fédérative avec dans chacune des disciplines un tableau de service mentionnant les temps de présence, d'intervention en bloc opératoire et de consultation externe.
- En urologie, le protocole prévoit une organisation avec un tableau de service mentionnant les temps de présence, d'intervention en bloc opératoire et de consultations externes. Cette organisation garantirait un recours urologique permanent sur le site de Douarnenez.
- En ophtalmologie, il prévoit une organisation d'approche fédérative avec un tableau de service mentionnant les temps de présence, d'intervention en bloc opératoire et de consultation externe, établi conjointement par les praticiens de Douarnenez et ceux du CHIC, afin d'assurer la prise en charge au CH de Douarnenez des pathologies relevant de leur spécialisation.

A terme, on devrait aboutir à une centralisation des gardes sur le site du CHIC.

L'annexe au protocole précise les modalités d'organisation et d'indemnisation des services de garde ainsi que de mise en place du repos de sécurité prévues par l'arrêté du 14 septembre 2001.

⁵⁶ Cf Annexe 19 protocole de coopération entre le centre Hospitalier de Cornouaille et le centre Hospitalier de Douarnenez SMUR-Chirurgie-Anesthésie réanimation Mai 2002 et son annexe pour la chirurgie et l'anesthésie.

Elle prévoit l'élaboration, pour chaque discipline concernée par le protocole d'un tableau mensuel général de service prévoyant les temps de présence des praticiens sur les deux sites en service normal et en garde. La bonne continuité des soins repose ainsi sur la concertation et la bonne coordination des équipes.

L'annexe prévoit également la constitution d'une commission des gardes et astreintes communes aux deux établissements.

La deuxième illustration de cette volonté de renforcement des complémentarités est la demande formulée en commun de postes de compensation dans le cadre de la communauté de secteur ⁵⁷.

b) Une stratégie partagée

Cette complémentarité est le résultat d'une stratégie commune :

La stratégie de Douarnenez est la suivante : accentuer la complémentarité avec le CHIC pour maintenir l'offre de soins et l'attractivité des postes.

De son côté, le CHIC a bien vu les bénéfices qu'il pouvait tirer de la complémentarité pour résoudre son problème récurrent de suroccupation.

La coopération Quimper/Douarnenez répond véritablement à sa définition dès lors qu'elle intervient dans les deux sens : vacation de praticiens du CHIC sur le site de Douarnenez et participation des praticiens de Douarnenez aux gardes et astreintes du CHIC.

La prise de gardes au CHIC est une demande des praticiens de Douarnenez eux-mêmes, soucieux de maintenir leurs compétences. Les jeunes praticiens aiment travailler dans des équipes étoffées qui garantissent une meilleure qualité de travail. En outre, la possibilité d'intervenir au CHIC rend les postes à Douarnenez attractifs. C'est pourquoi la

⁵⁷ cf Annexe 20 :

création de postes à temps partagés a toujours été favorisée par Douarnenez, bien avant la RTT médicale.

c) Une stratégie favorisée

Le ministère et les tutelles encouragent depuis plusieurs années la mutualisation des moyens entre établissements. Cette incitation a été renforcée depuis la mise en œuvre de la RTT médicale.

La position de l'ARH en la matière a déjà été soulignée dans l'exemple précédent.

Les acteurs internes, équipes de direction comme équipes médicales, sont également très impliqués.

La communication au sein de la communauté de secteur 2 fonctionne bien et favorise la réalisation de ces complémentarités. La demande formulée en commun de moyens compensatoires dans le cadre de l'ARTT médical en est une illustration.

2.2.4 Evaluation.

Ainsi, il apparaît que l'ARTT médical n'a pas impulsé la coopération entre Quimper et Douarnenez. Il n'en reste pas moins qu'elle a joué un rôle d'accélérateur notamment dans la mutualisation des gardes.

En outre, on peut réellement parler entre Quimper et Douarnenez de véritable « coopération » dans la mesure où on observe un partage des équipes d'un côté comme de l'autre.

Globalement, la coopération est jugée satisfaisante par l'ensemble des acteurs.

a- Grille d'évaluation : avantages/inconvénients de la coopération ?

