

01 - 2022

RAPPORT

Quel hôpital en 2030 ?

—Ariel Frajerman



Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS

Ariel Frajerman est psychiatre et docteur en neurobiologie. Une partie de ses recherches concerne les anomalies biologiques dans la schizophrénie ; l'autre partie la santé mentale des étudiants, notamment des étudiants en médecine, et des médecins.

Les propositions

01

Pour le bien-être des étudiants

- réduction du temps et de la charge de travail, pour atteindre les quarante-huit heures par semaine fixées par la législation européenne ;
- lutte contre la maltraitance et le harcèlement sexuel, avec la mise en place de sanctions (retrait des étudiants du stage, suppression des postes de chefs de clinique du service, voire des autres postes universitaires) et la présence d'élus étudiants dans les commissions qui prennent les sanctions ;
- augmentation des salaires des étudiants avant l'internat : actuellement fixés par le Ségur de la santé à 260 euros brut par mois en quatrième année et 390 en sixième année pour un travail à mi-temps, ils devraient être doublés ;
- revalorisation des salaires des internes et de la prime de logement dans les villes ne disposant pas de chambres d'internat ;
- création de structure d'accompagnement pour les étudiants dans toutes les facultés et annulation de la suppression du Centre national d'aide (CNA) pour lui donner plus de moyens financiers et humains ;
- formation du personnel : à la pédagogie, au dépistage et à la prise en charge de la souffrance des étudiants ;
- déstigmatisation de la psychiatrie : formation des étudiants sur les maladies psychiatriques, partenariat avec services d'écoute téléphonique type Nightline, ... ;
- création, sur le modèle canadien, d'une norme nationale sur la santé mentale et le bien-être des étudiants en enseignement supérieur et d'un plan d'action doté d'un véritable budget ;
- évaluation régulière de la santé mentale des étudiants et développement des études, notamment sur le nombre de suicides et de tentatives de suicide.

02

Pour les doubles cursus médecine-sciences

- aide au retour en médecine après une thèse précoce, avec maintien d'un salaire de doctorant pour qu'il n'y ait pas de chute des revenus ;
- prise en compte du parcours recherche dans le calcul de score pour le classement de l'internat ;
- création d'un internat recherche avec un temps dédié à la recherche comme pour les chefs de clinique ;
- financement d'une thèse de sciences pendant l'internat et inclusion, dans la grille salariale des instituts de recherche, des internes qui font une thèse de sciences pour qu'ils puissent toucher l'intégralité de leur bourse.

03

Pour les médecins hospitaliers

- augmentation des salaires centrée sur les internes et les jeunes médecins ;
- lutte contre le harcèlement et pour la promotion de la santé mentale, avec notamment le développement des numéros d'écoute et des unités spécialisées dans le soin et la prise en charge des professionnels de santé ;
- respect du temps de travail maximal hebdomadaire de quarante-huit heures ;
- respect de la loi de manière globale à l'hôpital où les violations sont aujourd'hui fréquentes, avec notamment la signature d'un contrat de travail dans les deux jours suivant l'embauche pour les CDD ;
- respect de conditions de travail décentes : bureaux de consultation, ordinateurs qui fonctionnent, sécurité des locaux et du personnel, places de crèches en nombre suffisant...

04

Pour l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires

- augmentation des effectifs, et notamment doublement du nombre d'hospitalo-universitaires en augmentant considérablement le budget des facultés de médecine, de façon à corriger les disparités pour obtenir un ratio universitaire/étudiants similaire entre les spécialités et les facultés ;
- augmentation des salaires et revalorisation de la retraite des hospitalo-universitaires qui n'est calculée que sur leur salaire universitaire ;
- lutte contre le harcèlement et pour la promotion de la santé mentale, avec notamment un soutien de la direction de l'hôpital à la victime et non au harceleur ;
- mesures en faveur de la parité, afin que les nouvelles promotions de professeurs aient une représentation équilibrée des femmes et des hommes au regard des effectifs dans la spécialité ;
- sécurisation du temps consacré à la recherche : comme le dispositif de CCA-Inserm-Bettencourt le permet, la création d'un poste universitaire pourrait s'accompagner d'une augmentation de la dotation hospitalière du service pour recruter un médecin hospitalier supplémentaire ; des financements initiaux du projet de recherche pourraient être proposés aux médecins chercheurs ;
- autonomisation des médecins hospitalo-universitaires qui doivent pouvoir retrouver du pouvoir sur la prise des décisions à l'hôpital.

05

Pour l'hôpital public

- diminution des pouvoirs du directeur, dont le rôle doit se cantonner à la partie administrative. De plus, le Conseil de surveillance devrait mieux représenter le personnel soignant et avoir le pouvoir de s'opposer aux décisions du directeur ;
- renforcement du pouvoir médical : la Commission médicale d'établissement (CME) devrait gérer les affaires médicales. Au lieu d'un président de CME, il y aurait un binôme paritaire, avec des moyens administratifs afin d'éviter une trop grande concentration des pouvoirs ;
- renforcement du pouvoir des hospitalo-universitaires et du doyen de la faculté de médecine dans les CHU au sein de la direction et des instances (CME et Conseil de surveillance) ;
- augmentation du nombre de représentants des étudiants en santé dans les instances ;
- augmentation des salaires, notamment pour les aides-soignants et les infirmiers ;
- augmentation importante des effectifs soignants et du nombre de lits d'hospitalisation publique ;
- réduction des tâches administratives, notamment celles liées au codage des actes imposés par la tarification à l'activité ;
- respect de la loi à l'hôpital où les violations sont aujourd'hui fréquentes : signature du contrat de travail plusieurs jours voire semaines suivant l'embauche pour les CDD ; assignations abusives des internes, heures supplémentaires non payées pour les infirmiers ; harcèlement moral ;
- investissement dans un matériel (ordinateurs, pèse-personnes, appareils à ECG,...) qui fonctionne rapidement et en quantité suffisante ;
- investissement dans un système informatique national de santé publique utilisé par tous les hôpitaux, ce qui nécessite de renouveler le matériel (ordinateurs) et d'embaucher des informaticiens. Les mêmes logiciels et les mêmes normes doivent être utilisés partout en France, avec une possibilité de mise en commun des données sur des serveurs gouvernementaux protégés.

Introduction

Le 18 mars 2019, le personnel des urgences de l'hôpital Saint-Antoine à Paris se mettait en grève pour réclamer plus de moyens¹. Cette grève s'est étendue dans toute la France et, en juillet 2019, plus de deux cents services d'urgence ralliaient un mouvement² touchant tous les services de l'hôpital. Les internes en médecine ont rejoint la grève fin 2019, dénonçant notamment un temps de travail excessif (soixante heures/semaine en moyenne, contre un maximum légal de quarante-huit heures) imposé par des directions d'hôpital ne respectant pas la loi (assignation abusive,...)³. Pour protester contre le manque de moyens et leurs conditions de travail⁴ face à l'attitude d'un gouvernement qui estimait en faire suffisamment pour le personnel hospitalier⁵, plus de 1 200 chefs de service ont ensuite annoncé, début 2020, leur démission de leurs fonctions administratives.

Quelques semaines plus tard, la pandémie de Covid-19 frappait. Les hôpitaux ont été débordés, poussant le gouvernement à organiser en urgence un Ségur de la santé et à promettre des milliards d'euros supplémentaires : 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé, 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des Ehpad, 15 000 recrutements à l'hôpital public⁶...

Ces actions restent cependant insuffisantes pour le personnel hospitalier, dont les démissions continuent à se multiplier à un rythme inquiétant pour

l'hôpital public⁷. Ainsi, selon l'enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF), entre janvier et septembre 2020, les hôpitaux français ont enregistré 12 189 départs d'infirmiers et d'aides-soignants. La crise liée à la Covid-19, exceptionnelle à bien des égards, n'est pas la seule responsable de cette situation. L'enquête le précise : « Cette hausse des départs n'est pas directement liée à la "surmobilisation" de la crise Covid-19 ou à la volonté de changer de profession, mais plutôt à la persistance de conditions de travail perçues comme dégradées⁸. »

Ainsi, selon la FHF, 34 000 postes d'infirmiers étaient vacants fin 2020⁹. Cette pénurie de personnels est lourde de conséquences : le directeur de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a reconnu début septembre 2021 qu'une partie des lits d'hôpitaux fermés au cours de l'été 2021 n'avaient pas pu être rouverts, que les recrutements n'arrivaient pas à compenser les départs et, enfin, que les retards de soins accumulés pendant les confinements pour le traitement de maladies non-Covid-19 n'avaient pas pu être totalement résolus¹⁰.

Il faut ici souligner une évidence : il ne peut y avoir de service public de la santé sans personnels hospitaliers. Face à ces tendances lourdes qui menacent le socle de notre contrat social, il nous faut repenser l'hôpital français.

1. « Paris : les urgentistes de l'hôpital Saint-Antoine en grève illimitée », LCI, 21 mars 2019.

2. « Communiqué de presse », Collectif inter-urgences, 29 juillet 2019.

3. François Béguin et Camille Stromboni, « "Austérité" à l'hôpital, temps de travail "délirant" : les internes entrent en grève », *Le Monde*, 9 décembre 2019.

4. Juliette Pousson, « Hôpital : cinq minutes pour comprendre les démissions administratives des médecins », *Le Parisien*, 3 février 2020.

5. « Déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, en réponse aux questions sur les politiques de réponses aux personnels hospitaliers en grève, à Paris le 6 février 2020 », Vie publique.fr.

6. « Ségur de la santé : les conclusions », ministère des Solidarités et de la Santé, 26 juillet 2021.

7. Marguerite De Lasa, « Malgré le Ségur, les soignants dans la rue pour défendre l'hôpital public », *Le Monde*, 15 juin 2021.

8. « Enquête FHF : les ressources humaines face à la seconde vague Covid-19 », Fédération hospitalière de France, 12 novembre 2020.

9. « Communiqué de presse : Fin des quotas pour l'apprentissage en santé, "un premier pas pour faire de la santé un moteur de la relance" », FHF, 17 septembre 2020.

10. « Vaccination des soignants, Didier Raoult, mise en examen d'Agnès Buzyn... », France info, 13 septembre 2021.

L'objectif de ce travail est de proposer des pistes de réflexion sur l'organisation des études de médecine et sur la place du médecin dans le fonctionnement des hôpitaux. Nous discuterons de l'impact du format des études de médecine sur la santé mentale des futurs médecins et sur leur capacité à faire de la

recherche ; nous étudierons le rôle et l'attractivité des médecins hospitalo-universitaires et, enfin, nous nous pencherons sur la façon dont l'hôpital public pourrait s'organiser pour remplir ses trois missions (soins, enseignement et recherche) tout en préservant la santé mentale des soignants.

Les études de médecine

Depuis 1958 et la création des CHU (centres hospitaliers universitaires), les réformes des études de médecine se succèdent à un rythme de plus en plus rapide :

- réformes de 1982 rendant l'internat obligatoire pour les spécialités médicales ;
- création de l'internat de médecine générale en 2004 ;
- découpage de l'internat en trois phases en 2016 ;
- modification du premier cycle des études médicales en 2019.

Il en est de même pour les modifications des modalités d'examen :

- suppression du concours de l'externat en 1968 ;
- instauration du *numerus clausus* en 1973 ;
- suppression des certificats d'études spécialisées en 1984 ;
- suppression des concours régionaux de l'internat en 2004 pour la création de l'examen national classant (ECN) ;
- ajout de l'épreuve de lecture critique d'article à l'ECN en 2008.

L'accès aux études de médecine

L'accès aux études de médecine a été modifié plusieurs fois en dix ans. En 2010, le concours de phar-

macie est regroupé avec les concours de médecine, odontologie et maïeutique pour éviter que des étudiants tentent deux fois le concours de médecine, puis, en cas d'échec, deux fois celui de pharmacie. La PCEM 1 (première année du premier cycle d'études médicales) devient la PACES (première année commune aux études de santé)¹.

À partir de 2014, des expérimentations ont eu lieu dans différentes universités : AlterPACES², permettant de rejoindre la deuxième année des études de santé après une deuxième ou troisième année de licence, PluriPASS à l'université d'Angers³...

À partir de 2018, plusieurs universités, principalement parisiennes, ont inauguré le dispositif PACES 1 : le dispositif AlterPACES est généralisé pour se substituer au redoublement et un oral permet de repêcher les candidats recalés de justesse à l'écrit⁴.

Enfin, la dernière réforme en date a été introduite en 2020. La PACES a été supprimée au profit de deux nouvelles voies d'accès, les PASS (parcours spécifiques accès santé) et les LAS (licences avec option « accès santé »)⁵. Cette réforme, mise en place dans l'urgence en pleine pandémie, a été très mal vécue par les étudiants. Ces derniers dénoncent en premier lieu l'augmentation de la charge de travail⁶. Dans ce nouveau dispositif, les étudiants se retrouvent, en effet, avec une majeure santé et une mineure consacrée à un autre thème. Cependant, le programme de la majeure santé est souvent identique à celui de la PACES. Les étudiants se retrouvent donc avec un

1. « Déclaration de Mme Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, sur la réforme de la première année d'étude de médecine », Vie publique.fr, 16 juin 2010.

2. « Arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques », Legifrance.

3. Sylvia Marques, « La réforme de la première année commune aux études de santé », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 13, n°1, 2019, pp. 225-251.

4. Martin Rhodes, « PACES : le redoublement en moins, un oral en plus », *L'Étudiant*, 25 janvier 2018.

5. Pauline Bluteau, « La réforme de la PACES, une fausse bonne idée ? », *L'Étudiant*, 15 mars 2021.

6. Alice Raybaud, « Surcharge de travail, désorganisation... La réforme de la première année de médecine épuise les étudiants », *Le Monde*, 6 avril 2021.

programme aussi lourd qu'auparavant, mais auquel ils doivent désormais ajouter une mineure qui peut correspondre à une centaine d'heures de cours supplémentaires.

Les étudiants s'indignent ensuite des incertitudes planant sur l'organisation du nouvel oral : en novembre 2020, soit deux mois après le début des cours, les trois quarts des facultés de médecine n'avaient ainsi pas encore choisi les modalités de leurs oraux¹. Au-delà de cette incertitude, l'introduction d'une épreuve orale ne concerne qu'une partie des étudiants et son poids (de 50 % à 70 % selon les universités) suscite mécontentement et interrogations². Par exemple, à l'université de Paris, la faculté a mis en place des « notes de rang » (une note factice attribuée en fonction du classement), mais le classement à l'oral s'effectue sur un nombre plus réduit de candidats que l'écrit (675 *versus* 1 760). Cela signifie que les écarts entre deux candidats sont plus grands à l'oral, ce qui accentue encore le poids de la note de l'oral par rapport à la note de l'écrit. Ainsi, « Si vous êtes major à l'écrit, mais dernier à l'oral, vous aurez 8,5/20. En revanche, si vous êtes dernier à l'écrit, mais premier à l'oral, vous aurez 14,5 de moyenne³. » À Rennes, les étudiants ont en outre constaté une différence de moyenne de 4,3 points en fonction du jury pour l'oral⁴. De fait, des étudiants de plusieurs universités françaises ont décidé de saisir la justice⁵.

Enfin, les étudiants en médecine dénoncent l'apparition d'inégalités entre les universités et les filières quant au nombre de places disponibles pour l'accès à la deuxième année. Un point sur lequel le Conseil d'État leur a donné raison⁶.

Le concours de l'internat

En 2016, l'examen classant national (ECN) devient informatique (ECNi). Les neuf dossiers cliniques et le dossier de lecture critique d'article en français (LCA) sont remplacés par 18 dossiers cliniques progressifs, 120 questionnaires à choix multiples (QCM) et deux dossiers de LCA⁷. En raison de problèmes d'organisation⁸, la première année de l'ECNi a été un fiasco. Les étudiants sont évalués uniquement sur leur capacité à mémoriser un nombre considérable de connaissances, dont l'utilité en situation médicale réelle est discutable.

Une nouvelle réforme a été votée. Entrée en vigueur en 2020 pour les étudiants de troisième année, elle sera donc effective pour le concours de l'internat de 2023. Le premier décret est paru le 7 septembre 2021⁹. Le schéma global est connu, mais il manque les détails.

L'accès à l'internat se décompose en trois étapes :

- les épreuves dématérialisées nationales (EDN) : elles auront lieu au début de la sixième année des études de médecine. Elles comprennent les connaissances de rang A, qui doivent être maîtrisées pour permettre à l'étudiant de passer en troisième cycle, et les connaissances de rang B, qui correspondent à des connaissances plus spécifiques à chacune des spécialités. La note obtenue aux connaissances de rang A permet de passer à la deuxième série d'épreuves – les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) – tandis que la note obtenue aux connaissances de rang B sera prise en compte

1. Sophie Martos, « Réforme du premier cycle, déjà l'échec ? La lettre amère des étudiants en santé à Macron », *Le Quotidien du médecin*, 19 novembre 2020.

2. Solenne Le Hen, « Réforme des études de santé : l'examen d'admission en deuxième année de médecine perturbé par la nouvelle épreuve orale », France info, 15 juillet 2021.

3. Léa Galanopoulo, « Refusés "injustement" en deuxième année de médecine : à Paris, des bons élèves victimes de l'oral crient leur colère et leur désarroi », *Le Quotidien du médecin*, 12 juillet 2021.

4. Séverine Breton, « Oral de médecine à Rennes : y a-t-il eu des injustices ? », France 3 Bretagne, 3 août 2021.

5. Aurore Savarit-Lebrère, « "On a été bernés" : des élèves de médecine vont saisir la justice contre la nouvelle réforme des études de santé », *Libération*, 21 juillet 2021.

6. Conseil d'État, « Le Conseil d'État juge que quinze universités doivent augmenter le nombre de places en deuxième année d'études de santé au bénéfice des étudiants en LAS et en PASS », 8 juillet 2021.

7. « Arrêté du 20 juillet 2015 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales », Legifrance.

8. Sophie Martos, « Fiasco des ECNi : une seconde épreuve annulée, l'Enseignement supérieur lance une enquête », *Le Quotidien du médecin*, 22 juin 2017.

9. « Décret n° 2021-1156 du 7 septembre 2021 relatif à l'accès au troisième cycle des études de médecine. 2021-1156 ».

lors de la procédure d'appariement, qui permettra d'affecter les étudiants dans les spécialités et les subdivisions territoriales ;

- les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) : ils auront lieu au milieu de la sixième année des études de médecine. Ils permettent d'évaluer la mise en œuvre pratique des connaissances assimilées lors du deuxième cycle. Ils correspondent à une « succession de mises en situation mises en œuvre à partir d'une liste définie nationalement ». La note obtenue permet de participer à la procédure nationale d'appariement. Les ECOS sont organisés dans chaque université sous la responsabilité d'un coordinateur local. L'étudiant passera devant un jury composé de deux examinateurs. L'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) a obtenu qu'un des deux examinateurs soit issu d'une autre université, ce qui doit permettre de réduire le risque de favoritisme ;
- l'appariement : les étudiants formulent des vœux quant à leurs futures spécialités et subdivisions territoriales, accompagnés des éléments du dossier d'appariement (les notes obtenues aux ED et aux ECOS, leur parcours de formation, leur projet professionnel,...).

Mais le classement devrait également prendre en compte le parcours individuel de l'étudiant : compétences cliniques, engagement associatif, activité de recherche¹...

La souffrance des étudiants en médecine

La souffrance des étudiants en médecine est importante dans le monde entier : avant la pandémie,

11 % des étudiants en médecine présentaient des idées suicidaires, plus de 25 % présentaient des symptômes dépressifs² et plus de 40 % souffraient de *burn out*³. Pour comparaison, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que 4,4 % de la population mondiale souffraient de dépression en 2015⁴.

En France, une enquête réalisée en 2017 par les associations d'étudiants en médecine a montré des chiffres inquiétants : la prévalence de symptômes dépressifs à 27,7 %, et celle des idées suicidaires à 23,7 %. Il faut cependant noter que ce travail n'a pas été publié, ces chiffres doivent donc être interprétés avec prudence⁵.

Nous avons analysé les données sur les étudiants en médecine collectées à l'occasion d'une enquête nationale de 2016 sur les étudiants français⁶. La prévalence des symptômes des étudiants en médecine était la même que celle des autres étudiants et était largement supérieure à celle de la population générale : 15 % des étudiants avaient eu une dépression – épisode dépressif caractérisé (EDC) selon les critères de l'OMS – au cours de la dernière année, contre 12 % de la population des 18-24 ans et 10 % de l'ensemble de la population française. De même, 9 % des étudiants avaient eu des idées suicidaires sur la dernière année contre 5 % de l'ensemble de la population⁷.