	AVANTAGES	INCONVENIENTS
DOUARNENEZ	<ul style="list-style-type: none"> -Plus aucun poste vacant -Recrutement de jeunes praticiens -Partage des gardes - Possibilité de passer de gardes généralistes à des gardes spécialisées -Augmentation des compétences -La sécurité du site de Douarnenez est assurée -Possibilité d'obtenir des postes supplémentaires par la mutualisation 	<ul style="list-style-type: none"> -Création d'une certaine dépendance vis-à-vis de Quimper -Coût financier
QUIMPER	<ul style="list-style-type: none"> -Partage des gardes -Désengorgement des services du CHIC -Satisfaction de la tutelle -Possibilité d'obtenir des postes supplémentaires par la mutualisation -Préservation d'un potentiel de recrutement 	<ul style="list-style-type: none"> -Coût financier - L'incitation au multisite peut être un frein au recrutement + risque de déstabilisation des équipes

Analyse en terme de pertes et profits :

Les deux établissements tirent profit de la coopération :

- En ce qui concerne Douarnenez :

1) Tous les postes sont désormais pourvus. En effet, le recrutement de praticiens à temps partagé accroît l'attractivité des postes de Douarnenez. Les praticiens ont la possibilité d'intervenir sur le site de Quimper. Dès lors, ils accèdent au plateau technique du CHIC et s'intègrent au sein d'équipes étoffées et performantes. Cela leur permet de diversifier leur

activité et de maintenir leurs compétences. Le protocole de coopération signé en mai 2002, affirme ainsi clairement pour objectif : « d'assurer la pérennité du personnel médical, gage indispensable de ce fonctionnement chirurgical, en garantissant aux praticiens de ces disciplines dans les deux établissements, une égalité de statut leur ouvrant la possibilité, sur la base d'un engagement personnel en ce qui concerne la chirurgie et dans le cadre de la fédération en anesthésie de réaliser sur les deux sites, une activité de consultations et d'interventions chirurgicales et d'anesthésie »⁵⁸.

2) Pour les mêmes raisons, Douarnenez recrute désormais de jeunes praticiens. Sans la possibilité d'intervenir sur le site de Quimper, ces derniers auraient peut être refusé de se cantonner à une certaine typologie d'actes sur le site de Douarnenez.

3) L'intervention sur le site de Quimper garantit aux praticiens de Douarnenez le maintien d'un haut niveau de compétences.

4) La coopération assure un meilleur partage des gardes. La mise en place d'équipes uniques permet d'étoffer le roulement. Les praticiens qui acceptent aujourd'hui de faire fonctionner une garde à deux ou à trois sont de plus en plus rares.

5) Par la même occasion, la sécurité du site de Douarnenez est assurée puisque les équipes uniques permettent de garantir l'exercice d'une garde sur place sur le site de Douarnenez et de satisfaire aux normes minimales en terme de présence médicale. Ainsi, dans le cadre de la RTT médicale, deux postes d'anesthésistes et une garde sur place ont été obtenus. La sécurité anesthésique sur le site de Douarnenez est donc assurée. Or, quand l'anesthésie est menacée, c'est la chirurgie qui est elle-même en question.

6) En outre, la mise en commun des équipes a permis à Douarnenez de passer de gardes généralistes à des gardes spécialisées. Or, cette évolution répond aux attentes de la population en matière de qualité des soins. Elle n'était possible que par le regroupement des effectifs médicaux.

7) Enfin, la coopération s'est révélée un atout pour Douarnenez dans la mesure où le centre hospitalier a obtenu plus de postes au titre de la RTT médicale en choisissant de grouper ses demandes avec Quimper plutôt que s'il avait sollicité des postes pour lui tout seul.

⁵⁸ cf Protocole en annexe 18.

- En ce qui concerne Quimper :

1) Les services du CHIC profitent aussi de la mise en commun des gardes puisque les effectifs de Douarnenez viennent compléter les équipes quimpéroises. Le roulement est donc assoupli.

2) La collaboration au maintien des services actifs de Douarnenez assure également le désengorgement des services de Quimper. En effet, le CHIC a toujours du faire face à un important problème de suroccupation. Cette problématique n'a fait que s'accroître au gré des restructurations de l'offre de soins qui ont caractérisé le secteur (fusion avec Concarneau et disparition de ses services actifs, fermeture des maternités de Pont-l'Abbé et Douarnenez).

3) La politique de coopération active menée par le CHIC satisfait la tutelle qui a toujours favorisé ces mouvements.

4) Au titre de la RTT, la coopération entre Quimper et Douarnenez a assuré à Quimper l'obtention d'un certain nombre de postes supplémentaires dans la mesure où la mutualisation des moyens avait largement été encouragée et admise comme un élément à prendre en compte dans la répartition des moyens de compensation.