L'enquête réalisée en 2021 par les associations d'étudiants en médecine⁸ pointe une augmentation inquiétante des troubles psychiatriques : 25 % des étudiants avaient eu une dépression (EDC selon les critères de l'OMS) et 19 % avaient eu des idées suicidaires sur la dernière année. Bien évidemment, la pandémie a joué un rôle dans cette dégradation, mais elle n'explique pas tout. En effet, cette enquête révèle également une charge de travail très élevée : 67 % des étudiants (externes + internes) étaient en *burn*

1. Mersiha Nezić, « “La réforme des ECNi, c'est une révolution pédagogique de la formation médicale” (Sébastien Villard) », *L'Étudiant*, 3 mars 2020.
 2. Lisa S. Rotenstein et al., « Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis », *JAMA*, vol. 316, 2016, pp. 2214-2236.
 3. Ariel Frajerman, Yannick Morvan, Marie-Odile Krebs, Philip Gorwood et Boris Chaumette, « Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis », *European Psychiatry*, vol. 55, 2019, pp. 36-42.
 4. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2017.
 5. Yannick Morvan et Ariel Frajerman, « La santé mentale des étudiants : mieux prendre la mesure et considérer les enjeux », *L'Encéphale*, 1^{er} août 2020.
 6. Ariel Frajerman, Astrid Chevance, Boris Chaumette et Yannick Morvan, « Are medical students really more affected by depression than other students? Results from a national survey of 18,875 students in France », *European Psychiatry*, vol. 63, 2020.
 7. *Ibid.*
 8. Constance Maria, « Santé mentale des jeunes médecins : quelles propositions pour venir en aide aux étudiants en souffrance ? », *Le Quotidien du médecin*, 28 octobre 2021.

out, plus de la moitié (51 %) des étudiants déclarent travailler plus de cinquante heures par semaine. Un chiffre qu'il convient de compléter en soulignant la prévalence de deux phénomènes d'ampleur : la fréquence élevée des humiliations (23 %) et du harcèlement sexuel (25 %) à l'hôpital.

Malgré l'accord signé le 25 mai 2021 contre les maltraitances hospitalières¹, les syndicats étudiants restent méfiants quant à son application concrète, notamment en raison du manque de moyens alloués à ce nouveau dispositif. Ainsi, concernant le temps de travail hebdomadaire, dont la durée légale maximale est de quarante-huit heures, le ministère n'a rien prévu pour le décompte horaire de présence en stage². Le ministère a certes lancé une enquête fin juillet, mais celle-ci est lacunaire : elle utilise un décompte en demi-journées, alors que la durée légale est en heures et qu'il existe une grande hétérogénéité selon les services et les spécialités³. L'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) dénonce donc une « mascarade⁴ ».

Le Centre national d'aide (CNA), créé en juillet 2019 pour tous les étudiants en santé, est un acteur important pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine. Il propose des formations pour les personnels, aide au développement de structures locales et a mis en place une plateforme d'écoute suite à la pandémie⁵. Le CNA a également émis des alertes et des propositions : renforcer massivement les aides sociales dédiées aux étudiants, faire de l'étude du suicide des étudiants une priorité de l'Observatoire national du suicide (ONS), aider financièrement et concrètement le développement des structures d'accompagnement des étudiants en santé, s'assurer de la mise en place des ressources d'aides psychologiques et sociales⁶,... Le gouvernement a préféré dissoudre une structure qui fonctionnait bien et qui

était appréciée des étudiants pour créer une nouvelle structure commune à tous les étudiants, et ce alors que les étudiants des filières de santé sont localisés dans les hôpitaux et non dans les universités, ceci sans même évoquer la question des moyens financiers⁷. Le manque de volonté politique pour se saisir de ce problème de santé publique est ici criant. À titre de comparaison, le Québec vient de lancer un « Plan d'action pour la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026 » qui prévoit « des investissements de près de 60 millions de dollars sur cinq ans⁸ ».

Comment améliorer les études de médecine ?

La réforme de l'entrée en médecine est trop récente pour en faire un bilan exhaustif. On peut toutefois d'ores et déjà retenir la nécessité d'alléger les programmes pour éviter l'épuisement des étudiants : si les étudiants ont cent heures de plus en raison de leur matière mineure, il faut alléger d'autant le programme de la majeure santé par rapport au programme de la PACES. En outre, la question du maintien d'une épreuve orale et de son poids pour le classement et le passage en deuxième année de médecine devrait être réévaluée.

Si elle concerne les étudiants qui ont commencé leur troisième année de médecine en 2021, la réforme du concours de l'internat ne sera effective qu'en 2023, et ses modalités peuvent encore évoluer d'ici là. Mais les premiers problèmes apparaissent déjà : la publication des « fiches de situations de départ », initialement prévue pour septembre 2020, a pris du retard. Selon

1. Lucile Boutillier, « Étudiants en santé : un plan d'action contre harcèlement et surmenage », Allô docteurs, 27 mai 2021.

2. Constance Maria, « ISNI vs Olivier Véran : l'entente ne tient plus qu'à un fil », What's Up Doc ?, 22 juin 2021.

3. Léa Galanpoulo, « Temps de travail des internes : l'enquête est lancée ! », *Le Quotidien du médecin*, 28 juillet 2021.

4. Léa Galanpoulo, « L'enquête sur le temps de travail des internes ? "Une mascarade" pour l'ISNI », *Le Quotidien du médecin*, 13 août 2021.

5. CNA Santé, le Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé.

6. « Alerte et propositions du 28 janvier 2021 », CNA Santé.

7. « Bien-être et qualité de vie des étudiants en santé : une structure de coordination au cœur des institutions », ministère des Solidarités et de la Santé, 16 septembre 2021.

8. « Plan d'action pour la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026 » : www.quebec.ca/gouv/politiques-orientations/plan-action-sante-mentale-des-etudiants.

l'ANEMF, début octobre 2021, « 25 % des fiches de connaissances n'ont toujours pas été publiées » et aucune fiche de compétence n'a été mise en ligne¹. De plus, avec l'apparition d'une épreuve orale et la prise en compte du parcours individuel, et donc la suppression de l'anonymat que celle-ci implique, on peut craindre un retour du népotisme autrefois expérimenté par les précédentes générations de médecins². Les problèmes rencontrés pour l'oral de la PASS incitent à cet égard à la prudence.

Pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine, nous avons détaillé différentes pistes, déjà présentes dans la littérature scientifique³, dans une note à la Fondation Jean-Jaurès parue en mai 2020⁴ :

- réduction du temps et de la charge de travail. La législation européenne limite le temps de travail à quarante-huit heures par semaine. L'enquête de l'ISNI, réalisée avant la crise sanitaire, retrouvait un temps de travail hebdomadaire moyen de cinquante-huit heures, dépassant même les soixante-dix-neuf heures par semaine pour 10 % des internes⁵ ;
- lutte contre la maltraitance et le harcèlement sexuel. Aujourd'hui, les étudiants ne le signalent pas car ils ont l'impression que la plupart des facultés ne sanctionnent pas les harceleurs qui agissent en leur sein. Certaines commencent cependant à mettre en place des mesures qui devraient être généralisées : retrait des étudiants du stage, suppression des postes de chefs de clinique du service, voire des autres postes universitaires. L'organisation demande à être discutée, mais il serait souhaitable, afin d'éviter un entre-soi délétère, que des élus étudiants soient membres de la commission appelée à se prononcer sur les éventuelles sanctions ;
- augmentation des salaires des étudiants avant l'internat. Après le Ségur de la santé, le salaire brut des étudiants est de 260 euros par mois en quatrième année. Il monte à 390 euros par mois en sixième année, pour un travail à mi-temps⁶. Ces salaires pourraient être doublés ;
- augmentation des salaires des internes. Le salaire brut d'un interne de première année (bac+6) est de 1 539,4 euros par mois. Il monte jusqu'à 2 256,7 euros par mois en cinquième année (bac+10)⁷. Ces salaires devraient être revalorisés, ainsi que la prime de logement dans les villes ne disposant pas de chambres d'internat ;
- création de structures d'accompagnement pour les étudiants dans toutes les facultés. La première structure a été créée au milieu des années 2000 à l'université Paris-6. Avec l'aide du CNA, de nouvelles structures ont été créées, mais pas partout. La suppression du CNA va accroître les difficultés pour ceux qui veulent créer de telles structures. De plus, la réflexion sur les manières d'aider les étudiants et de former le personnel (enseignant, encadrants en stage...) risque d'être réduite. Il faut donc, non seulement revenir sur la décision de supprimer le CNA, mais également lui donner plus de moyens financiers et humains ;
- formation du personnel : à la pédagogie, au dépistage et à la prise en charge de la souffrance des étudiants ;
- déstigmatisation de la psychiatrie : formation des étudiants sur les maladies psychiatriques, partenariat avec des services d'écoute téléphonique du type Nightline... ;
- s'inspirer du Canada, qui a adopté en 2020 une « norme nationale du Canada sur la santé mentale et le bien-être pour les étudiants du post-secondaire⁸ », pour créer une norme française. En 2021,

1. Léa Galanpoulo, « "Formation en perdition" : le coup de gueule de l'ANEMF face au retard de la réforme du deuxième cycle », *Le Quotidien du médecin*, 4 octobre 2021.

2. « 1968 : Quand on passait l'internat à l'oral », *What's Up Doc ?*, 2 août 2016.

3. Ariel Frajerman, « Which interventions improve the well-being of medical students? A review of the literature », *L'Encéphale*, vol. 46, 2020, pp. 55-64.

4. Ariel Frajerman, *La santé mentale des étudiants en médecine*, Fondation Jean-Jaurès, 2 mai 2020.

5. « Enquête - Temps de travail des internes », ISNI, 2020.

6. « Arrêté du 11 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé », Legifrance.

7. *Ibid.*

8. « La Norme pour les étudiants du postsecondaire », Commission de la santé mentale du Canada.

le Québec (8,5 millions d'habitants) a adopté un « Plan d'action pour la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026 » estimé à 60 millions de dollars (40,5 millions d'euros) sur cinq ans, dont 13,125 millions (8,860 millions d'euros) pour le budget 2021-2022¹. Si la France, avec sa population de 67 millions d'habitants, voulait développer un plan similaire, il lui faudrait investir 320 millions d'euros sur ans, dont 70 millions d'euros pour le budget 2021-2022 ;

- évaluation régulière de la santé mentale des étudiants. Peu d'études sont aujourd'hui disponibles. Comme le directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) l'a reconnu, il n'est à l'heure actuelle pas possible de connaître le nombre annuel de tentatives de suicide, ni celui de suicides d'étudiants en médecine. En se basant sur les suicides recensés par les médias, nous avons estimé qu'environ dix internes se suicidaient chaque année ; pour les étudiants en médecine avant l'internat, les données des médias ne sont pas assez précises².

Les doubles cursus médecine-sciences

L'existence des doubles cursus médecine-sciences est bien établie au niveau international. Cependant, leur attractivité recule. Aux États-Unis, les médecins chercheurs représentaient 4,7 % des médecins en 1980, contre 1,5 % à la fin des années 2010³.

Pour lutter contre cette diminution, les auteurs recommandent d'augmenter la formation scientifique dans les premières années des études de médecine pour attirer les jeunes vers la recherche. Ils soulignent l'importance des médecins chercheurs pour la

société : plus d'un tiers des Prix Nobel de médecine et physiologie, plus de la moitié des directeurs scientifiques des dix premières sociétés pharmaceutiques et directeurs d'instituts des Instituts nationaux de santé (NIH)⁴,...

Pour les étudiants, faire un double cursus peut permettre un enrichissement intellectuel, une ouverture d'esprit, un plus grand épanouissement et ouvrir des opportunités professionnelles. L'Association américaine des médecins chercheurs (APSA) recense ainsi plusieurs dizaines de programmes de formation médecine-sciences aux États-Unis et au Canada⁵.