De sorte que les deux établissements ont vu l'intérêt qu'ils pouvaient trouver à la coopération.

Pour autant, la coopération engendre aussi certains inconvénients.

- Pour Douarnenez :

1) La création d'une certaine dépendance vis-à-vis de Quimper. En outre, la fusion des équipes de garde n'est pas sans ambiguïté et laisse forcément envisager l'éventualité d'une fusion plus totale.

2) En outre, la coopération a un coût et l'engagement financier de Douarnenez est assez lourd pour un établissement de cette taille.

- Pour Quimper :

1) La logique d'intervention multi site peut être un frein à la motivation de certains praticiens et par la même un frein au recrutement.

2) En outre, pour Quimper aussi, la coopération a un coût non négligeable.

b- Grille d'évaluation : Forces et faiblesses de la coopération

.a- Secteurs

	FORCES	FAIBLESSES
SMUR	++	
Chirurgie orthopédique	++	
Chirurgie viscérale		-
Chirurgie urologique	++	
Ophtalmologie	+	
Cardiologie	+	
Anesthésie-Réanimation	++	

c- Acteurs

	Forces	Faiblesses
Personnels médicaux du CHDZ	++	
Personnels médicaux du CHIC	+	-
Personnels de direction du CHDZ	++	
Personnels médicaux du CHIC	+	-
Tutelle	++	

b) Analyse.

1) La coopération selon les spécialités.

La coopération Douarnenez/Quimper est hétérogène selon les spécialités.

La complémentarité en SMUR est aboutie puisque l'antenne SMUR du CHDZ est désormais gérée par le département URGENCES-SMUR du CHIC et constitue une 5^{ème} ligne de garde 24H/24H.. Cette complémentarité répond à la problématique de recrutement de médecins urgentistes.

La coopération fonctionne aussi très bien en chirurgie orthopédique sur la base d'une organisation en journées : du lundi au vendredi de 8H30 à 18H30 et le samedi de 8H30 à 13H30 hors jours fériés. En dehors de ces plages horaires, le bloc est fermé et les urgences sont transportées au CHIC.

La chirurgie viscérale est organisée sur le même principe mais fonctionne moins bien en raison d'un investissement personnel moindre des praticiens du CHIC.

La coopération est jugée satisfaisante en chirurgie urologique. Ici encore, l'activité est organisée en journées.

En ophtalmologie, l'organisation d'approche fédérative doit inclure Carhaix. Le CHDZ est confirmé comme principal site opératoire de référence du secteur sanitaire n°2 en chirurgie ophtalmologique en compatibilité avec les prescription du SROSS.

L'anesthésie-réanimation est organisée en fédération. En effet, la création de postes à temps partagé en anesthésie entre Quimper et Douarnenez n'avait pas constitué une réponse satisfaisante à la problématique du recrutement. En outre, cette formule maintenait des conditions de travail différenciées, sources potentielles de conflits au sein de l'équipe. Dès lors, la mise en place d'une fédération inter-sites, couplée à l'instauration d'une garde sur place à Douarnenez permet à la fois d'uniformiser les conditions de travail dans un souci d'amélioration de la qualité et d'assurer sur les deux sites la même sécurité anesthésique.

Douarnenez devient ainsi la 5^{ème} ligne de garde du CHIC en anesthésie.

2) La coopération selon les acteurs.

Paradoxalement, en ce domaine, les forces de la coopération sont aussi ses faiblesses.

- Ainsi, en ce qui concerne les personnels médicaux : globalement, ils sont très impliqués dans la coopération et contribuent à sa réussite. C'est vrai notamment dans le domaine de la chirurgie-orthopédique. Pourtant, l'implication des personnels médicaux reste hétérogène. Ce qui est vrai pour l'orthopédique ne l'est pas pour le viscéral.

En ce sens, la complémentarité Douarnenez/Quimper comme la coopération Landerneau/Brest et comme toute complémentarité d'ailleurs repose avant tout sur les hommes.

De fait, elle évoluera au gré du renouvellement des équipes, de leur motivation et de leur implication. Ainsi, si elle repose sur les hommes, la coopération dépend aussi d'eux.

Car comme le fait très justement remarquer Alain DANIEL, Directeur Général du CH de Douarnenez, nul ne peut obliger un médecin à soutenir et faire vivre une convention de coopération. Rien ne peut l'obliger à opérer ou à créer une clientèle, à mettre sa notoriété au service de Douarnenez.

Or, les acteurs médicaux impliqués dans la coopération appartiennent tous à la même génération. Les présidents de CME à Quimper et Douarnenez appartiennent à la même génération : une génération où le poids de la vocation reste important et où l'attachement à l'hôpital public ne se monnaie pas.

- De même, en ce qui concerne les personnels de direction : sur les deux sites, ils se réjouissent de la réussite de cette coopération. Pourtant, lorsqu'on évoque l'avenir de cette coopération, les avis divergent.

Ici se révèlent les jeux d'acteurs inhérents à toute complémentarité.

A Douarnenez, la complémentarité est perçue comme un système fragile mais viable et justifié pour que Douarnenez maintienne son offre de soins de niveau 1.

A Quimper, si la coopération n'est pas remise en cause à court terme ; à long terme, c'est l'existence même du site de Douarnenez qui est discutée. La complémentarité avec Douarnenez est jugée aboutie mais à quel prix ? et surtout à quel coût ? et pour quel avenir ?

L'essence même de la coopération est alors mise en question : finalité ou simple fusil à deux coups. On évoque ainsi l'exemple de Concarneau. L'annonce de la fusion avec Quimper qui annonçait la fermeture de l'essentiel des services actifs avait ainsi généré une levée de boucliers. Pourtant, dix ans plus tard, la qualité de l'offre sanitaire sur le secteur ne s'en est pas ressentie. Or, le bassin de population Concarneau représentait deux fois celui de Douarnenez. Dès lors comment ne pas envisager le même scénario à Douarnenez ?.

3) Coopérer avec un CH de référence.

Le Centre Hospitalier de Cornouaille comprend 1 100 lits.

Le Centre Hospitalier de Douarnenez est un établissement de 416 lits.

La coopération avec un CH de référence pose moins de problèmes qu'avec un CHU et à ce titre la difficulté est moindre pour Douarnenez que pour Landerneau. Les différences en terme de taille et de compétences développées sont moins importantes. De même, le CHIC n'est pas autosuffisant, il ne peut se permettre d'ignorer les établissements environnants. Notamment le problème de suroccupation des lits, auquel il est régulièrement confronté le fragilise.

Pour autant, suite aux restructurations successives intervenues sur le secteur 2, le CHIC reste le seul pôle d'importance, et à ce titre, il est fortement sollicité par l'ensemble des établissements environnants public ou privés (Carhaix, Pont L'Abbé, clinique Saint Michel-Sainte Anne). Cette configuration complique la stratégie de Douarnenez et confère au CHIC des marges de négociation.

Pour autant et sous réserve des évolutions qu'elle peut préfigurer la stratégie de coopération qui associe les centre Hospitaliers de Douarnenez et Quimper apparaît aux yeux des autorités de tutelle comme l'une des plus abouties au niveau régional.

2.3 CARHAIX: un "extrême isolement".

2.3.1 Analyse de situation.

Le Centre Hospitalier de Carhaix compte 440 lits.

a) Distance géographique et qualité du réseau routier.

Le Centre Hospitalier de Carhaix est éloigné géographiquement (au sens de la durée nécessaire en temps de déplacement) des établissements de plus grande importance les plus proches (CH de Cornouaille dans le cadre communautaire- CH de Morlaix et CHU de Brest implantés dans le secteur 1). A ce titre, la problématique de l'hôpital de Carhaix reflète la problématique d'isolement géographique du centre Bretagne en général.

Le réseau routier est difficile sur certaines portions et ne facilite pas les possibilités de coopération en terme de délais d'intervention et de transfert de patient. En outre, il est de nature à décourager une activité multi-site.

b) Démographie médicale du secteur et problème de recrutement médical.

Le Centre Hospitalier de Carhaix est un hôpital de proximité confronté au problème du recrutement médical et de la démographie médicale. Situé sur le secteur 2, il fait face aux mêmes problèmes que Douarnenez en terme de démographie médicale. Le problème du recrutement est cependant renforcé à Carhaix en raison de l'éloignement géographique de l'établissement.

Enfin, le CH de Carhaix est victime, comme l'ensemble des hôpitaux de proximité, du manque d'attractivité de son plateau technique. Ainsi, un praticien exerçant seulement à Carhaix se verrait cantonné à une certaine typologie d'actes.

De sorte que sur les cinq postes d'urgentistes, deux seuls sont pourvus. De même, sur les quatre postes d'anesthésistes, deux seuls sont pourvus. Et cela malgré les

dispositions liées aux postes prioritaires qui favorisent théoriquement l'attractivité de ces postes.