Il est également possible en France d'avoir une activité de recherche en parallèle des études de médecine. Plusieurs filières existent : ENS Paris, ENS Lyon, École de l'Inserm, doubles cursus locaux (université de Paris, Sorbonne université, Strasbourg, Montpellier...).

L'augmentation des universités proposant un double cursus suggère que cette offre répond à une demande. L'Association médecine pharmacie sciences (AMPS, équivalent français de l'APSA) recense l'ensemble des doubles cursus existants en France⁶. Le principe est similaire dans les différentes universités : les étudiants suivent des cours supplémentaires en deuxième et troisième année de médecine et font un ou des stages de recherche en laboratoire. À la fin de la troisième année, les étudiants s'arrêtent pendant un an pour faire leur master 2 recherche. Ensuite, certains vont continuer la recherche pour faire une thèse précoce avant de reprendre leurs études de médecine (voie 1), tandis que les autres vont directement retourner en médecine et faire la thèse de sciences pendant ou après l'internat (voie 2).

Cependant, les étudiants rencontrent un certain nombre de difficultés. Ceux qui ont choisi la voie 1 peinent à continuer la recherche tout en préparant le concours de l'internat, redoutent d'obtenir en

1. « Plan d'action pour la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026 » : www.quebec.ca/gouv/politiques-orientations/plan-action-sante-mentale-des-etudiants.

2. Ariel Frajerman, *La santé mentale des étudiants en médecine*, art. cit.

3. Mukesh K. Jain et al., « Saving the Endangered Physician-Scientist — A Plan for Accelerating Medical Breakthroughs », *New England Journal of Medicine*, 381, 1^{er} août 2019, pp. 399-402.

4. *Ibid.*

5. MD-PhD Degree Programs by State, AAMC : <https://students-residents.aamc.org/applying-md/phd-programs/md-phd-degree-programs-state>.

6. *Guides*, AMPS, 2018 : <https://amps-asso.org/opportunités/guides/>.

conséquence un classement ne permettant pas d'obtenir la spécialité qu'ils désirent et doivent subir les conséquences financières liées à la perte de leur salaire de doctorant. De même, ceux qui ont choisi la voie 2 éprouvent des difficultés à faire de la recherche pendant l'internat en raison de la charge de travail imposée par celui-ci¹.

De plus, les perspectives de carrières qui s'ouvrent à eux sont par la suite peu attractives : salaires faibles, manque de postes, charge de travail très importante avec peu de temps pour faire de la recherche (voir partie sur les médecins hospitalo-universitaires)².

Cela peut expliquer le départ d'un certain nombre d'étudiants, non quantifiable, pour d'autres pays, comme la Suisse. En effet, en Suisse, les étudiants sont choisis sur dossier, il est possible de faire la spécialité médicale désirée sans passer par un concours, les salaires des doctorants³ et des médecins hospitaliers⁴ sont plus élevés et les conditions de travail meilleures⁵.

Comment augmenter l'attractivité des doubles cursus ?

Pour inciter les étudiants à faire des doubles cursus, nous suggérons de faciliter les parcours recherches.

Certaines pistes ont déjà été proposées⁶ :

- aide au retour en médecine après une thèse précoce : maintien d'un salaire de doctorant pour qu'il n'y ait pas de chute des revenus ;

- prise en compte du parcours recherche dans le calcul de score pour le classement de l'internat : avoir fait une thèse de sciences doit rapporter plus de points qu'un master 2, qui doit lui-même être plus valorisé qu'un master 1. La publication d'articles scientifiques doit également être prise en compte. Le domaine de la thèse doit être considéré : si un étudiant a fait une thèse en oncologie, il serait logique qu'il ait la possibilité de choisir cette spécialité ;
- création d'un internat recherche avec un temps dédié à la recherche comme pour les chefs de clinique ;
- financement d'une thèse de sciences pendant l'internat : il existe peu de financements sur trois ans, et le revenu est souvent inférieur à celui d'un interne (1 500⁷-1 700⁸ euros, *versus* 2 000-2 500 euros pour un interne qui fait des gardes⁹). Cela l'oblige à travailler (remplacements, gardes) pour compenser le manque à gagner. De plus, même si l'interne obtient une bourse équivalente à son salaire d'interne – comme la bourse de la Fondation pour la recherche médicale –, certains instituts – comme à l'Inserm ou au CEA (Centre de l'énergie atomique) – refusent de verser l'intégralité de l'argent, lui donnant uniquement un salaire de thésard sous prétexte de raisons administratives. Les instituts de recherche devraient inclure dans la grille salariale les internes qui font une thèse de sciences afin que ceux-ci puissent toucher l'intégralité de leur bourse.

1. Marc Scherlinger, Thomas C. M. Bienvenu, Max Piffoux et Perrine Séguin, « Les doubles cursus médecine-sciences en France - État des lieux et perspectives », *Med Sci (Paris)*, vol. 34, 2018, pp. 464-472.

2. Marc Scherlinger, Matthieu Tihy, Carine Ali et Thomas C. M. Bienvenu, « Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires. Étude transversale quantitative et enquête d'opinion, pour l'Association médecine/pharmacie sciences », *La Presse médicale formation*, 2021, vol. 2, pp. 74-76.

3. « Salaires des doctorant-e-s », myScience, en ligne : www.myscience.ch/fr/working/salary/salary_phd.

4. Marie Foult, « Plus d'un million d'euros par an : en Suisse, le salaire des médecins chefs à l'hôpital fait polémique », *Le Quotidien du médecin*, 1^{er} mars 2018.

5. « Santé : les médecins français s'exilent en Suisse », France info, 4 décembre 2017.

6. Marc Scherlinger et Thomas C. M. Bienvenu, *Séjour de la santé : replacer la recherche au cœur du système de santé*, Fondation Jean-Jaurès, 24 juillet 2020.

7. « FAQ – Mon doctorat en France », Campus France.

8. « Année Recherche », Agence régionale de santé d'Île-de-France, 9 septembre 2021.

9. « Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé », Legifrance.

Rôle et attractivité des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires

Les différents postes de médecin à l'hôpital

Il existe différents statuts pour les médecins hospitaliers :

- assistant : contrat en CDD de deux ans, renouvelable une fois ;
- praticien adjoint contractuel (PA) ;
- praticien attaché et attaché associé – PATT ;
- praticien hospitalier contractuel (PHC) : contrat en CDD ;
- praticien hospitalier (PH) : contrat en CDI à temps partiel ou à temps plein ;
- clinicien hospitalier : créé par la loi HPST, il est recruté par contrat sur des postes présentant « une difficulté particulière à être pourvus ». Sa rémunération comprend une part variable liée à la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs définis dans leur contrat.

Il en est de même pour les médecins hospitalo-universitaires :

- chef de clinique (CCA) : contrat en CDD de deux ans, renouvelable une fois ;
- praticien hospitalier universitaire (PHU) ;
- maître de conférences praticien hospitalier (MCU-PH) ;
- professeur et praticien hospitalier (PU-PH).

Manque d'attractivité des postes de médecins hospitaliers

Les hôpitaux français manquent de médecins. Le nombre de postes de praticiens hospitaliers (PH) vacants est passé de 17,8 % en 2007 à 30 % des postes en 2020¹. Mais cette statistique nationale cache des disparités régionales : en 2018, le nombre de postes vacants atteignait 34,9 % en Normandie, 33,7 % en Centre-Val de Loire, 38,7 % en Guadeloupe et même 77,8 % à Saint-Pierre-et-Miquelon².

Les raisons sont multiples, elles tiennent d'abord à la diminution du *numerus clausus* pendant plus de vingt ans – celui-ci est passé de 8 500 par an en 1971 à 3 500 par an en 1993, avant de remonter à 9 300 en 2020³ –, mais elles s'expliquent également par la décision de praticiens d'arrêter la médecine pendant ou après la fin de leurs études⁴.

Dans son Atlas 2018 de la démographie médicale, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) constate que le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 0,9 % entre 2010 et 2018⁵. Ainsi, le nombre de médecins en activité régulière pour 100 000 habitants est passé de 304,2 en 2010 à 287,4 en 2021⁶. L'Ordre différencie les médecins

1. Daniel Rosenweg, « 30 % de postes de médecins vacants : l'hôpital public veut une "conférence de consensus" », *Le Parisien*, 15 janvier 2020.

2. Anne Bayle-Iniguez, « Pénurie médicale, triste record : 27,4 % des postes de praticien hospitalier temps plein vacants », *Le Quotidien du médecin*, 11 juillet 2018.

3. Dominique Dupagne, « L'origine de la pénurie des médecins en France », *Atoute.org*, 21 décembre 2013.

4. Bérénice Rocfot-Giovanni, « Arrêter médecine, le grand tabou : "Ceux qui le font sont vus comme des fainéants" », *L'Obs*, 16 avril 2018.

5. « Démographie médicale et projet de loi Ma santé 2022 », *Conseil national de l'Ordre des médecins*, 4 décembre 2018.

6. Cartographie interactive de la démographie médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques.

inscrits en activité régulière (198 081 au 1^{er} janvier 2018) des médecins inscrits au tableau de l'Ordre (296 755 au 1^{er} janvier 2018). En effet, parmi les médecins inscrits au tableau de l'ordre, il y a également des retraités sans activité (21 %), des retraités ayant conservé une activité (5,9 %), des non-retraités sans activité (2 %) et des médecins avec une activité intermittente (4,4 %)¹.

La situation actuelle est donc celle d'un manque important de médecins, à l'hôpital comme en ville. Ce manque de médecins handicape le fonctionnement quotidien des hôpitaux, mais fragilise également leur avenir : il faut, en effet, aujourd'hui former un nombre croissant d'étudiants avec un nombre quasi constant d'hospitalo-universitaires et une diminution des lieux de stage en raison des fermetures d'hôpitaux, de services et de lits.

Le Ségur de la santé a acté une augmentation des salaires, mais celle-ci est jugée insuffisante pour les jeunes médecins. Les médecins assistants ou chefs de clinique (postes d'une durée de deux à quatre ans, juste après la fin des études) n'ont pas obtenu d'augmentation de salaire. Le salaire d'un praticien hospitalier premier échelon (le gouvernement a fusionné les trois premiers échelons de l'ancienne grille) aura un salaire brut de 4 411 euros par mois², pour une durée de travail qui dépasse souvent les quarante-huit heures par semaine (comme les internes, les PH demandent que le temps de travail soit compté en heures, et non en demi-journées)³.

À titre de comparaison, les données de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) pour 2019 indiquent des bénéficiaires non commerciaux (BNC) moyens de 77 417 euros par an

(6 450 euros par mois) pour un médecin généraliste, et de 113 472 euros par an (9 460 euros par mois) pour un spécialiste, avec de grandes disparités en fonction des spécialités⁴.

Enfin, rien n'est prévu pour améliorer la santé mentale des médecins.

La santé mentale des médecins hospitaliers

Même s'il demeure un sujet tabou, le problème de la santé mentale des médecins, pouvant aller jusqu'au suicide⁵, est connu de longue date. En France, une étude de 2011 retrouvait une prévalence de *burn out* d'environ 40 % chez les médecins hospitaliers (principalement anesthésistes réanimateurs). Les facteurs de risque retrouvés sont le sexe féminin, un âge jeune, une insatisfaction pour son salaire et avoir été victime de harcèlement⁶. Une étude sur 600 médecins hospitaliers parue en 2020 retrouve la présence de symptômes dépressifs chez 11 % des médecins et de symptômes anxieux chez 29 % d'entre eux⁷.

Toutes ces études datent d'avant la pandémie, la situation s'étant gravement détériorée depuis : une étude réalisée en novembre 2020 pointe également la présence de symptômes anxieux chez 47 % des médecins et de symptômes dépressifs chez 31 % d'entre eux⁸. Dans la population générale, ces chiffres étaient de 19 % et 23 %⁹.

Selon le bilan 2020 de l'Observatoire de la souffrance au travail d'APH (OSAT) du syndicat Action

1. *Ibid.*

2. « Arrêté du 28 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé », Legifrance.

3. Julien Moschetti, « Décompte du temps de travail des PH : le Snpbare veut en finir avec la demi-journée », What's Up Doc ?, 19 juin 2020.

4. Site internet de la CARMF : www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2021/bnc2019.htm.

5. Dante Duarte *et al.*, « Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 77, n°6, juin 2020.

6. Max-André Doppia *et al.*, « Burnout in French doctors: a comparative study among anaesthesiologists and other specialists in French hospitals (SESMAT study) », *Ann Fr Anesth Reanim*, vol. 30, 2011, pp. 782-794.

7. Patrick Hardy *et al.* « Comparison of burnout, anxiety and depressive syndromes in hospital psychiatrists and other physicians: Results from the ESTEM study », *Psychiatry Res*, vol. 284, 2020.

8. Elie Azoulay *et al.*, « Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Clinicians Facing the COVID-19 Second Wave: A Cross-Sectional Study », *Chest*, vol. 160, n°3, septembre 2021.

9. « CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 », Santé publique France, 25 novembre 2021.

praticiens hôpital, les principales causes de souffrance au travail sont « un arbitraire flagrant lié à la gouvernance dans l'établissement et une présomption de harcèlement moral au travail (51 % des déclarations), une désorganisation grave et chronique du service (46 %), des déficits en personnels médicaux (44 %) »¹.

Cette situation n'est pas nouvelle et avait notamment été mise en évidence par des suicides, à l'image de celui du professeur Jean-Louis Mégny commis en décembre 2015 sur son lieu de travail². L'association créée à la suite du suicide de ce praticien de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) a recensé plusieurs centaines de cas de harcèlement sur tout le territoire et à tous les niveaux hiérarchiques³. Elle met notamment en cause la répartition des pouvoirs mise en place par la loi de 2009⁴ et le manque de soutien aux victimes⁵. Cependant, la médiatisation des cas ne semble pas être efficace⁶ pour améliorer la situation.

Comment améliorer l'attractivité et la santé mentale des médecins hospitaliers ?

Le Ségur de la santé a constitué un pas dans la bonne direction, mais les augmentations de salaire ont touché principalement les médecins les plus avancés dans leur carrière.

Pour améliorer la situation, les propositions sont connues :

- augmentation des salaires centrée sur les internes et les jeunes médecins⁷ ;
- lutte contre le harcèlement et pour la promotion de la santé mentale. Il existe une prise de conscience du problème depuis 2018⁸, avec la mise en place d'un numéro d'écoute et d'assistance aux médecins et aux internes⁹. Il existe également des unités spécialisées dans le soin et la prise en charge des professionnels de santé (USPS)¹⁰. Malheureusement, le sujet reste encore largement tabou et ces structures sont mal connues ;
- respect du temps de travail maximal hebdomadaire de quarante-huit heures : comme pour les internes, les médecins hospitaliers travaillent souvent plus que les quarante-huit heures hebdomadaires. Or, les jeunes médecins ne tolèrent plus cette situation¹¹ et veulent que la loi soit respectée¹² ;
- respect de la loi de manière globale à l'hôpital, où les violations sont aujourd'hui fréquentes : là où le délai peut atteindre plusieurs semaines pour les assistants ou chefs de cliniques, le contrat de travail doit être signé dans les deux jours suivant l'embauche pour les CDD¹³, tolérance zéro pour le harcèlement moral¹⁴ ;
- conditions de travail décentes : bureau de consultation, ordinateurs qui fonctionnent, sécurité des locaux et du personnel, places de crèches en nombre suffisant...

1. Julia Neuville, « Harcèlement moral, la principale cause de la souffrance à l'hôpital », *What's Up Doc ?*, 17 mars 2021.

2. Anne Jouan, « Suicide du cardiologue de Pompidou : un "homicide involontaire" », *Le Figaro*, 9 février 2017.

3. Laure Bruyas, « Tentative de suicide, burn-out, humiliations... Alerte au "harcèlement moral" à l'hôpital de Nice », *Nice-Matin*, 5 juin 2019.

4. Jean-Bernard Gervais, « 500 praticiens harcelés ou en burn-out nous ont déjà contactés », *What's Up Doc ?*, 29 mars 2019.

5. Stéphane Long, « Porter plainte, c'était une question de survie », une PH obtient la condamnation de son chef de service pour harcèlement », *Le Quotidien du médecin*, 12 décembre 2020.

6. Éric Favereau, « À l'hôpital Sainte-Anne, un climat "irrespirable" entre psychiatres », *Libération*, 10 février 2020.

7. « Jeunes PH, les grands perdants du Ségur de la Santé », *Jeunes Médecins*, 17 juillet 2020.

8. « Une nouvelle étape dans la structuration de l'entraide ordinaire », *Conseil national de l'Ordre des médecins*, 13 mars 2018.

9. « Entraide : un nouveau numéro unique d'écoute », *Conseil national de l'Ordre des médecins*, 3 avril 2019.

10. « Unités spécialisées », *Prevention-soignant.fr* : <https://prevention-soignant.fr/unites-specialisees-pour-les-professionnels-de-sante/>.

11. Alice Raybaud, « À l'hôpital, ces futurs médecins qui ne veulent plus tout sacrifier à leur métier », *Le Monde*, 7 mai 2019.

12. Julien Moschetti, « Décompte du temps de travail des PH : le SnpHare veut en finir avec la demi-journée », *What's Up Doc ?*, 19 juin 2020.

13. « Est-il obligatoire d'avoir un contrat de travail écrit et signé ? », *Code du travail numérique*.

14. Jean-Yves Nau, « "Harcèlements à l'AP-HP" : quand l'association Jean-Louis Mégny réplique à Martin Hirsch », *Journalisme et santé publique*, 27 octobre 2017 ; « Suicide d'un cardiologue à l'hôpital parisien Pompidou : l'AP-HP et quatre cadres poursuivis pour "harcèlement moral" », *Libération*, 22 septembre 2021.

Les carrières hospitalo-universitaires

Les médecins hospitalo-universitaires ont une triple fonction théorique :

- enseignement : étudiants en médecine, mais également des autres professions de santé et des autres filières (biologie, biochimie,...) ;
- recherche ;
- hospitalière : activité de consultation, mais également supervision d'une salle de patients hospitalisés.

On peut rajouter une quatrième fonction, managériale, qui est également chronophage.

Manque de personnel

Le manque d'effectifs est important : comme l'illustre un rapport du Sénat de 2018, le nombre de médecins hospitalo-universitaires est resté stable entre 2005 et 2015 (+1,25 %) alors que le nombre d'étudiants en médecine a doublé :

« Le nombre de postes pourvus à l'issue des ECN a augmenté de 60 % entre 2005 et 2010 (de 3 822 à 6 132) et a doublé entre 2005 et 2016 (de 3 822 à 7 681). Conséquence de la hausse du nombre de postes ouverts, le nombre d'internes en médecine, toutes années du troisième cycle confondues, a augmenté de 32 % entre 2010 et 2014, passant de 21 721 à 28 737. La DGOS estime que le nombre d'internes de médecine en cours de formation pourrait atteindre près de 34 000 en 2023. Ainsi, la forte croissance du *numerus clausus* ne s'est accompagnée ni d'une augmentation globale de l'offre de formation hospitalo-universitaire (le nombre de postes hospitalo-universitaires titulaires est stable depuis 2005), ni d'une redistribution des capacités de formation entre sites : la répartition par université du nombre de personnels hospitalo-universitaires titulaires reste déséquilibrée, conduisant notamment de nombreux praticiens hospitaliers à assurer des fonctions d'enseignement pratique¹. »

De plus, il existe de grandes disparités entre les spécialités et les facultés de médecine avec un ratio nombre d'étudiants/personnel HU variant de 5,92 à Paris Descartes (maintenant fusionné dans l'Université de Paris) à 15,32 pour la faculté Lille 2².

Charge de travail trop importante : quand faire de la recherche ?

Une enquête récente auprès de médecins hospitalo-universitaires souligne un temps de travail hebdomadaire moyen de 56,8 heures \pm 11,8 heures. Les activités médicales étaient majoritaires (46,5 % de leur temps \pm 18,8 %) et le temps consacré aux activités de gestion très important (18,4 % de leur temps \pm 13,9 %).

Moins de la moitié du temps de travail était consacrée aux deux autres missions : activités de recherche (22,7 % de leur temps \pm 15,5 %) et activités d'enseignement (12,4 % de leur temps \pm 7,7 %).

Les répondants déploraient un manque de personnel et des tâches administratives chronophages³. Rappelons que, contrairement au médecin hospitalier qui dispose de cinq semaines de vacances et de quatre semaines de RTT, le médecin hospitalo-universitaire n'a pas de RTT.

Pour permettre aux chefs de clinique d'avoir une activité de recherche, la Fondation Bettencourt-Schueller, en partenariat avec l'Inserm, a créé des postes de CCA Inserm-Bettencourt. Au nombre de quatre par an pour toute la France, ils assurent au médecin, d'une part, de pouvoir consacrer 50 % de son temps à la recherche et, d'autre part, de disposer d'un financement de 45 000 euros par an pour des dépenses liées à son projet de recherche. Pour ce faire, la fondation verse à l'hôpital 50 % du salaire du CCA, ce qui permet au service de financer un poste hospitalier en plus (praticien attaché ou assistant spécialiste).

1. « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale », rapport d'information n° 228 (2017-2018) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 17 janvier 2018, Sénat.

2. *Ibid.*

3. Marc Scherlinger, Matthieu Tihy, Carine Ali, Thomas C. M. Bienvenu, « Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires. Étude transversale quantitative et enquête d'opinion, pour l'Association médecine/pharmacie sciences », *art. cit.*

Faire de la recherche nécessite de l'argent. Malheureusement, les crédits consacrés aux composantes santé et sciences biologiques au sein de la mission interministérielle « Recherche et enseignement supérieur » (MIREs) ont baissé de 20 % entre 2010 et 2020. La part du budget de la MIREs consacrée aux composantes santé et sciences biologiques est aujourd'hui de 17 %, contre 20 % en 2010¹.