La situation de l'établissement est aujourd'hui préoccupante en terme de sécurité sanitaire.

L'idéal pour Carhaix, résiderait dans la possibilité telle qu'elle existe à Douarnenez pour les praticiens de pouvoir intervenir ailleurs.

c) Expérience antérieure de la coopération.

Le CH de Carhaix a une faible expérience de la coopération pour les raisons indiquées précédemment.

d) Situation de l'offre sanitaire sur le secteur et caractéristiques du bassin de population.

L'isolement de Carhaix sur son bassin d'attraction et l'absence d'offre de soin alternative rend nécessaire son maintien sur le secteur ne serait-ce que pour des exigences d'aménagement du territoire.

La population est peu dense comme sur l'ensemble du centre Bretagne. Le Centre Hospitalier est situé en secteur rural, ce qui explique l'éloignement des grandes villes.

2.3.2 Problèmes soulevés.

Isolé géographiquement et confronté aux difficultés liées à la mise en place de la RTT médicale, Carhaix joue clairement son avenir : comment maintenir l'offre de soins nécessaire malgré la difficulté de coopération et dans le respect des normes en pourvoyant les postes médicaux nécessaires ?

Le problème de Carhaix réside dans un paradoxe. Son isolement rend nécessaire son maintien pour des raisons de santé publique et d'aménagement du territoire. Or, ce même isolement est un frein à la mise en place de coopérations telles que celles qui existent entre Douarnenez et Quimper.

Dès lors, comme dans les exemples précédents, plusieurs objectifs pouvaient être envisagés par l'établissement : redéfinir les missions de l'hôpital, abandonner certaines activités, solliciter un renforcement des moyens, pérenniser l'institution et maintenir l'offre de soins.

Là encore c'est ce dernier scénario qui a été retenu avec comme moyen d'action la recherche de complémentarités.

Pourtant, le rapport de l'IGAS déjà cité affirmait : « A terme, le seul espoir d'une petite ville, isolée par des conditions géographiques et climatiques peu favorables, n'est pas de garder sa maternité ou sa chirurgie, même si sa population y est attachée pour des raisons compréhensibles – car le niveau d'activité ne permettra jamais une qualité optimale – mais d'avoir un accueil d'urgence bien équipé afin que le patient puisse être conditionné dans de bonnes conditions et transporté d'urgence, par hélicoptère ou par la route, vers un établissement adapté ».

Dès lors que la stratégie de l'hôpital de Carhaix était établie : promouvoir les complémentarités, une question restait entière : avec qui coopérer ?

2.3.3 Plan d'action

a) Stratégie adoptée : la recherche de complémentarités et la diversification.

Comme Douarnenez, Carhaix a tenté pour maintenir son activité de développer des complémentarités.

A Carhaix, l'effectif médical permet d'assurer le fonctionnement de jour. La contrainte pèse sur l'exercice de garde. A ce titre, le recours à des moyens externes à l'établissement porterait sur environ 50 plages de gardes qui devraient être prises sur place.

En ce qui concerne l'anesthésie, Carhaix sollicitait au titre de l'ARTT médical une participation à la garde à hauteur de 150 plages par an (150 plages de garde sur place correspondent à un temps médical d'environ un ETP). Or, le fonctionnement des services de chirurgie et de gynécologie-obstétrique à Carhaix est étroitement lié au devenir du service d'anesthésie. C'est la fameuse "théorie des dominos". Sans anesthésie, un établissement ne peut pas maintenir son service de chirurgie et sans chirurgie, c'est la maternité qui devient menacée.

Le CH de Carhaix a fait appel aux établissements environnants même au-delà de son secteur.

Il a ainsi tenté de développer des coopérations avec le CHIC, avec le CH de Morlaix et avec le CHU de Brest.

Les trois établissements ont été contactés par Carhaix pour conforter sa maternité. En ce domaine, Carhaix était confronté à deux difficultés : le recrutement et la stabilisation des praticiens sur le site d'une part ; la nécessité de dégager du temps médical supplémentaire pour mettre en œuvre l'ARTT médical d'autre part. Le temps médical complémentaire nécessaire était estimé à onze semaines.

En matière d'anesthésie, le CHU a également été sollicité pour apporter son concours à la permanence médicale. Les besoins en renfort étaient estimés à trente six nuits de semaine et trente sept gardes de week end. Le chef de service du Département d'Anesthésie réanimation du CHU a estimé ne pas disposer des moyens actuellement suffisants pour apporter un concours fiable à cet établissement.

b) Une stratégie non partagée.