Parité

Beaucoup d'espoir avait été mis dans la féminisation de la profession médicale pour parvenir à faire reculer la misogynie et le harcèlement sexuel à l'hôpital. Il y a certes eu une amélioration sur les vingt dernières années. Mais si les femmes représentent désormais plus de la moitié des praticiens hospitaliers, elles ne représentent selon une étude récente² que 20 % des professeurs et 16 % des doyens des facultés de médecine. Cela pose d'autant plus de problèmes que, depuis 2016, la composition du jury de thèse « doit permettre une représentation équilibrée des femmes et des hommes³ ». Les femmes professeurs doivent donc participer à quatre fois plus de jurys de thèse que leur homologue masculin, ce qui augmente ainsi de façon disproportionnée leur charge de travail.

Le manque d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires

Le Ségur de la santé de 2020 a prévu une augmentation des salaires pour les praticiens hospitaliers. Cette augmentation va favoriser principalement les médecins les plus âgés, avec la création de trois nouveaux échelons. Mais cette revalorisation ne concerne pas

les médecins hospitalo-universitaires, qui devraient attendre le 1^{er} janvier 2022⁴.

Le 30 juin 2021, l'Académie nationale de médecine a adopté un avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires :

« L'attractivité de la carrière s'effondre, comme en témoignent les démissions en cours de carrière et la désertification des viviers de certaines disciplines dont certaines ne sont plus représentées dans les CHU : ces trois dernières années, depuis 2018, 139 PU-PH et MCU-PH (78 PU-PH et 61 MCU-PH) ont démissionné (enquêtes de Gilbert Vicente et de la Conférence des doyens, 2021). Les jeunes candidats sont de plus en plus réticents à s'engager, compte tenu d'un avenir incertain, des contraintes liées à la carrière⁵. »

Elle constate également que « la grille des émoluments hospitaliers comporte des anomalies aggravées par le Ségur de la santé⁶ ».

Enfin, en juillet 2021, le gouvernement a publié un document de synthèse sur l'amélioration de l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires⁷. Il propose vingt-quatre mesures, pour un coût de 42,6 millions d'euros : 26,6 millions d'euros pour la revalorisation des grilles de rémunération hospitalière et la création de la prime universitaire et 16 millions d'euros pour l'augmentation du taux d'abondement des plans épargne-retraite.

Il s'articule autour de quatre axes :

- mieux accompagner la préparation aux concours et l'entrée dans la carrière hospitalo-universitaire. Cela comprend notamment : la prise en compte des mobilités précoces réalisées au cours du deuxième cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie pour valoriser les doubles cursus santé/sciences et le renforcement du dispositif de l'année recherche au cours de l'internat ;
- aménager et valoriser la mission globale d'enseignement, de recherche et de soin des personnels

1. « Le financement et l'organisation de la recherche en biologie-santé », Sénat, 15 juillet 2021.

2. Antoine Le Boedec, et al., « Gender inequality among medical, pharmaceutical and dental practitioners in French hospitals: Where have we been and where are we now? », *PLoS ONE*, vol. 16, n°7, 9 juillet 2021.

3. « Arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat ».

4. Marc Scherlinger et Thomas C. M. Bienvenu, *Ségur de la santé : replacer la recherche au cœur du système de santé*, op. cit.

5. « Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires », Académie nationale de médecine, 30 juin 2021.

6. *Ibid.*

7. « Vers une plus grande attractivité des carrières hospitalo-universitaires », ministère des Solidarités et de la Santé, 22 juillet 2021.

hospitalo-universitaires : un MCU-PH commencera par un salaire brut hospitalier de 2 751,8 euros par mois (+508 euros par mois suite à la revalorisation) et un PU-PH avec 3 197,2 euros par mois (+371 euros par mois suite à la revalorisation) ; amélioration du régime de retraite hospitalière complémentaire... ;

- conforter l'engagement dans la carrière hospitalo-universitaire et assouplir le cadre statutaire et d'exercice : amélioration de la couverture Assurance-maladie... ;
- renforcer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Pour le Syndicat des hospitalo-universitaires (SHU), ces annonces sont décevantes, notamment pour les revalorisations salariales qui demeurent très inférieures à celles des praticiens hospitaliers : +3 000 euros par an en fin de carrière pour les MCU-PH contre +17 000 euros par an pour les PH¹.

Comment redonner de l'attractivité aux carrières hospitalo-universitaires ?

Le constat des problèmes ayant été établi depuis plusieurs années, des propositions ont déjà été faites². D'autres peuvent être envisagées :

- augmentation des effectifs. Pour suivre l'évolution de l'augmentation du nombre d'étudiants, il faudrait doubler le nombre d'hospitalo-universitaires. Mais ces médecins ont un salaire payé en partie par l'hôpital et en partie par l'université (faculté de médecine). Cela signifie qu'il faudrait considérablement augmenter le budget des facultés de médecine. De plus, cette augmentation devrait aussi corriger les disparités de manière à obtenir un ratio universitaire/étudiants similaire entre les spécialités et entre les facultés ;

- augmentation des salaires. Par ailleurs, il faut noter que la retraite des hospitalo-universitaires n'est calculée que sur leur salaire universitaire, et pas sur la totalité de leur salaire, ce qui signifie une retraite diminuée ;
- lutte contre le harcèlement et pour la promotion de la santé mentale. Comme détaillé précédemment, les cas de harcèlement sont rarement sanctionnés et les victimes rarement soutenues. Cette lutte doit également impliquer le personnel administratif : les victimes se plaignent de l'absence de soutien de la part des directions des hôpitaux ;
- favoriser la parité : puisque les femmes représentent aujourd'hui la moitié des médecins hospitaliers, on peut s'attendre à ce qu'elles représentent la même proportion parmi les nouveaux professeurs. Sans exiger que 50 % des postes soient réservés aux femmes, on pourrait demander que les nouvelles promotions de professeurs aient le même objectif que la circulaire de 2016 concernant les jurys de thèse : « une représentation équilibrée des femmes et des hommes », au regard des effectifs dans la spécialité ;
- sécuriser le temps consacré à la recherche. Comme le dispositif de CCA Inserm-Bettencourt, la création d'un poste universitaire pourrait s'accompagner d'une augmentation de la dotation hospitalière du service pour recruter un médecin hospitalier supplémentaire. De même, un financement initial du projet de recherche (40 000 euros/an pour les postes de CCA Inserm-Bettencourt) du MCU ou du PU permettrait au médecin chercheur de faire de la recherche plutôt que d'utiliser son temps et son énergie à chercher de l'argent pour financer ses projets ;
- redonner de l'autonomie aux médecins hospitalo-universitaires. Suite aux réformes des années 2000, et notamment la loi Hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009, les médecins se sont vu déposés de leur pouvoir aux profits des administratifs, dont la logique est purement financière³. Il est nécessaire de leur redonner du pouvoir sur la prise des décisions à l'hôpital⁴. Ce point sera développé dans la partie suivante.

1. *Vers une plus grande attractivité des carrières hospitalo-universitaires*, Gouvernement, le-shu.fr, juillet 2021.

2. Marc Scherlinger et Thomas C. M. Bienvenu, *Séjour de la santé : replacer la recherche au cœur du système de santé*, op. cit.

3. Michel Huguiet, « La crise hospitalière, une question de pouvoir », *Libération*, 6 avril 2020.

4. Samuel Laurent, « Qui doit gouverner à l'hôpital : les médecins, les directeurs ou les agences régionales de santé ? », *Le Monde*, 10 juin 2020.

L'organisation de l'hôpital public

Il existe actuellement quatre types d'établissements publics :

- les centres hospitaliers universitaires (CHU) : ce sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales ;
- les centres hospitaliers (CH) : leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus et chroniques, en médecine, chirurgie et obstétrique ;
- les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ;
- les hôpitaux d'instruction des armées (HIA).

Les HIA et les CHS ont des fonctionnements particuliers. Nous nous concentrerons ici sur les CHU et le CH. Il y a eu de nombreuses réformes de l'hôpital public, notamment la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2005. Nous détaillons uniquement celle de 2009.

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a publié en juin 2021 une synthèse de ces réformes¹.

La loi Hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009

L'organisation de l'hôpital public a été profondément modifiée en 2009².

Création des agences régionales de santé (ARS)

Ces agences regroupent les fonctions de sept entités :

- l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) ;
- les DDASS et DRASS ;
- le Groupement régional de santé publique (GRSP) ;
- l'Union régionale des caisses d'Assurance-maladie (URCAM) ;
- la Mission régionale de santé (MRS) ;
- la Caisse régionale Assurance-maladie (CRAM) pour les parties sanitaires.

Le directeur de l'ARS a donc des pouvoirs importants.

Réforme de la gouvernance de l'hôpital

Cette réforme était voulue par le président Sarkozy qui souhaitait « mettre un seul patron à l'hôpital³ ». Elle est désormais articulée ainsi :

- le directeur dirige l'hôpital et en est le représentant. Il bénéficie de prérogatives importantes et est chargé de sa gestion courante sous le contrôle du Conseil de surveillance qui le nomme ;
- le directoire comprend sept membres (neuf dans le cas des CHU). Le directeur de l'hôpital en est le président, et le président de la Commission médicale d'établissement (CME) en est le vice-président. Le directeur choisit les membres du directoire parmi le personnel d'encadrement de l'établissement, afin que les membres des professions médicales soient majoritaires. Le directoire conseille le directeur et doit être consulté sur certaines décisions ;
- le Conseil de surveillance (CS) contrôle l'activité de l'établissement et valide certaines décisions. Le Conseil de surveillance comprend neuf membres dans la plupart des hôpitaux locaux, quinze dans

1. « Synthèses et bibliographies thématiques », IRDES.

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), 2009-879.

3. Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur les défis et priorités de l'hôpital de demain, à Bordeaux le 16 octobre 2007.

- les centres hospitaliers et dans tous les autres établissements. Il se compose à parité de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et de personnalités qualifiées, dont des représentants des usagers. La présidence du Conseil de surveillance est attribuée à une personne élue par lui, choisie parmi les élus locaux ou parmi les personnalités qualifiées ;
- la Commission médicale d'établissement (CME) est l'instance de représentation du personnel médical et pharmaceutique de l'établissement. Membre du directoire, le président élu de la Commission médicale d'établissement bénéficie de compétences particulières ;
 - la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : elle donne son avis sur l'organisation des soins infirmiers et l'accompagnement des patients, ainsi que sur la formation du personnel ;
 - le Comité technique d'établissement est chargé de représenter le personnel non médical. Il est consulté sur les questions stratégiques et concernant le personnel ;
 - le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), similaire à celui des entreprises privées.

Conséquences

La loi a entraîné une suppression des contre-pouvoirs : le directeur de l'hôpital obéit au directeur de l'ARS, qui obéit au ministre de la Santé. Les autres instances (Conseil de surveillance, directoire, CME) n'ont pas les moyens de s'opposer au directeur de l'hôpital.

De ce fait, le directeur doit plaire uniquement à sa hiérarchie, dont dépendent ses primes, notamment la prime de fonctions et de résultats¹, qui peut dépasser

les 60 000 euros par an². Ainsi, l'intérêt du directeur de l'hôpital n'est pas d'avoir une offre de soins suffisante pour le bassin de population de l'hôpital, d'assurer la qualité des soins, ou encore de préserver la bonne santé du personnel hospitalier, mais d'obéir avec zèle aux instructions du directeur de l'ARS³.

En l'absence de contre-pouvoirs, les directeurs d'hôpitaux ont pu sans difficulté fermer des lits – 3 000 lits en moins par an en moyenne depuis 2012 – et supprimer des postes.

Le Ségur de la santé

Chaque gouvernement a fait voter au moins une loi visant à regrouper les hôpitaux dans des ensembles toujours plus grands afin de mutualiser les moyens et de réduire les coûts. Suite à la pandémie, le gouvernement a organisé un Ségur de la santé qui a abouti à 33 propositions⁴, dont une revalorisation des salaires et 15 000 recrutements. Des chiffres largement en deçà des attentes des soignants, qui demandaient la réouverture de 69 000 lits et la création de 100 000 postes dans les hôpitaux⁵.

Plus de la moitié du plan d'investissement de 19 milliards d'euros sera déléguée aux ARS. Le directeur de l'hôpital continue de diriger sans réel contre-pouvoir. De plus, le Ségur de la santé a eu lieu dans un climat tendu, le ministère de la Santé ayant porté une « atteinte grave et manifestation illégale à une liberté fondamentale », selon le tribunal administratif⁶, pour avoir refusé d'inviter le syndicat Jeunes Médecins. En 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé a été condamné à trois reprises pour son attitude envers le syndicat Jeunes Médecins⁷.

1. « Décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière », Legifrance.

2. « Arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière », Legifrance.

3. Jean-Bernard Gervais, « La prime "résultats" des directeurs d'hôpital hérisse le poil des médecins », What's Up Doc ?, 27 décembre 2019.

4. « Ségur de la santé : les conclusions », ministère des Solidarités et de la Santé.

5. Anne Bayle-Iniguez, « Olivier Véran condamné par le tribunal administratif de Paris à inviter le syndicat Jeunes Médecins au Ségur de la Santé », *Le Quotidien du médecin*, 3 juin 2020.

6. *Ibid.*

7. Jean-Bernard Gervais, « Pour la troisième fois, Olivier Véran condamné pour entrave aux libertés syndicales par Jeunes Médecins », What's Up Doc ?, 19 novembre 2020.

L'hôpital public : manque de personnel soignant, manque de lits et manque de moyens

Le nombre de lits à l'hôpital public diminue depuis quarante ans. Depuis 2013, 27 000 lits d'hospitalisation complète ont été fermés, soit une baisse de 6,5 % en sept ans selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les chiffres de la DREES doivent être interprétés avec prudence car ils ne font pas la distinction entre hôpital public et hôpital privé¹. Ainsi, selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il y avait 392 644 lits en 1981 à l'hôpital public et, selon la DREES, au 31 décembre 2020, 386 835 lits d'hospitalisation avec nuitée dans les hôpitaux publics et privés, répartis comme suit : 237 813 (62 %) dans le public, 55 479 (14 %) dans le privé à but non lucratif et 93 543 (24 %) dans le privé à but lucratif².

C'est donc 154 831 lits d'hospitalisation complète qui ont été fermés à l'hôpital public en quarante ans (-39 %). Tous les citoyens n'ont pas les capacités financières pour aller en clinique privée. Le gouvernement met en avant le développement de l'activité ambulatoire (lits d'hospitalisation sans nuitée, au nombre de 79 000) pour justifier la fermeture de lits. Ainsi, la DREES a constaté que 5 700 lits d'hospitalisation complète ont été fermés en 2020, mais le nombre de places en hospitalisation partielle (sans

nuitée) et en hospitalisation à domicile (HAD) a augmenté. Du fait de la pandémie de Covid-19, le nombre de lits de soins critiques a également augmenté (+700)³.

La population française était de 55 millions d'habitants en 1981, contre 67 millions en 2019. Le nombre de lits d'hôpitaux avec nuitée par habitant a donc diminué et est passé de 7,1 à 5,8 pour 1 000 habitants⁴. À l'inverse, la proportion des plus de soixante-cinq ans (nécessitant plus de soins) dans la population française est passée de 14 % à 20 %⁵.

Ce manque de lits se double d'un manque de moyens : selon la DREES, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière a diminué de 1 % en 2018⁶ et de 0,8 % en 2019⁷, en euros constants. Les conditions de travail s'étant dégradées et les salaires des soignants étant peu attractifs, malgré le Ségur de la santé, les hôpitaux n'arrivent plus ni à recruter des infirmiers, ni à les fidéliser : selon un rapport sur la situation en Île-de-France avant la pandémie, la durée de carrière moyenne en tant qu'aide-soignant était évaluée entre 11 et 15 ans, tandis que celle des infirmiers était comprise entre 10,5 et 14,5 ans⁸. Les conséquences de ces tendances lourdes se ressentent au quotidien dans des hôpitaux désormais contraints de fonctionner en sous-effectifs chroniques. Ainsi, selon la FHP, 34 000 postes d'infirmiers étaient vacants fin 2020⁹.

Dans son communiqué de presse de juillet 2021, le Collectif inter-hôpitaux (CIH) rappelle que : « Dans le Groupe hospitalo-universitaire Nord de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, en juin 2021,

1. « Communiqué de presse : Les établissements de santé – édition 2021 », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 27 juillet 2021.

2. « Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 29 septembre 2021.

3. *Ibid.*

4. « Infographie : Les pays comptant le plus de lits d'hôpitaux par habitant », Statista Infographies : <https://fr.statista.com/infographie/12883/lits-hopitaux-disponibles-par-pays/>.

5. « Population par âge – Tableaux de l'économie française », Insee, 27 février 2020.

6. « En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 30 septembre 2020.

7. « En 2019, le salaire net moyen dans la fonction publique hospitalière diminue de 0,8 % en euros constants », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 16 septembre 2021.

9. Mathieu Le Floch, Béatrice Pardini, *Carrière des aides-soignants et des infirmiers : durée d'exercice en Île-de-France*, Défi métiers, décembre 2020.

9. « Communiqué de presse : Fin des quotas pour l'apprentissage en santé. Un premier pas pour faire de la santé un moteur de la relance », FHP, 17 septembre 2020.

492 lits étaient fermés sur un total de 3 800 lits, soit 13 % des lits, du fait de 445 postes infirmiers vacants sur 4 050 postes au total (11%)¹. »

Les patients sont les premières victimes de ces conditions de travail et de soins dégradées : plusieurs études retrouvent une augmentation du taux de décès des patients dans les services qui manquent d'infirmiers².

L'absence de recrutements n'est pas une fatalité : c'est un choix politique. C'est ce dont témoigne l'augmentation des effectifs du personnel non soignant dans les hôpitaux (communication, directions, ressources humaines...), comme le rappelle un rapport de l'Académie nationale de médecine :

« La gouvernance de l'hôpital s'est transformée en une quarantaine d'années, générant une gestion administrative exorbitante. Il s'est ensuivi une augmentation irrationnelle du nombre des effectifs administratifs formés dans le moule unique d'une seule école (École des hautes études en santé publique) développant une vision uniforme gestionnaire et juridique de l'hôpital ; à titre d'exemple, entre 1983 et 1990, au sein des hôpitaux de Paris (AP-HP), le personnel administratif a augmenté de 24 % alors que le personnel soignant diminuait de 12 %³. »

Un système informatique obsolète et du matériel vieillissant

Un certain nombre de pays nordiques possèdent déjà depuis longtemps pour leurs hôpitaux un système informatique national. Cela a plusieurs avantages. Du point de vue de la sécurité des données, cela permet d'investir massivement dans une équipe informatique

couvrant l'ensemble du dispositif. Du point de vue du personnel, cela évite d'avoir à se former à un nouveau système à chaque changement d'hôpital. Du point de vue médical, cela permet d'éviter la perte d'informations d'un hôpital à l'autre et de gagner un temps précieux dans la prise en charge des patients. Du point de vue de la recherche, cela permet de disposer d'une base de données de grande ampleur.

En France, chaque hôpital peut actuellement disposer de son propre système, avec parfois des problèmes de compatibilité pour les examens d'imagerie. Il y a également des dysfonctionnements avec les boîtes mails professionnelles, aujourd'hui indispensables pour l'échange avec les patients ou les confrères. La plupart des ordinateurs des hôpitaux français sont très vieux, très lents et en quantité insuffisante, notamment pour les internes qui doivent écrire les comptes rendus d'hospitalisation des patients. Il en est de même pour les pèse-personnes ou les appareils à électrocardiogramme (ECG).

Certains retards technologiques laissent songeur. Les demandes d'examen d'imagerie (radio, échographie, scanner...) et de certaines consultations spécialisées se font encore par fax. De même, les comptes rendus d'hospitalisations sont également encore envoyés par fax entre différents hôpitaux. L'utilisation du fax pour transmettre des données de santé avait pourtant fait l'objet d'un avertissement en France par la CNIL en 2015⁴, et plus récemment par des chercheurs suisses⁵.

1. Collectif inter-hôpitaux, « Communiqué de presse concernant l'attractivité de l'hôpital public à 1 an du Ségur de la Santé », 19 juillet 2021.

2. Peter Griffiths, Jane Ball, Trevor Murrells, Simon Jones et Anne-Marie Rafferty, « Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study », *BMJ Open*, vol. 6, n°2, 9 février 2016 ; Filip Haegdorens, Peter Van Bogaert, Koen De Meester et Koenraad G. Monsieurs, « The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study », *BMC Health Services Research*, vol. 19, n°1, 21 novembre 2019 ; Jane E. Ball et al., « Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 78, février 2018.

3. Francis Michot et al., « Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, février 2019.

4. « Données de santé, messagerie électronique et fax », CNIL, 1^{er} décembre 2015.

5. Julie Müller, « Les fax menacent la sécurité des entreprises », *Le Temps*, 20 août 2018.

Une gestion administrative de l'hôpital au détriment des soignants et des patients

La crise liée à la Covid-19 a fait ressortir l'absurdité à laquelle sont quotidiennement soumis les médecins : on peut citer l'exemple de ce bus transférant des patients qui doit faire demi-tour sur ordre du ministère de la Santé¹, ou encore du Pr Agnès Hartemann, cheffe du service de diabétologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à laquelle on reproche la baisse d'activité durant le premier confinement².