Le CHIC est le seul gros établissement du secteur. C'est donc tout naturellement que le Centre Hospitalier de Carhaix s'est tourné vers lui pour amorcer une complémentarité. Or, le CHIC s'investit déjà beaucoup dans sa coopération avec Douarnenez et Pont l'Abbé. Un fonctionnement sur trois sites se révélerait pour lui très difficile à gérer en terme d'organisation médicale et en raison de l'éloignement géographique du site de Carhaix. En outre, le CHIC est amené à apporter une aide ponctuelle à d'autres établissements du secteur : Pont L'Abbé et la Clinique Saint Michel-Sainte Anne.

De son côté, le CH de Morlaix s'est refusé à la coopération.

Enfin, le CHU de Brest a formulé une réponse plus réservée mais plutôt défavorable. D'une part, comme nous l'avons vu, le CHU ne cherche pas absolument à développer des coopérations. En outre, il est déjà engagé dans des coopérations sur son secteur avec Landerneau, Morlaix et l'hôpital des armées (HIA)⁵⁹. Pourtant, les moyens modernes de transmission d'information et les facilités de communication plaident en faveur du CHU un partenaire potentiel du CH de Carhaix.

c) Une stratégie plus ou moins favorisée.

Les acteurs internes à Carhaix sont demandeurs de complémentarité. Les équipes médicales comme l'équipe de direction soutiennent cette stratégie à la fois dans un souci d'aménagement du territoire et par attachement à l'hôpital.

La tutelle favorise la coopération à Carhaix au même titre qu'elle favorise l'ensemble des coopérations. Elle la favorise d'autant plus que la demande de moyens compensatoires liée à l'ARTT médical formulée par Carhaix, 6 postes ETP n'a pu être comblée.

Pour autant, aucune mesure particulière n'a été mise en œuvre pour aider Carhaix.

2.3.4 Evaluation.

Aucune coopération réelle n'a vu le jour entre l'hôpital de Carhaix et un éventuel partenaire depuis la mise en œuvre de l'ARTT médical. En ce domaine, une forme de statu quo s'est instaurée.

En ophtalmologie seulement, l'organisation d'approche fédérative mise en œuvre entre Quimper et Douarnenez intègre Carhaix.

Plusieurs éléments peuvent expliquer l'échec de cette stratégie.

La différence de valeur ajoutée que chacun des partenaires pouvait en retirer en est un. Si Carhaix a intérêt à développer des complémentarités pour pourvoir ses postes notamment, aucun de ses grands frères voisins n'en retirerait un intérêt substantiel. Le

⁵⁹ Cf Annexe 16.

CHIC, par exemple, a d'ores et déjà d'autres partenaires dans son environnement immédiat qui lui permettent de soulager ses gardes et de lutter contre ses problèmes de suroccupation.

La différence de taille en est un autre. Une coopération avec le CHU de Brest se heurte aux mêmes difficultés qu'avec Landerneau. Les deux établissements raisonnent à deux échelles distinctes.

Enfin, la principale explication de l'échec de cette stratégie est peut-être contenue dans l'analyse de situation même. Les réalités géographiques s'opposaient peut-être simplement à la mise en œuvre de complémentarités. La stratégie mise en œuvre était alors soit trop ambitieuse soit erronée.

A l'heure actuelle, la permanence des soins à Carhaix repose avant tout sur le dévouement d'équipes restreintes et proches de la retraite surtout en chirurgie⁶⁰. Il y a fort à parier que les évolutions générationnelles remettent en question la pérennité de cette organisation dans un proche avenir. C'est alors l'avenir même de la structure qui sera fragilisé.

⁶⁰ Sur les deux chirurgiens de Carhaix, l'un est proche de la retraite et son remplacement n'est pas assuré.

CONCLUSION

« Changer, faire évoluer, transformer l'hôpital, c'est en définitive une histoire d'amour, histoire de confiance, de deuils, de compromis, où la générosité côtoie quotidiennement l'étrange acharnement à maintenir les petits privilèges, où les sacrifices momentanés peuvent tous les jours se payer du plaisir d'inventer, où derrière les habitudes et la répétition se découvrent parfois, inattendus et superbes, de nouveaux horizons »⁶¹.

.Ainsi va le changement à l'hôpital, toujours d'actualité, difficile à assumer aussi sauf à l'accompagner et à lui donner un visage. L'ARTT médical fait partie de ces changements. Ce changement est d'autant plus difficile à accompagner qu'il touche l'institution dans son organisation et ses fondements mêmes. Quoi de plus important en effet à l'hôpital que le médecin ? or, c'est bien le temps médical qu'on ampute alors même qu'il manque, que le médecin hospitalier se fait denrée rare surtout à l'hôpital de proximité.

Dès lors, l'ARTT médical impliquait bien une réflexion en profondeur pour que chaque établissement réinterroge ses missions et son rôle sur son territoire d'intervention. Voilà pourquoi l'ARTT médical met la réflexion stratégique du directeur en action. Les trois exemples analysés démontrent l'importance de cette réflexion mais aussi ses difficultés et ses limites. Sans aucun doute, l'ARTT médical a encore renforcé la nécessité des coopérations surtout pour les hôpitaux de proximité . Peut-on parler néanmoins de nouvelle impulsion ? En réalité, la coopération a pu constituer une stratégie parmi d'autres, une stratégie toujours délicate à mettre en œuvre.

En effet, les coopérations font intervenir des acteurs multiples et hétérogènes aux rationalités souvent différentes et dont les intérêts ne se rejoignent pas toujours. Leur réussite nécessite alors de dépasser leur intérêt particulier pour accepter de considérer d'autres éléments tels que les besoins de santé publique ou l'aménagement du territoire. Elle suppose ainsi la prise en compte d'une forme d'intérêt général.

Surtout, la mise en œuvre d'une stratégie de coopération doit reposer au préalable sur un diagnostic de situation précis qui montre sa viabilité.

⁶¹ Cf Charles Kleiber, « Organisation du changement à l'hôpital » dans Ruptures, revue transdisciplinaire en santé publique, vol 4, n°2, 1997, pp.218-229

L'ARTT médical devait redonner une nouvelle impulsion à la coopération. Pourtant, comme disait un premier ministre britannique en d'autres temps : « it takes two to tango ! ⁶² ». De même qu'on ne danse pas le tango sans un partenaire, il faut être au moins deux pour coopérer et si possible avoir une vision partagée de cette coopération.

⁶² Margaret THATCHER, au sujet des relations entre la Grande-Bretagne et l'Union Européenne.

BIBLIOGRAPHIE

1) Sites internet

- ◆ Site de la confédération des hôpitaux généraux : <http://www.chgweb.org>
- ◆ rapport de la Cour des Comptes sur la situation des comptes sociaux en 2001, www.ccomptes.fr
- ◆ La réorganisation de l'hôpital vue par le Pr. Jean-Michel Dubernard, www.cmh-hopital.org
- ◆ France en panne de médecins? le point de vue de Omar Brixi, médecin-conseil de la Fmf, www.mutuelles-de-france.fr
- ◆ Atlas de la recomposition hospitalière, www.gouv.fr
- ◆ Livre blanc sur les hôpitaux de proximité, www.hopital-parc-taverny.fr

2) Textes législatifs et réglementaires

- ◆ Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux
- ◆ Arrêté du 15 octobre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.
- ◆ Arrêté du 15 octobre 2001 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
- ◆ Arrêté du 15 octobre 2001 relatif aux gardes des attachés associés et des assistants associés
- ◆ Protocole du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers
- ◆ Circulaire DHOS/M2/2002/N°58 du 30 janvier 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers
- ◆ Circulaire DHOS/M2/2002/N°425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers

- ◆ Décret n°2002-1116 du 30 août 2002 modifiant le décret n)87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux et au contrat d'engagement d'exercice dans un établissement public de santé
- ◆ Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité
- ◆ Arrêté du 27 septembre 2002 modifiant l'arrêté du 19 février 2002 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
- ◆ Décret n°2002-1244 du 7 octobre 2002 relatif à la réduction du temps de travail des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes des établissements publics de santé
- ◆ Décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002 portant création d'un compte épargne-temps pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé
- ◆ Circulaire DHOS/M/M2/2002/ n° 581 du 28 novembre 2002 relative à l'application du décret n°2002-1116 du 30 août 2002 modifiant le décret n°87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux et au contrat d'engagement d'exercice dans un établissement public de santé et à l'arrêté du 30 août 2002 fixant le montant et les modalités de versement de la prime prévue à l'article 1162 du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987
- ◆ Décret n°2002-1421 du 6 décembre 2002 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers
- ◆ Mesures d'assouplissement de l'aménagement et réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens, biologistes et odontologistes hospitaliers, 13 janvier 2003
- ◆ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- ◆ Circulaire DHOS n°219 du 6 mai 2003 relative à la permanence des soins et à l'intégration des gardes dans le temps de travail.

4) Revue

- ◆ AUBART F. RTT et directives européennes : rêves ou cauchemar. *Officiel Santé*, mars/avril 2003

- ◆ JUET P. Assouplissement des 35 Heures dans les hôpitaux. "*Trait d'union*"- *La lettre d'information de l'Union Hospitalière du Nord Ouest*, février 2003, n°15
- ◆ JACOBZONE S. Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public. *Sciences sociales et santé*, mars 1995, vol 13.
- ◆ KLEIBER C. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1997, vol.4, n°2, pp.218-219.
- ◆ DUHAMEL.C. Relancer les coopérations. *Horizon, le magazine du monde hospitalier public et privé*, janv/fev 2003,n°143.
- ◆ Le rapport Berland soigne la démographie médicale. *La gazette de l'hôpital*, avril 2003, n°43, p.4
- ◆ Les propositions du rapport Descours relatives à la permanence des soins. *La gazette de l'hôpital*, avril 2003, n°43, p.5
- ◆ Le centre hospitalier de Landerneau, espèce menacée ou espèce de qualité? *DH magazine- terres hospitalières*, décembre 1998/ janvier 1999, n°61
- ◆ LORgSON.P.L'hôpital de proximité, la Sécurité Sociale et la santé publique. *Le nouvel hospitalier*, septembre/octobre 1998, N°50
- ◆ une démographie médicale en peau de chagrin? *Décision Santé*, février 2002, n° 182, p.25
- ◆ *Dossier : hôpitaux, le palmares 2003*. Le Point, vendredi 6 juin 2003, n°1603, pp 76 à 112
- ◆ Le quotidien du médecin, 29 novembre 2001
- ◆ RTT et directives européennes: rêve ou cauchemar. *Officiel santé*, mars/avril 2003
- ◆ La crise de l'hôpital public réclame des solutions urgentes. *Le monde*, 9 septembre 2002
- ◆ La démographie médicale française: état des lieux. *Bulletin d'information en économie de la santé*, décembre 2001, n°44

4) Ouvrages:

-ARBUZ G., DEBROSSE D.. *Réussir le changement de l'hôpital*.. Paris: Inter Editions, 1996. 249 p. ISBN 2 -7296- 0629-7

-CLEMENT J-M. *La crise de confiance hospitalière-Constatauses,réformes* . Bordeaux : Les éditions hospitalières, 2003. 220p. ISBN 2-912359-94-5

-COCA E. les inégalités entre hôpitaux. Berger levraut, avril 1998.

-CONTANDRIOPOULOS A.P. *L'hôpital stratège, dynamiques locales et offres de soins*. Paris : John Libbey Eurotext, 1996. 317 pp.

- GONNET F., CROZIER M.(préf). *L'hôpital en question*. Paris: Editions Lamarre, 1992.

- NIZARD GEORGES. *L'hôpital en turbulence*. Toulouse : Privat, 1996. 181 p. ISBN 2-70089-7465-3

5) Autres documents

- Schéma régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de Bretagne.

- Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Landerneau (2002-2006)

- Rapport de gestion 2002 du Centre Hospitalier de Landerneau

- Protocole de coopération entre le Centre Hospitalier de Cornouaille et le Centre Hospitalier de Douarnenez- SMUR - Chirurgie - Anesthésie réanimation, mai 2002 et son annexe + l'avenant n° 1 au protocole de juin 2003

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité- Commission des comptes de la sécurité sociale- 22 septembre 1998- Dossier de presse PLFSS 1999.

- Synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques, Ministère de la Santé, de la Famille, et des Personnes handicapées, mars 2003

- Etude préparatoire au SROS de Chirurgie, ARH de Bretagne, Pays de la Loire, séminaire du 11 juin 2003

- Etude de pré-impact de l' ARTT médical et de l'application de la directive européenne, document interne, ARH Bretagne, 26 novembre 2002

- Comment anticiper la raréfaction annoncée des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelon d'une région?, mémoire interprofessionnel de santé publique, ENSP, 2001

- Rapport de l'IGAS n°2002.143 de décembre 2002 relatif à la gestion des praticiens hospitaliers. Rapport présenté par Charles de BATZ, le Dr Françoise LALANDE et Gérard LAURAND, membres de l'inspection générale des affaires sociales