Mais les dénonciations étaient déjà bien antérieures. En 2016, le Pr Michaël Peyromaure dénonçait déjà la situation à l'hôpital Cochin : fermeture des blocs opératoires une heure plus tôt, temps d'attente augmenté³... En 2018, des soignants ont créé un hashtag sur Twitter (*#BalanceTonHosto*) pour dénoncer ces situations absurdes, permettant ainsi de recueillir de nombreux témoignages sur les dysfonctionnements et les vexations auxquels sont confrontés les soignants français : un médecin qui ne peut accéder à l'hôpital en cas d'urgence parce qu'il n'a pas payé le parking ; des couloirs trop étroits pour que les lits puissent passer ; des internes en médecine qui perdent l'accès au parking d'un CHU au profit du personnel administratif ; le CHU de Rouen qui, au lieu d'effectuer des travaux pour améliorer une chambre de garde défectueuse, l'attribue aux externes⁴...

En 2020, suite à la grève du codage⁵, des soignants de l'AP-HP dénoncent les pressions sur le personnel, faites de menaces de sanctions disciplinaires ou de retenue de salaires⁶, mais également des menaces orales :

« C'est du bouche-à-oreille, on ne l'écrit pas, mais que certains médicaments ne seront pas délivrés, des mé-

dicaments chers pour certains patients, que certains postes ne vont pas être actés. Vous ne faites pas rentrer d'argent dans les caisses, donc ce mois-ci vous n'aurez pas les traitements lourds » (interview du Pr Agnès Hartemann⁷).

Réformer l'hôpital public

Devant la détérioration de la situation, de nombreuses propositions ont été faites ces dernières années, notamment par l'Académie nationale de médecine⁸, ou des organisations de soignants telles que le Collectif inter-hôpitaux (CIH) ou le Collectif inter-urgences.

Pour résumer, les demandes sont :

- diminution des pouvoirs du directeur : le rôle du directeur de l'hôpital doit se cantonner à la partie administrative. Il n'a pas les compétences pour s'ingérer dans les affaires médicales. De plus, le conseil de surveillance devrait mieux représenter le personnel soignant et avoir le pouvoir de s'opposer aux décisions du directeur ;
- renforcement du pouvoir médical : la Commission médicale d'établissement devrait gérer les affaires médicales. Au lieu d'un président de CME, il y aurait un binôme paritaire, avec des moyens administratifs (secrétaire) afin d'éviter une trop grande concentration des pouvoirs ;
- renforcement du pouvoir des hospitalo-universitaires et du doyen de la faculté de médecine dans les CHU, au sein de la direction et des instances (CME et conseil de surveillance) ;
- augmentation du nombre de représentants des étudiants en santé dans les instances ;
- augmentation des salaires : malgré le Ségur de la santé, les salaires des soignants restent peu attractifs

1. Samuel Laurent, « Coronavirus : à Reims, un bus transportant des patients sommé de faire demi-tour », *Le Monde*, 4 avril 2020.
2. Jean-Bernard Gervais, « Le Pr Agnès Hartemann dénonce le retour des vieux réflexes gestionnaires à l'hôpital », *What's Up Doc ?*, 14 mai 2020.
3. Damien Mascret, « Pr Michaël Peyromaure : "L'hôpital oublie les malades" », *Le Figaro*, 20 octobre 2016.
4. Cécile Thibert, « #BalanceTonHosto : quand les soignants dénoncent les absurdités de l'hôpital », *Le Figaro*, 24 janvier 2018.
5. Julien Moschetti, « Hôpital : "c'est un devoir moral de devoir s'exprimer sur ce qui ne va pas" », *What's Up Doc ?*, 18 novembre 2019.
6. « Grève du codage : le personnel de l'AP-HP menacé de sanctions », *egora.fr*, 31 janvier 2020.
7. « Grève du codage : "Arrêtons de facturer, soignons nos patients" », *France info*, 28 janvier 2020.
8. Francis Michot et al., « Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions », *art. cit.*

- pour le personnel paramédical, notamment pour les aides-soignants et les infirmiers ;
- augmentation importante des effectifs soignants et du nombre de lits d'hospitalisation publique ;
- réduction des tâches administratives : la multiplication des formulaires à remplir et des démarches font perdre un temps important, notamment le codage des actes imposés par la tarification à l'activité ;
- respect de la loi à l'hôpital, où les violations sont aujourd'hui fréquentes : concernant le contrat de travail, il doit être signé dans les deux jours suivant l'embauche pour les CDD¹, là où cela peut aujourd'hui prendre plusieurs semaines pour les assistants ou chefs de cliniques ; assignations abusives des internes² ; heures supplémentaires non payées pour les infirmiers³ ; harcèlement moral⁴ ;
- investissement dans le matériel : ordinateurs, pèse-personnes, appareil à ECG... de manière à ce que le personnel ait du matériel qui fonctionne rapidement et en quantité suffisante ;
- investissement dans un système informatique national de santé public utilisé par tous les hôpitaux. Cela signifie renouveler le matériel (ordinateurs) et embaucher des informaticiens avec des salaires correspondant aux normes pratiquées dans le privé. Aujourd'hui, l'AP-HP est dotée d'un système informatique commun, ORBIS, mais qui dépend d'une société privée ; de même, la prise de rendez-vous est effectuée *via* Doctolib. Il ne s'agit pas d'avoir un seul réseau, mais d'utiliser les mêmes logiciels et les mêmes normes partout en France, avec une possibilité de mise en commun des données sur des serveurs gouvernementaux protégés.

1. « Est-il obligatoire d'avoir un contrat de travail écrit et signé ? », *op. cit.*

2. Julien Moschetti, « Assignations abusives durant la grève : gare aux contrefaçons ! », What's Up Doc ?, 10 décembre 2019.

3. « Condamnation à indemniser des infirmiers anesthésistes pour préjudice financier », Tribunal administratif de Poitiers, 3 octobre 2019.

4. « "Harcèlements à l'AP-HP" : quand l'association Jean-Louis Mégnyen réplique à Martin Hirsch », *art. cit.* ; « Suicide d'un cardiologue à l'hôpital parisien Pitié-Salpêtrière : l'AP-HP et quatre cadres poursuivis pour "harcèlement moral" », *art. cit.*

Conclusion

Nous avons présenté une partie des nombreux problèmes qui touchent les études de médecine et le fonctionnement de l'hôpital public. Nous avons proposé des interventions qui permettraient d'améliorer la situation.

Nous avons centré notre travail sur l'hôpital et l'hospitalo-universitaire, sans aborder la question de la médecine libérale (clinique privée et cabinet). Nous n'avons également pas parlé de la psychiatrie dont le fonctionnement particulier nécessite un ouvrage à lui seul.

Les données disponibles indiquent une paupérisation de l'hôpital public depuis quarante ans, entraînant une perte de chance pour les patients et une souffrance accrue pour les soignants. On peut noter ces dernières années une multiplication des alertes et des

propositions de réforme : rapports de l'Académie de médecine, de la Cour des comptes, création de collectifs de soignants, ... Il n'y a pas de fatalité à cette situation.

Débuter dès 2022 une politique volontaire de création de postes de soignants (et non d'emplois d'administratifs) et d'ouverture de lits, associée à une augmentation des salaires, une réorganisation de l'hôpital public et une modification des études de médecine, permettrait de retrouver à l'horizon 2030 un système de santé à la hauteur des attentes des citoyens et des besoins des patients. La plupart des propositions présentées ici ont déjà été éprouvées antérieurement ou ont été mises en œuvre à l'étranger. Il ne nous manque en France que la volonté politique d'agir.

Table

des matières

- 01 Les propositions
- 03 Introduction

- 05 Les études de médecine
- 05 L'accès aux études de médecine
- 06 Le concours de l'internat
- 07 La souffrance des étudiants en médecine
- 08 Comment améliorer les études de médecine ?
- 09 Les doubles cursus médecine-sciences
- 10 Comment augmenter l'attractivité des doubles cursus ?

- 13 Rôle et attractivité des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires
- 13 Les différents postes de médecin à l'hôpital
- 13 Le manque d'attractivité des postes de médecins hospitaliers
- 14 La santé mentale des médecins hospitaliers
- 15 Comment améliorer l'attractivité et la santé mentale des médecins hospitaliers ?
- 16 Les carrières hospitalo-universitaires
- 17 Le manque d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires
- 18 Comment redonner de l'attractivité aux carrières hospitalo-universitaires ?

- 19 L'organisation de l'hôpital public
- 19 La loi Hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009
- 20 Le Ségur de la santé
- 21 L'hôpital public : manque de personnel soignant, manque de lits et manque de moyens
- 22 Un système informatique obsolète et du matériel vieillissant
- 23 Une gestion administrative de l'hôpital au détriment des soignants et des patients
- 23 Réformer l'hôpital public

- 25 Conclusion

Collection dirigée par Gilles Finchelstein et Laurent Cohen

© Éditions Fondation Jean-Jaurès
12, cité Malesherbes - 75009 Paris

www.jean-jaures.org

Derniers rapports et études :

03_2021 : Travailler à l'âge du numérique : l'an II des coopératives !
Jérôme Giusti, Thomas Thévenoud

05_2021 : Élections européennes et Covid-19 : quelle visibilité de l'Union européenne dans les journaux télévisés ?
Fanny Hervo, Théo Verdier

05_2021 : Signaler la haine pour mieux la combattre. Les LGBTphobies au prisme de l'application FLAG!
Flora Bolter, Denis Quinqueton, Johan Cavirot

06_2021 : Apathie démocratique et responsabilité politique
Émeric Bréhier, Frédéric Potier

06_2021 : Mécanismes d'une justice algorithmisée
Adrien Basdevant, Aurélie Jean, Victor Storchan

07_2021 : De la souveraineté européenne
Pervenche Berès, Antoine Bristielle, Jean-Philippe Derosier, Gilles Finchelstein, Thomas Manz, Max-Valentin Robert, Francis Wolff

09_2021 : La reconquête de la souveraineté alimentaire en Afrique. État des lieux et propositions
Pierre Jacquemot

10_2021 : Le dossier Zemmour. Idéologie, image, électorat
Coordonné par Gilles Finchelstein

11_2021 : Tableau politique de « La France d'après »
Jérôme Fourquet

12_2021 : Plaidoyer pour un Parlement renforcé
Yaël Braun-Pivet

01_2022 : Régime parlementaire ou régime présidentiel ? Le choix des citoyennes et des citoyens
Emmanuel Grégoire, Axelle Lemaire, Hugo Le Neveu-Dejault

-  [fondationjeanjaures](https://www.facebook.com/fondationjeanjaures)
-  [@j_jaures](https://twitter.com/@j_jaures)
-  [fondation-jean-jaures](https://www.linkedin.com/company/fondation-jean-jaures)
-  www.youtube.com/c/FondationJeanJaures

www.jean-jaures.org



Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS