

Mission

« Démographie médicale hospitalière »

Rapport présenté par le Pr. Yvon BERLAND

Membres de la mission :

Bernard BONNICI
Françoise DEBAISIEUX
Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Claude DEGOS
Pascal FORCIOLI
Daniel MARIE
Vincent MARSALA
Yves MATILLON
Dominique PERROTIN

Rapporteur :

Florence BRILLAUD

Septembre 2006

Sommaire du rapport

Composition de la mission	4
Lettre de la mission	5
Introduction	7
1. Etat des lieux.....	8
1.1 Les établissements de santé et leur organisation.....	8
1.1.1 Les établissements de santé publics.....	10
1.1.2 Les établissements de santé privés.....	20
1.2 Les établissements de santé et leur répartition	23
1.3 Les médecins des établissements de santé.....	25
1.3.1 Les effectifs par type d'établissement et par région	25
1.3.2 Les effectifs des différents groupes de spécialités	37
1.3.3 Les postes vacants.....	56
1.4 L'activité des établissements de santé.....	60
1.4.1 Les lits et places dans les établissements.....	61
1.4.2 L'activité de courte durée dans les établissements	66
1.4.3 L'activité liée aux lits et places	71
1.4.4 L'activité par région et secteur d'activité	74
1.4.5 L'activité liée aux effectifs	85
1.5 Les évolutions démographiques passées	88
1.5.1 La démographie médicale en France au cours des vingt dernières années	88
1.5.2 L'évolution des effectifs salariés entre 1998 et 2005	93
1.6 L'évolution du temps de travail des médecins salariés	98
1.6.1 Aménagement et réduction du temps de travail.....	98
1.6.2 Incitations à la mobilité.....	102
1.7 L'impact du système de formation.....	105
1.7.1 Le cursus des études médicales	105
1.7.2 L'Examen Classant National est l'objet de nombreuses critiques.	106
1.7.3 Les filières de formation de l'internat posent question.....	108
2. Les évolutions annoncées	110
2.1 Les évolutions démographiques.....	110
2.1.1 Les effectifs des médecins et la densité médicale vont considérablement diminuer, la profession va se féminiser.....	110
2.1.2 A l'horizon 2025 le secteur salarié hospitalier pourrait être moins affecté que le secteur libéral par la diminution des effectifs de médecins.	113

2.2 Les évolutions organisationnelles	115
2.2.1 La nouvelle gouvernance	115
2.2.2 Le compte épargne temps	115
2.2.3 La restructuration territoriale de l'offre de soins	116
2.3 L'évolution des pratiques.....	117
2.3.1 La demande et les modalités techniques de soins se transforment et font évoluer les ressources soignantes nécessaires.	117
2.3.2 Les comportements relatifs au choix d'activité professionnelle et d'exercice se transforment	118
2.4 La délicate question de l'avenir de la médecine générale	119
3. Eléments de comparaison avec des pays européens concernant les établissements de santé et la démographie hospitalière.....	121
3.1 Statistiques médicales globales	121
3.2 Les établissements hospitaliers.....	122
3.2.1 Nombre d'hôpitaux et de lits	122
3.2.2 La répartition public/privé	122
3.3 La démographie médicale hospitalière	123
3.4 Les enseignements tirés de ces comparaisons sont limités.	124
4 Analyse	125
4.1 Un système d'information précaire conduisant à un pilotage approximatif des ressources médicales.....	125
4.1.1 Des sources d'information multiples	125
4.1.2 Les conséquences de la faiblesse du système d'information sur la gestion des personnels et le pilotage des effectifs	126
4.2 Les établissements de santé seront confrontés à une baisse significative des acteurs médicaux.....	128
4.2.1 La répartition des médecins entre les différents types d'établissements	128
4.2.2 La répartition des acteurs entre les régions.....	140
4.2.3 La répartition par spécialités.....	143
4.3 Organisation infrarégionale et interrégionale des établissements de santé.....	148
4.3.1 La réorganisation infrarégionale de l'offre de soins	148
4.3.2 La logique de l'interrégion	149
5- Propositions	151
5.1 La nécessaire mise en place d'un système d'information performant et adapté au pilotage de la démographie des établissements de santé.	151
5.2 Une réorganisation profonde de l'offre de soins et des établissements de santé au niveau territorial	151
5.3 Des missions des établissements de santé à préciser	152
5.4 Les ARH doivent veiller à une meilleure organisation de l'offre de soins régionale.....	153

5.5	Une modification du système de formation permettant d'influencer la démographie hospitalière ...	153
5.6	Une réponse à l'inadéquation entre demande de soins et offre, dans les établissements hospitaliers par une plus grande collaboration entre les professions de santé	154
5.7	Les différences de rémunération entre les secteurs d'activités et entre les spécialités sont à prendre en compte dans la réflexion démographique médicale	154
5.8	Une nécessaire attention à porter à l'accueil des jeunes médecins dans les établissements de santé publics.....	155
5.9	Une harmonisation à apporter entre établissements publics et privés participant au service public .	155
5.10	Désamorcer la bombe à retardement que constitue dans le secteur public le compte épargne temps	155
5.11	Une identification clarifiée de la médecine générale dans les établissements hospitaliers	156
5.12	Permettre aux psychiatres des établissements de santé de se recentrer sur leur cœur de métier.	156
Synthèse des 17 propositions		157
Liste des personnes auditionnées		158
Annexes		160

COMPOSITION DE LA MISSION « DEMOGRAPHIE MEDICALE HOSPITALIERE »

Président :

Professeur Yvon BERLAND
Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
Président de l'Université de la Méditerranée – Aix Marseille II

Membres de la mission :

Monsieur Bernard BONNICI
Directeur du CH de Toulon

Professeur Claude DEGOS
Chef de service en neurologie à la Fondation de l'hôpital Saint Joseph

Docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON
Présidente de la CME du CH de la Roche-sur-Yon

Madame Françoise DEBAISIEUX
DRASS de Champagne-Ardenne

Monsieur Pascal FORCIOLI
Directeur de l'ARH de Picardie

Monsieur Daniel MARIE
Directeur général du CHU de Dijon

Docteur Vincent MARSALA,
Médecin Inspecteur Régional à la DRASS Rhône-Alpes

Professeur Yves MATILLON
Chef de mission sur les professions de santé

Professeur Dominique PERROTIN
Doyen de la faculté de médecine de Tours

Rapporteur :

Madame Florence BRILLAUD
Membre de l'Inspection générale des affaires sociales



Ministère de la Santé et des Solidarités

Le Ministre

Paris, le 6 MAR. 2006

Cab XR/ OB/ NL Mc D 06 1864

Monsieur le Président,

Dans le prolongement de la mission ministérielle qui vous a été confiée en novembre 2004 sur la démographie médicale, je vous demande de bien vouloir me proposer des orientations nationales permettant d'adapter ou de modifier les dispositifs existants pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population en tenant compte des spécificités territoriales, de l'évolution des modes de prise en charge et des techniques médicales à partir d'un état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé actuelle et de ses évolutions prévisibles.

Je souhaite que l'état des lieux que vous voudrez bien établir puisse me permettre d'apprécier la réalité de la situation actuelle quant à la répartition des praticiens sur le territoire par région, par spécialité (en indiquant pour chacune d'entre elle les volumes d'activité), par type d'établissement (publics : CHU, CH, PSPH et cliniques) et par type de statut et de mode de rémunération. Je souhaite également que ces données soient rapprochées de celles des autres pays de l'Union Européenne à structure sanitaire comparable.

Compte tenu de l'ampleur des travaux que je vous confie, je propose d'adjoindre à votre mission des professionnels expérimentés sur ce sujet dont vous avez fixé la liste avec mon Cabinet. Il s'agira des personnalités suivantes :

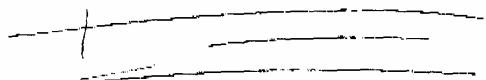
- Professeur Yves MATILLON, chef de mission sur les professions de santé,
- Professeur Dominique PERROTIN, Doyen de la faculté de médecine de Tours,
- Professeur Claude DEGOS, chef de service en neurologie à la Fondation de l'hôpital Saint Joseph,
- Docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, Présidente de la CME du CH de la Roche-sur-Yon,
- Daniel MARIE, directeur général du CHU de Dijon,
- Bernard BONNICI, directeur du CH de Toulon,
- Madame Françoise DEBAISIEUX, DRASS de Champagne-Ardennes,
- Monsieur Pascal FORCIOLI, Directeur de l'ARH de Picardie,
- Docteur Vincent MARSALA, Médecin Inspecteur Régional à la DRASS Rhône-Alpes.

Monsieur le Professeur Yvon BERLAND
Président de l'Observatoire National
des Professions de Santé
8 bis, rue Châteaudun
75009 PARIS

Je vous demande de bien vouloir me faire connaître vos propositions au début du mois de juin 2006. Je sais pouvoir compter sur votre engagement pour conduire cette importante mission qui sera déterminante pour améliorer le pilotage du système de santé de notre pays.

Je vous en remercie et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

fin à vous,



Xavier BERTRAND

INTRODUCTION

Par lettre en date du 6 mars 2006, le Ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a confié au Professeur Yvon Berland, Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, une mission d'études et de propositions sur la démographie médicale hospitalière pour laquelle Mesdames Marie-Ange Desailly-Chanson, Présidente de la CME du CH de la Roche-sur-Yon, Françoise Debaisieux, Directrice de la DRASS Champagne-Ardenne, Messieurs Yves Matillon, Chef de mission sur les professions de santé, Dominique Perrotin, Doyen de la faculté de médecine de Tours, Claude Degos, Chef de service en neurologie à la Fondation de l'hôpital Saint-Joseph, Daniel Marie, Directeur général du CHU de Dijon, Bernard Bonnici, Directeur du CH de Toulon, Pascal Forcioli, Directeur de l'ARH de Picardie, Vincent Marsala, Médecin inspecteur régional à la DRASS Rhône-Alpes, ont prêté leur concours.

1. Objet de la mission

Au terme d'un état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé actuelle et de ses évolutions prévisibles, la mission est invitée à formuler des propositions d'orientations nationales permettant d'adapter ou de modifier les dispositifs existants pour répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population.

Le Ministre a attiré l'attention de la mission quant à :

- la répartition des établissements de santé publics ou privés sur le territoire et par région ;
- la répartition des praticiens sur le territoire par région et par spécialité ;
- la répartition du volume d'activité sur le territoire par région, par type d'établissement et par spécialité ;
- le rapprochement des données observées dans notre pays à celles d'autres pays de l'Union Européenne.

2. Méthodologie suivie

Le contexte dans lequel s'inscrit la mission est marqué par des évolutions démographiques importantes des médecins qui suscitent des inquiétudes liées aux conditions et aux possibilités d'accès aux soins dans les établissements de santé publics ou privés sur le territoire national.

La mission a souhaité s'attacher à faire un inventaire détaillé des données chiffrées disponibles au 1^{er} janvier 2005 pour le recensement des établissements, des acteurs médicaux et de leur activité.

La mission considérant qu'il importait de dégager un diagnostic partagé pour tracer des préconisations réalistes, a souhaité rencontrer, dans les délais impartis, un grand nombre de professionnels de santé.

La mission s'est enfin appuyée sur les commentaires et conclusions de différents rapports récents et notamment sur les travaux de l'ONDPS qui a pu rassembler au cours des deux dernières années des informations issues de l'ensemble des professions de santé.

3. Plan du rapport

Le présent rapport est articulé autour de cinq parties.

- La première s'est attachée à faire l'état des lieux de la démographie médicale des établissements de santé.
- La deuxième est consacrée aux évolutions annoncées pouvant impacter dans les prochaines années l'offre de soins des établissements de santé.
- La troisième apporte quelques éléments de comparaisons des établissements de santé et de la démographie hospitalière des pays européens.
- La quatrième est une analyse de la situation actuelle de la démographie hospitalière basée sur l'état des lieux, les commentaires de rapports récents, l'avis des professionnels de santé et l'expertise apportée par les membres de la mission.
- La cinquième rend compte de propositions faites par la mission pour améliorer les dispositifs existants afin de mieux répondre aux besoins de la population.

1. Etat des lieux

Le présent chapitre a pour objet de décrire la situation actuelle des établissements de santé en France. Il aborde sept points :

- les établissements de santé et leur organisation ;
- la répartition des établissements de santé ;
- les acteurs médecins ;
- l'activité ;
- les évolutions passées ;
- l'environnement juridique ;
- le système de formation.

Chacun de ces points a pour objectif de présenter un aspect de l'organisation ou du fonctionnement de ces établissements. Cette approche globale apparaît indispensable. En effet, la démographie des établissements de santé ne se réduit pas au recensement du nombre de médecins exerçant en leur sein. Une telle approche quantitative doit être complétée par une analyse du cadre juridique dans lequel ces médecins exercent ainsi que d'une description précise de leur activité, de la répartition de la ressource entre les diverses spécialités et sur le territoire. Ce dernier élément est traité de façon transversale dans la plupart des points abordés, la mission accordant une attention particulière aux disparités géographiques.

Cet état des lieux a été réalisé sur la base des données de la statistique annuelle des établissements (**SAE**) de la **DREES**. Cette enquête réalisée chaque année par la DREES a en effet pour mérite d'être relativement complète car elle porte à la fois sur les capacités d'accueil des établissements, leurs ressources médicales et leur activité. Les chiffres retenus sont, sauf précision contraire, les chiffres au 1^{er} janvier 2005. Les résultats présentés ici, excluent les données des établissements du Service de santé des armées ainsi que celles relatives à la catégorie des « autres établissements publics » et, dans la plupart des tableaux, celles relatives aux « hôpitaux psychiatriques faisant office de publics » (HPP). Les informations relatives à la psychiatrie sont rassemblées dans des chapitres spécifiques.

1.1 Les établissements de santé et leur organisation

Les établissements de santé publics et privés analysés dans le présent rapport, sont au nombre de 3 175 au 1^{er} janvier 2005, offrent une capacité d'hospitalisation, en hospitalisation complète, de plus de 452 230 lits et de 48 220 places en hospitalisation partielle.

Ils sont organisés selon des statuts plus ou moins souples qui réglementent la nature juridique des établissements de façon à contribuer à la satisfaction des besoins des malades.

C'est la loi du 31 juillet 1991 qui a créé la catégorie juridique des établissements de santé se substituant désormais à l'ancienne distinction, hôpitaux publics et cliniques privées.

Le terme d'établissement de santé recouvre, dans un même concept, deux notions différentes, définies par la Nomenclature des établissements sanitaires et sociaux (NODESS) : l'entité juridique et l'entité géographique. L'entité juridique renvoie à une structure institutionnelle, possédant deux organes de décision : un conseil d'administration et une direction. Cette entité dispose d'une autonomie juridique et d'une autonomie financière. Quant à l'entité géographique, elle correspond à un site de production des soins.

Le secteur hospitalier est composé d'une part d'un **secteur public** regroupant les établissements publics de santé, d'autre part d'un **secteur privé** regroupant les établissements de santé privés à but lucratif et les établissements de santé privés à but non lucratif. Ces derniers se divisent en deux catégories : les établissements participant au service public hospitalier et ceux n'y participant pas.

Les établissements de santé publics et privés disposent de missions communes fixées par la loi. L'article L. 6111-1 du code de la santé publique précise que « les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ».

« Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. Ils participent également à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales ».

Les établissements de santé ont pour objet de dispenser :

- avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien¹.

Les établissements, publics ou privés, qui assurent le service public hospitalier, sont soumis à de fortes obligations. Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. De plus, le service public hospitalier concourt :

- à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;
- à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;
- à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente (art. L. 6112-1 du code de la santé publique)².

¹ Article L. 6111-2 du code de la santé publique

² Article L. 6112-1 à L. 6112-9 du code de la santé publique

1.1.1 Les établissements de santé publics

L'article L. 6141-1 du Code de la santé publique précise que les établissements publics de santé constituent « des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial ». Depuis la loi du 31 juillet 1991, on distingue les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.

Les centres hospitaliers sont composés des centres hospitaliers régionaux dont la plupart sont des centres hospitalo-universitaires (CHU), des centres hospitaliers de droit commun (anciens CHG et anciens CHS) et quelques établissements nationaux.

Les établissements publics sont historiquement rattachés juridiquement à une collectivité territoriale de support. C'est ainsi que l'on distingue :

- les établissements communaux (centres hospitaliers régionaux et/ou universitaires, centres hospitaliers généraux dans lesquels le président du conseil d'administration est, de droit, le maire de la commune de rattachement) et les établissements intercommunaux, dans lesquels le Président du conseil d'administration est élu, en son sein, parmi les représentants élus des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées ;
- les établissements départementaux (centres hospitaliers spécialisés dans la majorité des cas en psychiatrie ou maisons de retraite départementales) dans lesquels le président du conseil général assure, de droit, la présidence du conseil d'administration et les établissements interdépartementaux dans lesquels le président du conseil d'administration est élu, en son sein, parmi les représentants élus des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

1.1.1.1 L'organisation administrative des établissements publics de santé

a) Les organes de décision

Tous les établissements publics de santé sont administrés par un **conseil d'administration** comprenant trois catégories de membres (représentants des collectivités territoriales ; représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 et des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ; des personnalités qualifiées et des représentants des usagers).

Les conseils d'administration des centres hospitaliers et des centres hospitaliers régionaux ayant le caractère d'établissements publics de santé communaux ou intercommunaux, les conseils d'administration des centres hospitaliers ayant le caractère d'établissements publics de santé départementaux ou interdépartementaux sont composés de vingt-deux membres. Les conseils d'administration des centres hospitaliers universitaires ayant le caractère d'établissements publics de santé communaux sont composés de trente et un membres. Les conseils d'administration des hôpitaux locaux ayant le caractère d'établissements publics de santé communaux ou intercommunaux ou ayant le caractère d'établissement public de santé départemental sont composés de dix-huit membres.

Quelle que soit la catégorie de l'établissement public de santé, le directeur de l'établissement siège au conseil d'administration, avec voix consultative, comme le(s) représentant(s) de l'Etat dans le département (DDASS), le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le trésorier, agent du Trésor. La composition du conseil d'administration de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille fait l'objet de dispositions particulières.

Les attributions du conseil d'administration

L'article L. 6143-1 du Code de la santé publique précise que « le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur :

- 1° le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [...], après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;
- 2° la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;
- 3° l'état des prévisions de recettes et de dépenses [...], ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du Code de la sécurité sociale ;
- 4° le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;
- 5° les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation, ainsi que le bilan social ;
- 6° l'organisation de l'établissement en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes ainsi que les structures prévues à l'article L. 6146-10 ;
- 7° la politique de contractualisation interne ;
- 8° la politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 9° la mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- 10° les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- 11° les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n 2004-559 du 17 juin 2004 et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du Code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;
- 12° la convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
- 13° la prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale, dans les conditions prévues par le présent code et par le Code général des collectivités territoriales ;
- 14° le règlement intérieur ».

Les établissements publics de santé sont dirigés par un directeur général dans les CHR/CHU ou un directeur dans les centres hospitaliers non régionaux et non universitaires ainsi que dans les hôpitaux locaux. Il dispose d'une compétence générale sur l'établissement. Il est tout à la fois :

- le dirigeant de l'établissement public de santé ;
- le représentant légal de l'établissement ;
- l'exécutif de l'établissement ;
- l'ordonnateur des dépenses et des recettes ;
- la personne responsable des marchés ;
- l'exploitant ;
- l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Depuis les dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 portant réforme du régime juridique des établissements de santé, les établissements publics de santé sont cogérés par un **conseil exécutif**. Selon les termes du rapport au Président de la République accompagnant cette ordonnance, le conseil exécutif permet "de mieux associer les praticiens à la gestion des centres hospitaliers, des centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers universitaires".

Composition du conseil exécutif

Le nouvel article L 6143-6-1 du Code de la santé publique précise que « dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le conseil exécutif, présidé par le directeur, associe à parité :

- 1° le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par celui-ci ;
- 2° le président de la commission médicale d'établissement et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôles d'activité, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

En outre, dans les centres hospitaliers universitaires, le président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique assiste, avec voix consultative, aux séances du conseil exécutif.

Lorsque le président de la commission médicale d'établissement est en même temps directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement désigne un de ses membres pour le remplacer ».

Le directeur préside de droit le conseil exécutif et dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Le nombre de membres du conseil exécutif est fixé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement dans des limites fixées par décret. Sur ce point, le décret du 10 mai 2005³ précise que « lorsqu'ils fixent la composition du conseil exécutif de leur établissement, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6143-6-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ne peuvent retenir un nombre de membres supérieur à :

- douze, dans les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires ;
- seize, dans les centres hospitaliers universitaires »⁴.

Les attributions du conseil exécutif

Le conseil exécutif :

- 1° prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel et, à ce titre, les délibérations prévues à l'article L. 6143-1 [c'est-à-dire soumises à délibération du conseil d'administration]. Il en coordonne et en suit l'exécution ;
- 2° prépare le projet médical ainsi que les plans de formation et d'évaluation [...] ;
- 3° contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;
- 4° donne un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services ;
- 5° désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences⁵.

b) Les organes consultatifs

Ils sont constitués d'abord par des organes représentatifs des intérêts du personnel. Dans les établissements publics de santé, ils sont au nombre de deux : **la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement**. Ce sont des instances consultatives qui émettent des avis et des vœux en direction du conseil d'administration, du directeur, du conseil exécutif et des autorités sanitaires.

La commission médicale d'établissement représente les intérêts des praticiens hospitaliers. Elle donne des avis sur le projet d'établissement et les orientations médicales de l'établissement. Elle donne son avis sur les recrutements et carrière des praticiens hospitaliers, ainsi que sur la désignation des responsables de pôles et la nomination des chefs de service.

³ Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique, JO du 11 mai 2005, p. 8 158.

⁴ Article D. 714-10 du Code de la santé publique.

⁵ Article L 6143-6-1 du Code de la santé publique.

Le comité technique d'établissement agit comme un comité d'entreprise. Il formule des avis sur l'organisation du travail et le fonctionnement des services ainsi que sur les effectifs du personnel non médical.

➤ *La commission médicale d'établissement (CME)*

Les attributions de la commission médicale d'établissement ont été précisées par le décret n°2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales d'établissement et aux comités techniques des établissements publics de santé, et cela en application de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Les attributions de la commission médicale d'établissement

- 1° est consultée pour avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° prépare, avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire dont l'organisation en pôles cliniques et médico-techniques et, le cas échéant, de leurs structures internes ;
- 3° organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles [...] et, à cet effet, prépare avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, les plans de formation et actions d'évaluation correspondants ; examine, en formation restreinte, les mesures relatives au respect de l'obligation de formation continue prises par les conseils régionaux mentionnés à l'article L. 6155-3 en vertu des 2° et 3° de l'article L. 4133-4 ainsi que les conclusions des organismes agréés chargés de l'évaluation des praticiens mentionnée à l'article L. 4133-1 ;
- 4° émet un avis sur le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, tel qu'il est défini à l'article L. 6146-9 ;
- 5° émet un avis sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et de leurs éventuelles structures internes, dans la mesure où ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades ;
- 6° émet un avis sur les nominations des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique ;
- 7° émet, dans la formation restreinte prévue à l'article R. 6144-23, un avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens, conformément aux dispositions régissant ces différentes catégories de praticiens.

La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les mesures mentionnées aux 2° et 3° du présent article. Elle est régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers (C. santé publique, art. R. 6144-1).

La composition de la commission médicale d'établissement a été modifiée par le décret n°2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales d'établissement et aux comités techniques des établissements publics de santé, et cela en application de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Composition de la commission médicale dans les centres hospitaliers

La commission médicale des centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires est composée comme suit :

- 1° les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique ainsi que, dans les pôles d'activité comportant plusieurs services ou structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, les chefs de service et, le cas échéant, le pharmacien gérant mentionné à l'article 258 du décret du 17 avril 1943, ou les responsables des structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques mentionnées à l'article R. 714-16-5 ;
- 2° en nombre égal à celui des praticiens mentionnés au 1°, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires régis par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 ou par le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 et, le cas échéant, des représentants des pharmaciens régis par les dispositions du décret n° 72-361 du 20 avril 1972 élus par l'ensemble des praticiens hospitaliers et pharmaciens autres que ceux mentionnés au 1°, relevant des décrets précités, à l'exception de ceux qui ont été nommés en application de l'article 20 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et de l'article 15 du décret n° 85-384 du 29 mars 1985 ;
- 3° cinq représentants au total des médecins, odontologistes et pharmaciens contractuels ;
- 4° deux représentants des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en pharmacie, des internes en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement ;
- 5° une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

Toutefois, le nombre de représentants des personnels mentionnés aux 3° à 5° ci-dessus ne peut être supérieur au nombre des représentants des personnels siégeant au titre du 1°. Dans le cas contraire, il est réduit dans l'ordre inverse d'énumération des collèges visés aux 3° et 4° (C. santé publique, art. R. 714-16-1).

Dans les centres hospitaliers universitaires, à l'exception de ceux de Paris, Lyon, Marseille, Pointe-à-Pitre et Fort-de-France, la commission médicale d'établissement comprend les cinquante-quatre membres suivants :

Composition de la commission médicale dans les CHU

- 1° seize représentants des médecins, autres que ceux mentionnés au 4° ci-dessous, exerçant leur activité dans les spécialités de la médecine, de la psychiatrie ainsi que de la radiologie et imagerie médicale et au moins un dans chacune de ces deux dernières disciplines ;
- 2° onze représentants des chirurgiens exerçant leur activité en chirurgie générale et digestive, en spécialités chirurgicales et en gynécologie obstétrique ;
- 3° huit représentants des biologistes ;
- 4° six représentants des anesthésistes réanimateurs ;
- 5° un pharmacien titulaire élu par l'ensemble des pharmaciens de l'établissement ;
- 6° dans les centres hospitaliers universitaires ayant passé convention avec une unité de formation et de recherche en odontologie, deux odontologues ;
- 7° sept représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ;
- 8° un représentant des internes en médecine, des internes en odontologie et des résidents élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en odontologie et des résidents ;
- 9° un représentant des internes en pharmacie élu par ses collègues ;
- 10° une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions. (C. santé publique, art. R. 714-16-6).

Lorsque la commission médicale d'établissement compte plus de vingt membres elle constitue en son sein un bureau. La composition du bureau, ses règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement de la commission. Le bureau prépare la plupart des délibérations de la commission médicale d'établissement (C. santé publique, art. R. 714-16-26-1).

En outre, lorsque plus de la moitié des praticiens exerçant dans l'établissement ne siègent pas à cette commission, le corps médical, pharmaceutique et odontologique de l'établissement, réuni en assemblée générale, est informé au moins deux fois par an sur les travaux et délibérations de cette commission ainsi que sur la réalisation des objectifs fixés par le projet d'établissement ou le contrat d'objectifs et de moyens.

La commission siège en formation plénière. Toutefois, elle siège en formation restreinte lorsqu'elle examine les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des personnels médicaux.

➤ *Le comité technique d'établissement*

Le décret du 7 juillet 2005 a confirmé que le comité technique d'établissement comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant, président, des représentants du personnel des différentes catégories.

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

L'article R. 714-18-1. du code de la santé publique précise que le comité technique d'établissement prévu à l'article L. 6144-3 est obligatoirement consulté sur :

- 1° les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 ;
- 2° les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- 3° la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ;
- 4° les critères de répartition de la prime de service, la prime forfaitaire technique et la prime de technicité.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement. En application de l'ordonnance du 2 mai 2005, le décret du 4 mai 2005⁶ prévoit que « lorsque la commission médicale ou le comité technique ont connaissance de faits de nature à affecter de manière

⁶ Décret n°2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'État). JO n° 104 du 5 mai 2005, page 7 846.

préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au directeur de leur fournir des explications ». Sur cette base, ils peuvent rédiger un rapport conjoint et proposer au conseil d'administration en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit prévue à l'article R. 714-2-28.

Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Le comité d'établissement est composé à parité de représentants désignés par la commission médicale d'établissement, d'une part, de représentants désignés par le comité technique d'établissement proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collègue des cadres, d'autre part. Le directeur préside le comité d'établissement.

➤ *Les autres organes consultatifs*

Jugés trop nombreux et nuisant à la lisibilité et à l'efficacité du processus de décision, la réforme hospitalière de mai 2005 prévoit la disparition de ces instances au profit au moins d'une sous-commission spécialisée de la commission médicale d'établissement, créée par le règlement intérieur de l'établissement, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé;
- 2° la lutte contre les infections nosocomiales ;
- 3° la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes;
- 4° la prise en charge de la douleur.

La ou les sous-commissions spécialisées comportent, outre des membres désignés par la commission médicale d'établissement, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ces missions.

1.1.1.2 L'organisation médicale des établissements publics de santé

Conformément aux dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005, afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficacité de l'établissement, le conseil d'administration définit leur organisation en **pôles d'activité** sur proposition du conseil exécutif, sur la base du projet d'établissement et en vue de la contractualisation interne. Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle.

Dans chaque pôle d'activité, un conseil de pôle a notamment pour objet :

- de permettre l'expression des personnels ;
- de favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents aux pôles ;
- de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et de rapport d'activité du pôle ;
- de faire toute proposition sur le fonctionnement du pôle en particulier sur la permanence des soins et l'établissement des tableaux de service.

Peuvent exercer les fonctions de responsable d'un pôle clinique ou médico-technique, les praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle. Ils sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte, de la CME et du conseil exécutif.

Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la CME afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle.

Il est assisté, selon les activités du pôle, par une sage-femme cadre ou un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif.

Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Le pôle d'activité devient le lieu privilégié de la contractualisation interne qui avait été déjà mise en place dans le cadre de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Le contrat de délégation et de gestion, signé entre d'une part le directeur et le président de la CME et d'autre part le responsable de pôle, est soumis pour avis au conseil exécutif et à la CME.

Il définit, sur la base du projet d'établissement et du projet de pôle, d'une part les orientations médicales du pôle, d'autre part les moyens humains, médicaux, techniques, logistiques, budgétaires et financiers affectés au pôle pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés sur la base de ses prévisions et réalisations d'activité.

Les responsables des autres pôles qui ne sont pas cliniques ou médico-techniques (administratifs, techniques) peuvent être des cadres de l'établissement ou des personnels de direction. Ils sont nommés par le directeur.

Quant aux **services**, ils demeurent et sont constitués d'équipes médicales, pharmaceutiques ou odontologiques dont les missions, outre la prise en charge médicale, sont la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, et le cas échéant l'enseignement et la recherche.

Le chef de service a la responsabilité de la mise en œuvre des missions assignées au service et de la coordination de l'équipe médicale affectée dans le service. Peuvent exercer la fonction de chef de service, les praticiens titulaires inscrits sur une liste nationale d'habilitation établie par le ministre chargé de la santé, après obtention d'une habilitation à diriger un service. Ils seront affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME, après du conseil exécutif et de la CME.

Les praticiens titulaires responsables des autres structures cliniques et médico-techniques (unités fonctionnelles) seront nommés par les responsables de pôles d'activité clinique et médico-technique, dans le respect des règles déontologiques, après avis des chefs de service concernés.

1.1.1.3 Les personnels médicaux dans les établissements publics de santé

Selon l'article 2 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983, le statut général des fonctionnaires n'est pas applicable aux médecins et aux pharmaciens recrutés dans les établissements publics de santé.

A l'exception des personnels hospitalo-universitaires exerçant dans les centres hospitalo-universitaires qui ont la double qualité de fonctionnaires de l'Etat, pour leurs activités d'enseignement et de recherche, et d'agents publics pour leurs activités soignantes, les autres catégories de praticiens hospitaliers sont des agents publics.

L'unification des multiples statuts a été entreprise dans la période 1984-1985, cette diversité s'expliquant par la nécessité :

- d'assurer les diverses missions attachées au service public hospitalier (soins, enseignement, recherche et prévention)
- d'établir des relations professionnelles avec la médecine libérale de ville ;
- de lutter contre la pénurie croissante de praticiens dans certaines spécialités médicales et chirurgicales (chirurgie, obstétrique, anesthésie, pédiatrie, psychiatrie).

a) *Les différentes catégories de personnels « médicaux » hospitaliers et hospitalo-universitaires*

➤ *Les personnels hospitalo-universitaires*

Ils constituent une catégorie de praticiens hospitaliers, créée par l'ordonnance du 30 décembre 1958, pour rapprocher, en un lieu unique, l'exercice médical simultanément à l'hôpital (lieu de soins) et à la faculté (lieu d'enseignement).

Les **personnels titulaires** comprennent d'abord les personnels permanents (professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH)) dont la carrière est gérée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur d'une part, de la santé d'autre part, ensuite les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCUPH) qui sont placés dans la même position duale que les professeurs des universités-praticiens hospitaliers.

Les **personnels temporaires** sont composés des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), recrutés par voie de détachement pour exercer dans les CHU des tâches d'enseignement, de recherche et des activités de soins et par des personnels non titulaires, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux exercent leurs fonctions dans des activités cliniques tandis que les assistants hospitaliers universitaires les exercent dans des disciplines biologiques.

➤ *Les praticiens hospitaliers à temps plein*

Ils constituent un corps unique et exercent leurs fonctions dans les centres hospitalo-universitaires, les centres hospitaliers, voire dans les hôpitaux locaux.

Nommés dans leur emploi par arrêté du ministre chargé de la santé, ce sont des agents publics titularisés dans un emploi à la suite d'un concours national et après avis motivé des instances locales de l'établissement public de santé (commission médicale d'établissement et conseil d'administration), d'une commission statutaire nationale et à l'issue d'une période probatoire d'une durée d'un an.

Le statut des praticiens hospitaliers associés est réservé à des médecins qui, n'étant pas de nationalité française, remplissent les conditions pour l'exercice de la profession.

➤ *Les praticiens hospitaliers à temps partiel*

Recrutés par concours national, ils sont nommés par le préfet de région, après avis motivé des instances hospitalières locales (commission médicale d'établissement et conseil d'administration) et d'une commission paritaire régionale présidée par une personne qualifiée désignée par le préfet de région.

Ils exercent leurs fonctions dans l'établissement public de santé à raison de six demi-journées, au plus, et peuvent donc exercer, le reste de leur temps, dans un établissement de santé privé ou dans un cabinet libéral.

➤ *Les praticiens hospitaliers à titre provisoire*

Les postes de praticiens hospitaliers temps plein ou temps partiel restés vacants à l'issue de la procédure de nomination des titulaires peuvent être pourvus par des praticiens de même spécialités nommés par le préfet de département sur proposition du médecin inspecteur régional de la santé et ce, jusqu'au prochain tour de recrutement.

Le décret supprimant la possibilité de recruter à titre provisoire est en cours de publication.

➤ *Les praticiens - attachés*

Ce sont des médecins libéraux de ville qui effectuent des vacations dans l'établissement public de santé, notamment pour apporter leur spécialisation aux services mais aussi pour jeter un pont entre la médecine hospitalière et la médecine libérale de ville.

Ils peuvent exercer à temps plein ou à temps partiel sous la forme de demi-journées hebdomadaires.

Ils sont recrutés, sur proposition du chef de service ou après avis de la commission médicale d'établissement, par le directeur de l'établissement de santé sur la base d'un contrat d'une durée maximum d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de 24 mois.

➤ *Les assistants des hôpitaux*

Ces médecins, comme les chefs de clinique dans les CHU, ont vocation à poursuivre leur formation tout en renforçant les effectifs médicaux.

La création de cette nouvelle catégorie de médecins hospitaliers en 1987 a permis d'accompagner la réforme des études médicales et de l'internat.

Ils sont recrutés, par contrat, pour une durée qui ne peut excéder 6 années, sur proposition du chef de service, par le directeur de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement et du médecin inspecteur régional de la santé qui siège dans chaque direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

➤ *Les praticiens contractuels*

Ces praticiens, qui exercent leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel, relèvent d'un statut créé en mars 1993 afin de combler plus rapidement des postes laissés vacants dans certaines disciplines en crise de recrutement.

Ils sont nommés, par voie de contrat, conclu avec le directeur de l'établissement, pour une durée de six mois à trois ans, après avis du chef de service, de la commission médicale d'établissement et du médecin inspecteur régional de la santé. En cas de recrutement pour des missions spécifiques dont la liste est fixée par arrêté, le contrat est de 3 ans renouvelable.

➤ *Les praticiens adjoints contractuels*

Cette catégorie de praticiens, qui exercent leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel, a été créée en 1995 pour doter d'un statut des médecins à diplôme étrangers (hors ressortissants de l'Union européenne).

Pour bénéficier de ce statut, les intéressés doivent être inscrit sur une liste d'aptitude au fonction de PAC (conformément à la loi il n'y a plus d'épreuve aujourd'hui). Ils sont inscrits à l'Ordre et bénéficie de la plénitude d'exercice (ils ne sont pas placés sous la responsabilité d'un senior) mais limités aux établissements publics de santé, aux PSPH et à l'EFS.

Ils sont recrutés, par voie de contrat, conclu avec le directeur de l'établissement, pour une durée de trois ans renouvelable, après avis du chef de service, de la commission médicale d'établissement et du médecin inspecteur régional de la santé.

Aujourd'hui, ils disposent de la possibilité d'intégrer le corps des praticiens hospitaliers à temps plein par la voie du concours national de recrutement de ces praticiens et après avoir obtenu une autorisation de plein exercice.

➤ *Les personnes non autorisées à exercer leur profession en France*

Les établissements de santé peuvent recruter des praticiens ne remplissant pas les conditions d'exercice (diplôme français, nationalité, inscription ordinale), **s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant le 28 juillet 1999** pour les titulaires d'un diplôme de médecin (article 60 de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une CMU) en tant qu'assistants associés ou praticiens attachés associés ; (hors étudiants préparant un diplôme de spécialité AFS et AFSA qui sont alors recrutés en qualité d'étudiant faisant fonction d'interne (FFI) pendant la durée de cette formation).

Ces personnes ne remplissent pas les conditions légales d'exercice de leur profession en France mais doivent être titulaires d'un diplôme permettant l'exercice de cette profession dans leur pays d'obtention ou d'origine et remplissent des conditions de diplôme et de formation fixées par arrêté des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur.

Ils sont autorisés à exécuter des actes de pratique courante sous la responsabilité directe d'un praticien de plein exercice dans les établissements publics de santé et, dans ce cadre, peuvent collaborer à la continuité des soins, associés à la permanence sur place ; ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements ni à assurer de permanence à domicile.

Les praticiens attachés associés relèvent du code de la santé publique relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé et de la circulaire DHOS n°462 du 1^{er} octobre 2003 relative à la mise en œuvre du nouveau statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés

Ils sont recrutés par le directeur sur proposition du responsable de la structure prévue pour leur affectation, pour un an renouvelable, puis trois ans renouvelables tacitement.

Ils disposent des mêmes droits statutaires que les praticiens attachés et sont soumis aux mêmes obligations : consacrer son activité à l'établissement sauf cas prévus, respecter le règlement intérieur, entretenir leurs connaissances...

Les assistants associés relèvent des dispositions du décret 87-788 du 28 septembre 1987 relatif aux assistants des hôpitaux pour leur recrutement et du code de la santé publique.

Ils sont recrutés, dans un établissement public autre qu'un CHU par le directeur sur proposition du chef de service après avis de la CME et de la DRASS pour un an renouvelable un an, sans pouvoir dépasser six ans.

Ils disposent des mêmes droits que les assistants et sont soumis aux mêmes obligations : entretien des connaissances, discipline.

➤ *La nouvelle procédure d'autorisation d'exercice (NPA)*

Les praticiens à diplômes étrangers ont été autorisés, depuis de nombreuses années, par dérogation aux conditions légales d'exercice, dans le cadre de recrutements hospitaliers, à exécuter des actes de pratique courante sous la responsabilité directe d'un praticien de plein exercice dans les établissements publics de santé. La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle dite « loi CMU » a posé le principe d'une interdiction faite aux établissements publics de santé de procéder à de nouveaux recrutements. Seuls ceux d'entre eux qui justifient de fonctions dans un établissement hospitalier public avant la date de publication de la loi peuvent continuer à exercer des fonctions hospitalières d'assistant associé ou de praticien attaché associé. En contrepartie de cette interdiction de principe, le nombre d'autorisations d'exercice de la médecine a considérablement augmenté afin d'autoriser des praticiens recrutés avant 1999 et, corrélativement, une nouvelle procédure d'autorisation (NPA) a été prévue. Au total depuis 1972, près de 10 000 autorisations d'exercice pour la profession de médecin ont été délivrées.

Pour les professionnels ayant acquis un diplôme dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice dans son dispositif actuel se déroule en plusieurs phases. Dans un premier temps, les candidats doivent avoir été classés en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances organisées par spécialité. Dans un deuxième temps, les candidats médecins effectuent trois ans de fonctions hospitalières. Dans un troisième temps, les autorisations peuvent être accordées aux candidats après avis d'une commission. Le nombre maximum d'autorisations d'exercice à délivrer pour chaque profession est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé.

Des modalités d'assouplissement de cette procédure d'autorisation d'exercice qui nécessiteront une mesure législative sont en cours et devraient être formalisées à l'automne.

Le concours 2004/2005 n'ouvrait pour la profession de médecin que 16 spécialités correspondant à des besoins de santé publique et offrait 200 places pour 2 998 candidats (dont 782 ne se sont pas présentés). Le concours 2005/2006 est ouvert à l'ensemble des spécialités médicales, et 599 places sont proposées.

b) Le statut des praticiens hospitaliers

Les praticiens hospitaliers disposent des mêmes **droits** que les fonctionnaires hospitaliers en matière de droit aux congés, de positions statutaires, de liberté d'opinion et de protection juridique.

En revanche, ils relèvent de dispositions statutaires particulières dans un certain nombre de domaines (rémunération, indemnités et primes, protection sociale, organisation du temps de travail, RTT).

Comme tout agent public, le médecin hospitalier est soumis au respect d'un certain nombre **d'obligations** professionnelles.

En sa qualité d'agent public, le praticien hospitalier a l'obligation de servir personnellement. Il doit exécuter son travail durant un certain temps déterminé par les statuts (dix demi-journées pour un temps plein, cinq ou six pour un temps partiel). Cette organisation de travail doit être consignée dans un tableau de service qui prend en considération le travail de jour, les permanences sur place, le repos quotidien, après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins d'une part et de la commission médicale d'établissement d'autre part.

Au titre d'une obligation de désintéressement, il est interdit aux praticiens hospitaliers, de façon générale, d'avoir par eux-mêmes ou par personne interposée, dans des établissements ou organisations en relation avec le service hospitalier, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance (possession d'un cabinet médical, d'une officine pharmaceutique, d'un laboratoire privé).

Ces dispositions ne sont pas opposables aux praticiens exerçant à temps partiel et aux praticiens attachés.

Il doit être inscrit au tableau de l'ordre professionnel et ne peut aliéner son indépendance professionnelle, le lien de subordination administrative qui lie le médecin à l'hôpital s'exerce dans le respect de sa responsabilité professionnelle, conformément aux dispositions de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique (« le directeur assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art »).

Enfin, si le praticien hospitalier peut engager sa responsabilité civile en cas de faute personnelle ainsi que sa responsabilité pénale, en sa qualité d'agent public, il peut faire l'objet d'une procédure disciplinaire et être, de la sorte, sanctionné par l'autorité ayant pouvoir de nomination pour avoir manqué à ses obligations à l'égard du service. Il peut également être traduit devant l'ordre en cas de manquements à la déontologie.

1.1.2 Les établissements de santé privés

Le secteur hospitalier privé est composé :

- d'établissements à **but non lucratif** administrés par des collectivités très différentes (fondations, associations et fédérations, sociétés mutualistes, caisses de sécurité sociale, congrégations religieuses, Croix Rouge française..). On distingue parmi eux les établissements participant au service public hospitalier et ceux n'y participant pas. Entrent dans la 1^{ère} catégorie les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les hôpitaux psychiatriques faisant office de publics (HPP) et les établissements autres que les HPP et les CLCC participant au service public hospitalier (PSPH) ;
- d'établissements à **but lucratif** constitués en sociétés civiles ou commerciales, ou de plus en plus, en groupements d'intérêt économique ; ils peuvent également appartenir à une personne physique.

1.1.2.1 L'organisation administrative des établissements de santé privés

Alors que le code de la santé publique définit en détail les modalités d'organisation et de gestion des établissements publics de santé, il passe pratiquement sous silence celles des établissements de santé privés.

Toutefois, la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a contribué à unifier le régime juridique des établissements de santé, publics et privés. Dans ces conditions, on retrouve, pour l'essentiel, les mêmes organes de concertation et de représentation pour tous les établissements de santé, avec moins de complexité et de lourdeur dans le secteur privé.

a) Les organes de gestion et de décision

Ils diffèrent en fonction de la personne morale qui gère l'établissement de santé privé.

Dans les établissements à but non lucratif, avec les mutuelles, ce sont les associations qui servent de support juridique courant. On retrouve donc les organes de gestion et de décision habituellement existants dans cette formule juridique, conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901 à savoir :

- une assemblée générale des membres de l'association ;
- un conseil d'administration ;
- un président qui préside le conseil d'administration et qui exécute les actes de gestion décidés par le conseil d'administration et par l'assemblée générale.

Dans les établissements à but lucratif, les sociétés anonymes (SA) peuvent être dirigées soit par un conseil d'administration composé de trois à dix-huit administrateurs actionnaires qui élisent parmi eux un président, soit par un directoire de trois à sept membres actionnaires ou non et par un conseil de surveillance composé de trois à dix huit membres nécessairement actionnaires.

Dans les sociétés anonymes disposant d'un conseil d'administration, l'article L. 225-51-1 du code des sociétés prévoit que « la direction générale de la société est assumée sous la responsabilité, soit par le président du conseil d'administration, soit par une autre personne physique nommée par le conseil d'administration et portant le titre de directeur général ».

Les sociétés à responsabilité limitée (SARL) sont dirigées par un ou plusieurs gérants désignés parmi les actionnaires ou en dehors d'eux. En revanche, dans les sociétés d'exercice libéral de médecins (SEL à responsabilité limitée, SEL à forme anonyme, SEL à commandite par actions), seuls les médecins associés exerçant au sein de la SEL peuvent exercer une fonction de direction.

Les sociétés civiles (de moyens, de fait, professionnelles, ou immobilières) sont généralement gérées par une ou plusieurs personnes associées ou non, nommée soit par les statuts, soit par un acte distinct, soit par une décision des associés.

b) Les organes de concertation et de représentation

Le législateur a voulu rendre obligatoire, dans la loi du 31 juillet 1991, la constitution d'un organe de participation et de concertation pour les praticiens. Le code de la santé publique distingue deux catégories d'organes selon que l'établissement de santé privé participe ou non au service public hospitalier.

La conférence médicale est obligatoire dans tous les établissements de santé privés participant au service public hospitalier. Elle est élue par les praticiens qui exercent dans ces établissements. Le plus souvent, sa composition s'inspire de la composition de la commission médicale d'établissement des établissements publics de santé. Elle est notamment consultée sur :

- le projet de contrat d'objectifs et de moyens ;
- le projet d'établissement ;
- le projet de budget ;
- la désignation du praticien responsable de l'information médicale ;
- la mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission des données nécessaires à l'analyse de l'activité de l'établissement ;
- le programme d'actions du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

La conférence médicale est constituée de plein droit dans les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier (art. L. 6161-2 du code de la santé publique). Elle regroupe la totalité des praticiens de l'établissement et est chargée de veiller à leur indépendance professionnelle et de participer à l'évaluation des soins. Elle donne un avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement (art. L. 6161-2 du code de la santé publique, premier alinéa).

En outre, elle est obligatoirement consultée sur :

- la désignation du praticien responsable de l'information médicale ;
- la mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission des données nécessaires à l'analyse de l'activité de l'établissement ;
- le programme d'actions du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

1.1.2.2 *L'organisation médicale des établissements de santé privés*

Conformément au principe d'autonomie totale, en matière d'organisation des établissements privés, le code de la santé publique est muet sur l'organisation médicale de ces établissements.

Pour des raisons de fonctionnalités et de lisibilité, la plupart d'entre eux sont organisés en services, placés sous l'autorité médicale d'un responsable.

1.1.2.3 *Le statut des personnels médicaux dans les établissements de santé privés*

a) Les médecins salariés⁷

Dans les établissements de santé privés à but non lucratif, les médecins disposent d'un contrat de travail et se voient appliquer les dispositions d'une convention collective. C'est le cas de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 (art. 20) qui s'applique aux médecins salariés exerçant dans les établissements affiliés à la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP).

Dans les établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, il est possible de recruter des médecins « par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans ».

b) Les médecins libéraux

Dans les établissements de santé privés à but lucratif, la majorité des médecins a un statut libéral. On distingue ceux intervenant sur un seul établissement (les « **exclusifs** ») et ceux intervenant sur plusieurs (les « **non-exclusifs** ») en plus de leur activité en cabinet.

c) La collaboration de médecins hospitaliers

L'article R. 715-6-11 du code de la santé publique permet aux établissements privés admis à participer au service public hospitalier de faire appel :

- à des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;
- à des praticiens hospitaliers à plein temps ;
- à des praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel.
- Ces médecins hospitaliers sont alors placés en position de détachement.

Le décret n°82-1149 du 29 décembre 1982 reconnaît aux praticiens exerçant à plein temps la faculté de consacrer deux demi-journées par semaine à des activités « extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui, auprès [...] d'établissements privés participant au service public hospitalier ».

⁷ « Le statut du médecin salarié ». Etude 246. Droit de la santé. Lamy S.A.

1.2 Les établissements de santé et leur répartition

La France métropolitaine et les DOM comptent 3 175 établissements de santé dont 1 000 établissements publics (29 CHU, 537 CH, 344 HL et 90 CHS) et 947 établissements privés à but non lucratif (20 CLCC, 567 PSPH, 360 non PSPH) et 1 228 établissements privés à but lucratif (tableau 1.2.1).

En ce qui concerne le **secteur public**, un établissement correspond à une entité juridique, ce qui explique que les structures dépendant de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ne soient pas dénombrées individuellement.

Pour une population équivalente, voire plus importante, certaines régions ont un seul CHU, d'autres deux. Par exemple, le Nord-Pas-de-Calais représente 6,45 % de la population française et ne comprend qu'un CHU. A l'inverse, le Languedoc-Roussillon en comprend deux pour une part de la population qui est de 3,99 % avec une seule faculté de médecine.

Le nombre de centres hospitaliers (CH) est de 537 et intègre les deux centres hospitaliers régionaux d'Orléans et Metz-Thionville. Cinq régions en ont moins de dix (Corse et DOM) ; huit en ont plus de 25 dont les quatre régions les plus peuplées qui en ont plus de 35 (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, PACA et Rhône-Alpes).

Certaines régions ont un nombre très important d'hôpitaux locaux : Bourgogne, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Rhône-Alpes. D'autres en ont peu : Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Limousin, Ile-de-France. Il n'y en a pas en Guyane et à la Réunion.

Toutes les régions ont au moins un CHS par département, sauf la Guyane. Le nombre est compris entre 1 et 6, sans qu'il y ait un quelconque rapport avec la densité de population.

Pour ce qui est des établissements **privés non lucratifs**, il y a plus de PSPH que de non PSPH dans chaque région sauf en Languedoc-Roussillon et Basse Normandie. Il n'y a pas de PSPH en Corse, Guadeloupe et Martinique.

En ce qui concerne les CLCC, six régions métropolitaines (Centre, Corse, Franche-Comté, Limousin, Picardie, Poitou-Charentes et les DOM) en sont dépourvus. L'Ile-de-France en a trois et Pays de la Loire et PACA en ont deux.

La répartition par région des établissements **privés lucratifs** est très hétérogène et varie, en France métropolitaine, de 9 à 217. Les régions disposant du plus grand nombre d'établissements sont l'Ile de France, PACA et l'Aquitaine. L'Alsace, l'Auvergne, la Corse, la Franche-Comté, le Limousin et les DOM disposent de moins de 20 établissements de ce type sur leur territoire. Pour une population légèrement inférieure, la région Nord-Pas-de-Calais a trois fois moins de cliniques que PACA. Il en est de même pour l'Alsace comparée à la Haute-Normandie.

Lorsque l'on analyse l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés d'une région, on peut faire le constat que certaines régions ont une offre en structures largement plus importante que d'autres comparativement aux poids respectif des populations. C'est le cas de l'Aquitaine, PACA, du Languedoc-Roussillon. C'est l'inverse pour d'autres régions : Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais, Guyane, et Réunion.

Tableau 1.2.1 : nombre d'établissements de santé par région au 1^{er} janvier 2005.

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Régions	CHU	CH	HL	CHS	Total public	CLCC	Privés non lucratifs PSPH	Privés non lucratifs non PSPH	Privés lucratifs	Total privé	Total public + privé	Part de la population totale
Alsace	1	23	13	3	40	1	45	25	9	80	120	2,89%
Aquitaine	1	26	12	5	44	1	28	24	102	155	199	4,91%
Auvergne	1	12	13	1	27	1	12	7	17	37	64	2,13%
Bourgogne	1	22	23	4	50	1	8	6	38	53	103	2,60%
Bretagne	2	22	21	4	49	1	38	16	40	95	144	4,87%
Centre	1	25	19	3	48		15	8	63	86	134	3,98%
Champagne-Ardenne	1	14	11	4	30	1	6	5	21	33	63	2,13%
Corse	0	3	2	1	6			1	15	16	22	0,44%
Franche-Comté	1	15	8	2	26		7	8	11	26	52	1,83%
Ile-de-France (1)	1	45	9	13	68	3	87	71	217	378	446	18,17%
Languedoc-Roussillon	2	13	18	3	36	1	18	29	84	132	168	3,99%
Limousin	1	16	3	2	22		6	4	11	21	43	1,16%
Lorraine	1	24	15	7	47	1	56	11	22	90	137	3,73%
Midi-Pyrénées	1	26	20	3	50	1	15	16	65	97	147	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	1	40	3	5	49	1	32	13	57	103	152	6,45%
Basse-Normandie	1	19	9	3	32	1	4	9	20	34	66	2,31%
Haute-Normandie	1	19	11	2	33	1	11	2	27	41	74	2,89%
Pays de la Loire	2	19	35	5	61	2	39	39	50	130	191	5,41%
Picardie	1	28	6	3	38		13	10	26	49	87	3,00%
Poitou-Charentes	1	18	10	2	31		7	5	30	42	73	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	36	24	6	68	2	36	36	179	253	321	7,59%
Rhône-Alpes	3	51	56	6	116	1	81	25	94	201	317	9,51%
France métropolitaine	27	516	341	87	971	20	564	370	1 198	2 152	3 123	97,09%
Guadeloupe	1	6	2	1	10			1	12	13	23	0,72%
Guyane	0	2	0		2		1	1	2	4	6	0,31%
Martinique	1	9	1	1	12			2	4	6	18	0,64%
La Réunion	0	4	0	1	5		2	6	12	20	25	1,24%
France métropolitaine et Dom	29	537	344	90	1 000	20	567	380	1 228	2 195	3 195	100,00%

(1) L'AP-HP est compté pour un seul établissement

1.3 Les médecins des établissements de santé

Pour l'analyse des acteurs des établissements de santé, le groupe de travail a exclu les odontologistes et pharmaciens, excepté, pour ces derniers, ceux relevant de la spécialité « biologie médicale ». Les tableaux ci-après comprennent donc uniquement les médecins.

Les spécialistes en médecine du travail sont comptabilisés dans les données présentées. Par contre, l'analyse par mode d'exercice, structure d'exercice et région est difficile. En établissement public, les statuts peuvent être très différents : une faible partie des médecins du travail sont praticiens hospitaliers, beaucoup de médecins du travail sont contractuels de droit public et dépendent alors de la direction des ressources humaines.

Le personnel médical ainsi défini est composé de salariés et de libéraux. Les salariés sont comptabilisés à la fois en effectifs (temps plein et temps partiel) et en équivalents temps plein (ETP). Sur les médecins libéraux, on ne dispose que de l'information sur le caractère exclusif ou non de l'exercice, c'est à dire s'ils interviennent sur un seul établissement ou non en plus de leur activité en cabinet.

La mission a choisi de distinguer ces différentes modalités d'exercice de l'activité médicale. Sans doute le choix de compter uniquement le nombre de personnes en activité, sans distinguer les ETP ou le caractère exclusif ou non de l'activité, aurait-il eu le mérite de la simplicité. Néanmoins, cela aurait conduit à une analyse moins fine du volume (du fait des doubles comptes) et de la structure du personnel médical exerçant en établissements de santé. La méthode retenue permet notamment de circonscrire les doubles comptes aux seuls libéraux non-exclusifs.

1.3.1 Les effectifs par type d'établissement et par région

Le tableau 1.3.1. identifie les médecins, effectifs et ETP des différents types d'établissements de santé publics et privés.

Il doit être précisé pour les CHU que les médecins hospitalo-universitaires sont comptés pour 0,5 ETP. Cette présentation pourrait être discutable quand l'on sait que ces personnels consacrent bien plus qu'un mi-temps pour leur activité de soin et bien moins qu'un mi-temps pour leur activité d'enseignement et de recherche.

La plus grande partie du personnel médical salarié travaille dans le secteur public (86 % des 60 131 ETP), en majorité dans les CH (53 % du personnel salarié public) et dans les CHU (37 % du personnel salarié public).

La situation du secteur privé est plus contrastée. Les personnels des PSPH et des CLCC sont pour l'essentiel des salariés. Les conventions collectives applicables à ces types d'établissement interdisent au demeurant au personnel médical d'exercer une activité mixte. Les PSPH représentent plus de la moitié des ETP du secteur privé.

Le personnel libéral est composé de 15 543 médecins travaillant de façon exclusive pour un établissement et 28 379 exerçant leur activité dans plusieurs établissements, dont 26 029 dans le secteur privé. Il travaille essentiellement dans les établissements lucratifs (94 % des libéraux exclusifs et 80 % des libéraux non exclusifs).

Tableau 1.3.1. : personnel médical dans les établissements de santé publics et privés au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Salariés						Libéraux			
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP (a)	Part des ETP salariés /total ETP de chaque secteur (a)/(b) (%)	Part des ETP salariés/total ETP (a)/(c) (%)	Exclusifs (a)	Part des libéraux exclusifs/ total (a)/(c)	Non exclusifs (b)	Part des libéraux non exclusifs/total (b)/(c)
CHU	17 833	16 450	34 283	19 351	37%	32%	0	0%	0	0%
CH-CHR	22 552	14 973	37 525	27 425	53%	47%	0	0%	84	0%
HL	88	485	573	257	0%	0%	0	0%	2 248	8%
CHS	3 650	1 999	5 649	4 466	9%	7%	0	0%	1	0%
Autres publics	201	209	410	275	1%	0%	0	0%	17	0%
Total public (b)	44 324	34 116	78 440	51 773	100%	86%	0	0%	2 350	8%
CLCC	998	661	1 659	1 226	15%	2%	18	0%	34	0%
HPP	468	344	812	630	8%	1%	15	0%	0	0%
Autres privés non lucratifs PSPH	2 798	4 128	6 926	4 386	51%	8%	105	1%	837	3%
Autres privés non lucratifs non PSPH	275	1 147	1 422	628	8%	1%	799	5%	2 393	8%
Privés lucratifs	621	1 658	2 279	1 489	18%	2%	14 606	94%	22 765	81%
Total privé (b)	5 160	7 938	13 098	8 358	100%	14%	15 543	100%	26 029	92%
Total (c)	49 484	42 054	91 538	60 131		100%	15 543	100%	28 379	100%

Tableau 1.3.2. : personnel médical (ETP et effectifs salariés libéraux) dans les établissements de santé publics et privés au 1^{er} janvier 2005.

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Régions	ETP	Total ETP de la région/total France (%)	libéraux exclusifs	Total libéraux exclusifs de la région/total France (%)	libéraux non exclusifs	Total libéraux non exclusifs de la région/total France (%)	Part de la population de la région/total France (%)
Alsace	1 877,32	3,17%	374	2,41%	618	2,18%	2,89%
Aquitaine	2 508,73	4,24%	982	6,32%	1 633	5,76%	4,91%
Auvergne	1 110,66	1,88%	348	2,24%	338	1,19%	2,13%
Bourgogne	1 386,56	2,34%	478	3,08%	494	1,74%	2,60%
Bretagne	2 683,26	4,53%	743	4,78%	1 032	3,64%	4,87%
Centre	1 941,33	3,28%	597	3,84%	804	2,83%	3,98%
Champagne-Ardenne	1 256,94	2,12%	318	2,05%	463	1,63%	2,13%
Corse	263,12	0,44%	138	0,89%	225	0,79%	0,44%
Franche-Comté	1 029,85	1,74%	172	1,11%	213	0,75%	1,83%
Ile-de-France	14 531,87	24,54%	2 472	15,92%	5 613	19,79%	18,17%
Languedoc-Roussillon	2 126,27	3,59%	1 007	6,49%	1 924	6,78%	3,99%
Limousin	769,31	1,30%	226	1,46%	155	0,55%	1,16%
Lorraine	2 114,99	3,57%	302	1,94%	883	3,11%	3,73%
Midi-Pyrénées	2 341,28	3,95%	1 263	8,13%	881	3,11%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	3 567,44	6,02%	648	4,17%	1 585	5,59%	6,45%
Basse-Normandie	1 300,97	2,20%	274	1,76%	292	1,03%	2,31%
Haute-Normandie	1 440,19	2,43%	464	2,99%	437	1,54%	2,89%
Pays de la Loire	2 516,09	4,25%	921	5,93%	1 179	4,16%	5,41%
Picardie	1 829,09	3,09%	237	1,53%	557	1,96%	3,00%
Poitou-Charentes	1 429,79	2,41%	450	2,90%	587	2,07%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 457,87	7,53%	1 288	8,29%	5 888	20,76%	7,59%
Rhône-Alpes	5 145,66	8,69%	1 509	9,72%	2 200	7,76%	9,51%
France métropolitaine	57 628,59	97,30%	15 211	97,96%	28 001	98,73%	97,09%
Guadeloupe (1)	376,26	0,64%	98	0,63%	137	0,48%	0,72%
Guyane	154,77	0,26%	16	0,10%	34	0,12%	0,31%
Martinique	472,26	0,80%	39	0,25%	56	0,20%	0,64%
La Réunion	594,89	1,00%	164	1,06%	134	0,47%	1,24%
France métropolitaine et Dom (i)	59 226,77	100,00%	15 528	100,00%	28 362	100,00%	100,00%

Le tableau 1.3.2. identifie les médecins (ETP et effectifs salariés et libéraux) par région.

L'Ile-de-France rassemble 25% des ETP salariés des établissements publics et privés pour une part de la population de seulement 18 %. PACA rassemble 7,6 % des ETP salariés pour une part de la population de 7,6 % et le Nord-Pas-de-Calais, 6 % pour une population de 6,5 %. Mais PACA rassemble dans les établissements 21 % des médecins libéraux non exclusifs alors que le Nord-Pas-de-Calais en rassemble pour cette catégorie seulement 6 %.

Les tableaux 1.3.3., 1.3.4. et 1.3.5. consignent les médecins par secteur des établissements (publics ou privés) et par région.

Pour ce qui concerne le secteur public, pour lequel on a retenu les CHU, les CH et les CHS (tableau 1.3.3.), on peut constater que les ETP médecins sont bien corrélés au poids de la population de chaque région à l'exception de l'Ile de France qui rassemble plus de 23 % des ETP pour 18,17 % de la population et le Pays de la Loire qui, à l'inverse, rassemble 4,39 % des ETP des établissements publics pour une part de la population de 5,41 %.

En ce qui concerne les CHU, l'Ile de France rassemble 31,92 % des ETP de l'ensemble des CHU alors que cette région ne compte que 18,17 % de la population française. A l'inverse, le Nord-Pas-de-Calais compte 3,78 % des ETP pour une population de 6,45 % et la Picardie, 1,92 % des ETP des CHU pour une population représentant 3 % de la population française.

En ce qui concerne les CH, la dotation des effectifs est relativement homogène au regard du poids de la population de chaque région.

L'Ile-de-France et Languedoc-Roussillon sont les seules régions ayant plus d'ETP en CHU qu'en CH.

S'agissant des CHS, le nombre d'ETP varie de 4,5 à 1 242,4 en Ile-de-France. Cette région concentre plus du quart des ETP pour 18,17 % de la population.

Tableau 1.3.3. : personnel médical (ETP) dans les établissements de santé publics (hors HL) au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Régions	CHU		CH		CHS		total		part de la pop ^o de la région/ pop ^o totale (%)
	ETP (a)	ETP de la région/ ETP total (%)	ETP (b)	ETP de la région/ETP total (%)	ETP (c)	ETP de la région/ETP total (%)	ETP (d)=(a)+(b)+ (c)	ETP de la région/ETP total (%)	
Alsace	562,14	2,91%	839,69	3,06%	155,83	3,49%	1 557,66	3,04%	2,89%
Aquitaine	660,90	3,42%	1 243,18	4,53%	238,62	5,34%	2 142,70	4,18%	4,91%
Auvergne	400,77	2,07%	581,15	2,12%	4,50	0,10%	986,42	1,93%	2,13%
Bourgogne	339,06	1,75%	791,56	2,89%	130,83	2,93%	1 261,45	2,46%	2,60%
Bretagne	782,52	4,04%	1 387,58	5,06%	200,80	4,50%	2 370,90	4,63%	4,87%
Centre	429,76	2,22%	1 312,64	4,79%	103,80	2,32%	1 846,20	3,60%	3,98%
Champagne-Ardenne	371,42	1,92%	695,04	2,53%	124,97	2,80%	1 191,43	2,33%	2,13%
Corse	0,00	0,00%	213,63	0,78%	32,49	0,73%	246,12	0,48%	0,44%
Franche-Comté	290,40	1,50%	648,55	2,36%	53,90	1,21%	992,85	1,94%	1,83%
Ile-de-France	6 176,66	31,92%	4 486,84	16,36%	1 242,38	27,82%	11 905,88	23,23%	18,17%
Languedoc-Roussillon	924,89	4,78%	759,64	2,77%	92,20	2,06%	1 776,73	3,47%	3,99%
Limousin	309,66	1,60%	328,06	1,20%	77,90	1,74%	715,62	1,40%	1,16%
Lorraine	486,79	2,52%	1 000,84	3,65%	183,93	4,12%	1 671,56	3,26%	3,73%
Midi-Pyrénées	754,54	3,90%	1 176,79	4,29%	137,02	3,07%	2 068,35	4,04%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	732,40	3,78%	2 028,80	7,40%	230,95	5,17%	2 992,15	5,84%	6,45%
Basse-Normandie	352,50	1,82%	746,36	2,72%	82,60	1,85%	1 181,46	2,31%	2,31%
Haute-Normandie	448,87	2,32%	761,89	2,78%	109,55	2,45%	1 320,31	2,58%	2,89%
Pays de la Loire	864,50	4,47%	1 191,03	4,34%	195,37	4,37%	2 250,90	4,39%	5,41%
Picardie	371,00	1,92%	1 157,90	4,22%	206,95	4,63%	1 735,85	3,39%	3,00%
Poitou-Charentes	292,00	1,51%	1 008,41	3,68%	77,30	1,73%	1 377,71	2,69%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 354,55	7,00%	2 050,66	7,48%	309,37	6,93%	3 714,58	7,25%	7,59%
Rhône-Alpes	1 964,57	10,15%	2 113,25	7,71%	356,03	7,97%	4 433,85	8,65%	9,51%
France métropolitaine	18 869,90	97,52%	26 523,49	96,71%	4 347,29	97,34%	49 740,68	97,07%	97,09%
Guadeloupe (1)	206,10	1,07%	131,57	0,48%	27,25	0,61%	364,92	0,71%	0,72%
Guyane	0,00	0,00%	131,17	0,48%	0,00	0,00%	131,17	0,26%	0,31%
Martinique	274,58	1,42%	143,02	0,52%	47,50	1,06%	465,10	0,91%	0,64%
La Réunion	0,00	0,00%	495,40	1,81%	44,00	0,99%	539,40	1,05%	1,24%
France métropolitaine et Dom	19 350,58	100%	27 424,65	100%	4 466,04	100%	51 241,27	100,00%	100,00%

Tableau 1.3.4. : personnel médical (ETP et effectifs libéraux) dans les établissements de santé privés au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

régions	CLCC			privés non lucratifs PSPH			privés non lucratifs non PSPH			privés lucratifs		
	ETP (a)	libéraux exclusifs (b)	libéraux non exclusifs (c)	ETP (d)	libéraux exclusifs (e)	libéraux non exclusifs (f)	ETP (g)	libéraux exclusifs (h)	libéraux non exclusifs (i)	ETP (j)	libéraux exclusifs (k)	libéraux non exclusifs (l)
Alsace	32,34	12	0	237,07	51	288	32,79	185	222	6,93	126	63
Aquitaine	52,95	0	23	121,86	5	160	48,25	38	91	137,57	939	1 250
Auvergne	51,18	0	0	25,89	0	2	12,08	7	1	9,99	341	291
Bourgogne	32,15	0	0	61,98	1	2	4,45	65	12	18,54	412	383
Bretagne	30,67	0	0	212,42	5	16	29,79	47	45	31,32	691	715
Centre	0,00	0	0	46,90	0	1	10,01	0	1	33,08	597	696
Champagne-Ardenne	30,83	0	0	8,52	0	0	5,95	1	0	5,85	317	431
Corse	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	2	12,76	138	222
Franche-Comté	0,00	0	0	18,73	0	1	4,01	0	1	9,53	172	197
Ile-de-France	377,64	0	0	1 599,75	29	13	159,90	55	598	466,95	2 388	4 978
Languedoc-Roussillon	37,50	0	0	89,93	0	48	55,35	92	223	157,03	915	1 368
Limousin	0,00	0	0	27,64	0	6	6,37	0	0	3,98	226	148
Lorraine	42,78	0	0	373,97	0	95	11,85	0	12	5,64	302	654
Midi-Pyrénées	50,75	0	0	71,97	2	18	9,77	19	7	124,71	1 242	731
Nord-Pas-de-Calais	66,24	0	0	465,16	4	26	12,28	39	84	25,88	605	1 410
Basse-Normandie	55,17	6	11	24,88	0	0	10,69	0	0	26,44	268	215
Haute-Normandie	50,00	0	0	44,34	1	0	1,20	0	0	14,75	463	400
Pays de la Loire	71,98	0	0	109,30	0	13	34,14	3	7	17,94	918	752
Picardie	0,00	0	0	78,93	0	22	7,67	3	9	2,91	234	476
Poitou-Charentes	0,00	0	0	18,84	0	14	3,92	0	1	20,15	450	466
Provence-Alpes-Côte d'Azur	155,01	0	0	212,90	7	58	107,14	80	846	260,63	1 201	4 900
Rhône-Alpes	88,50	0	0	473,96	0	43	45,40	161	216	76,64	1 348	1 712
France métropolitaine	1 225,69	18	34	4 324,94	105	826	613,01	795	2 378	1 469,22	14 293	22 458
Guadeloupe (1)	0,00	0	0	0,00	0	0	1,50	0	3	7,84	98	120
Guyane	0,00	0	0	21,50	0	0	1,57	4	7	0,53	12	27
Martinique	0,00	0	0	0,00	0	0	3,80	0	0	3,36	39	45
La Réunion	0,00	0	0	39,13	0	11	8,11	0	5	8,25	164	115
France métropolitaine et Dom (p)	1 225,69	18	34	4 385,57	105	837	627,99	799	2 393	1 489,20	14 606	22 765

Tableau 1.3.5. : personnel médical (ETP et effectifs libéraux) dans les établissements de santé privés au 1^{er} janvier 2005
 Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP)
 (Source SAE – Drees))

Régions	ETP		Libéraux exclusifs		Libéraux non exclusifs		Part de la population de la région/ population totale (%)
	nbre (m)=(a)+(d)+(g)+(j)	Part de la région/total France (m)/(p) (%)	nbre (n)=(b)+(e)+(h)+(k)	Part de la région/total France (n)/(p) (%)	Nbre (o)=(c)+(f)+(i)+(j)	Part de la région/total France (o)/(p) (%)	
Alsace	309,13	4,00%	374	2,41%	573	2,20%	2,89%
Aquitaine	360,63	4,67%	982	6,32%	1 524	5,86%	4,91%
Auvergne	99,14	1,28%	348	2,24%	294	1,13%	2,13%
Bourgogne	117,12	1,52%	478	3,08%	397	1,53%	2,60%
Bretagne	304,20	3,94%	743	4,78%	776	2,98%	4,87%
Centre	89,99	1,16%	597	3,84%	698	2,68%	3,98%
Champagne-Ardenne	51,15	0,66%	318	2,05%	431	1,66%	2,13%
Corse	12,76	0,17%	138	0,89%	224	0,86%	0,44%
Franche-Comté	32,27	0,42%	172	1,11%	199	0,76%	1,83%
Ile-de-France	2 604,24	33,70%	2 472	15,92%	5 589	21,47%	18,17%
Languedoc-Roussillon	339,81	4,40%	1 007	6,49%	1 639	6,30%	3,99%
Limousin	37,99	0,49%	226	1,46%	154	0,59%	1,16%
Lorraine	434,24	5,62%	302	1,94%	761	2,92%	3,73%
Midi-Pyrénées	257,20	3,33%	1 263	8,13%	756	2,90%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	569,56	7,37%	648	4,17%	1 520	5,84%	6,45%
Basse-Normandie	117,18	1,52%	274	1,76%	226	0,87%	2,31%
Haute-Normandie	110,29	1,43%	464	2,99%	400	1,54%	2,89%
Pays de la Loire	233,36	3,02%	921	5,93%	772	2,97%	5,41%
Picardie	89,51	1,16%	237	1,53%	507	1,95%	3,00%
Poitou-Charentes	42,91	0,56%	450	2,90%	481	1,85%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	735,68	9,52%	1 288	8,29%	5 804	22,30%	7,59%
Rhône-Alpes	684,50	8,86%	1 509	9,72%	1 971	7,57%	9,51%
France métropolitaine	7 632,86	98,76%	15 211	97,96%	25 696	98,72%	97,09%
Guadeloupe (1)	9,34	0,12%	98	0,63%	123	0,47%	0,72%
Guyane	23,60	0,31%	16	0,10%	34	0,13%	0,31%
Martinique	7,16	0,09%	39	0,25%	45	0,17%	0,64%
La Réunion	55,49	0,72%	164	1,06%	131	0,50%	1,24%
France métropolitaine et Dom (p)	7 728,45	100,00%	15 528	100,00%	26 029	100,00%	100,00%

Les tableaux 1.3.4. et 1.3.5. concernent les établissements privés. Le premier indique les ETP et les effectifs de médecins libéraux par type d'établissement. Le 2^{ème} synthétise les chiffres du premier, tous types d'établissements confondus.

Dans certaines régions, le secteur privé est peu représenté (Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Basse-Normandie, Picardie et les DOM) que ce soit en personnel salarié ou en personnel libéral.

Le poids de l'Ile-de-France est prépondérant pour les ETP (un tiers des ETP totaux du secteur pour 18,17 % de la population totale). Cinq autres régions ont des ETP supérieurs, proportionnellement, à leur poids dans la population totale (Alsace, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et PACA).

Les disparités sont également très grandes s'agissant des libéraux, notamment non exclusifs (Tableau 1.3.5.). PACA concentre un cinquième d'entre eux pour 7,59 % de la population totale.

Pour les CLCC, l'Ile-de-France et PACA rassemblent à elles deux plus de 40 % des ETP.

En ce qui concerne les établissements privés non lucratifs PSPH, quelques régions rassemblent un pourcentage élevé d'ETP : Alsace, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine.

Dans les établissements non lucratifs non PSPH, l'Ile-de-France, le Languedoc-Roussillon et PACA concentrent 50 % des ETP pour 30 % de la population totale.

Pour les établissements privés lucratifs, PACA rassemble 16 % de l'ensemble des libéraux et l'Ile-de-France 20 %. A l'inverse, l'Alsace, l'Auvergne, la Franche-Comté, la Basse-Normandie et la Picardie représentent 6 % des effectifs libéraux et 12 % de la population totale.

Le tableau 1.3.6. fait état des effectifs des médecins hospitalo-universitaires des CHU.

L'Ile de France concentre 32 % des effectifs pour une part de la population de 18 %. D'autres régions sont incontestablement moins bien dotées : Centre, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes notamment.

Le tableau 1.3.7. fait état des effectifs des PH des CHU. Globalement il reproduit les mêmes inégalités régionales que celles constatées pour les hospitalo-universitaires.

Si on se place au niveau des interrégions, telles qu'elles ont été définies pour la formation du 3^{ème} cycle des études médicales et reprises dans le rapport Giraud sur les CHU, on note sur le tableau 1.3.8. que deux interrégions, le Nord-Ouest et le grand Ouest apparaissent très défavorisées avec un écart de 5 points par rapport à leur part de population.

Le tableau 1.3.9. résume les ETP des CH par région. On peut constater une répartition relativement bien corrélée au poids de la population entre les différentes régions.

Tableau 1.3.6. : Effectifs et ETP des médecins hospitalo-universitaires au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Personnels titulaires				Personnels temporaires					TOTAL HU			Part de la population
	PUPH	ETP	MCUPH	ETP	AHU	CCA	PHU	Total	ETP	Effectifs HU	ETP	%	
Alsace	137	68,5	86	43	20	108	3	131	65,5	354	177	3,81	2,89%
Aquitaine	172	86	71	35,5	38	135	8	181	90,5	424	212	4,56	4,91%
Auvergne	86	43	34	17	9	57	6	72	36	192	96	2,07	2,13%
Bourgogne	76	38	27	13,5	19	51	2	72	36	175	87,5	1,88	2,60%
Bretagne	158	79	64	32	46	113	3	162	81	384	192	4,13	4,87%
Centre	93	46,5	36	18	7	69	2	78	39	207	103,5	2,23	3,98%
Champagne-Ardenne	69	34,5	28	14	5	53	5	63	31,5	160	80	1,72	2,13%
Corse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,44%
Franche-Comté	68	34	29	14,5	10	44	8	62	31	159	79,5	1,71	1,83%
Ile-de-France	1125	562,5	629	314,5	151	996	65	1212	606	2966	1483	31,92	18,17%
Languedoc-Roussillon	144	72	60	30	30	124	6	160	80	364	182	3,92	3,99%
Limousin	68	34	18	9	13	44	0	57	28,5	143	71,5	1,54	1,16%
Lorraine	130	65	44	22	25	99	9	133	66,5	307	153,5	3,30	3,73%
Midi-Pyrénées	153	76,5	95	47,5	24	101	10	135	67,5	383	191,5	4,12	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	158	79	72	36	26	139	6	171	85,5	401	200,5	4,32	6,45%
Basse-Normandie	70	35	32	16	11	47	3	61	30,5	163	81,5	1,75	2,31%
Haute-Normandie	85	42,5	25	12,5	12	67	0	79	39,5	189	94,5	2,03	2,89%
Pays de la Loire	162	81	69	34,5	23	123	10	156	78	387	193,5	4,16	5,41%
Picardie	70	35	29	14,5	10	52	0	62	31	161	80,5	1,73	3,00%
Poitou-Charentes	64	32	27	13,5	7	52	2	61	30,5	152	76	1,64	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	288	144	147	73,5	38	196	14	248	124	683	341,5	7,35	7,59%
Rhône-Alpes	388	194	168	84	53	297	32	382	191	938	469	10,09	9,51%
France métropolitaine	3764	1882	1790	895	577	2967	194	3738	1869	9292	4646	99,65	97,09%
Antilles (Guadeloupe + Martinique)	15	7,5	6	3	1	11	0	12	6	33	16,5	0,35	1,36%
Guyane	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,31%
Réunion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,24%
France métropolitaine et Dom	3779	1889,5	1796	898	578	2978	194	3750	1875	9325	4662,5	100,00	100,00%

Tableau 1.3.7. : Effectif des PH temps plein et temps partiel des CHU par région au 1er janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	PH temps plein	%	PH temps partiel	%	Total T plein et T partiel	%	% de la pop. Totale
Alsace	728	3,77%	477	2,60%	1 205	3,20%	2,89%
Aquitaine	375	1,94%	957	5,22%	1 332	3,54%	4,91%
Auvergne	435	2,25%	368	2,01%	803	2,13%	2,13%
Bourgogne	392	2,03%	174	0,95%	566	1,50%	2,60%
Bretagne	634	3,28%	744	4,06%	1 378	3,66%	4,87%
Centre	484	2,51%	371	2,02%	855	2,27%	3,98%
Champagne-Ardenne	413	2,14%	308	1,68%	721	1,91%	2,13%
Corse							0,44%
Franche-Comté	349	1,81%	214	1,17%	563	1,50%	1,83%
Ile-de-France	6 002	31,07%	6 321	34,48%	12 323	32,73%	18,17%
Languedoc-Roussillon	837	4,33%	918	5,01%	1 755	4,66%	3,99%
Limousin	276	1,43%	245	1,34%	521	1,38%	1,16%
Lorraine	534	2,76%	406	2,21%	940	2,50%	3,73%
Midi-Pyrénées	833	4,31%	704	3,84%	1 537	4,08%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	845	4,37%	660	3,60%	1 505	4,00%	6,45%
Basse-Normandie	379	1,96%	253	1,38%	632	1,68%	2,31%
Haute-Normandie	452	2,34%	369	2,01%	821	2,18%	2,89%
Pays de la Loire	924	4,78%	627	3,42%	1 551	4,12%	5,41%
Picardie	420	2,17%	240	1,31%	660	1,75%	3,00%
Poitou-Charentes	340	1,76%	115	0,63%	455	1,21%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 442	7,46%	1 297	7,07%	2 739	7,27%	7,59%
Rhône-Alpes	1 776	9,19%	2 448	13,35%	4 224	11,22%	9,51%
France Métropolitaine	18 870	97,68%	18 216	99,35%	37 086	98,49%	97,09%
Guadeloupe	196	1,01%	56	0,31%	252	0,67%	0,72%
Guyane							0,31%
Martinique	253	1,31%	63	0,34%	316	0,84%	0,64%
La Réunion							1,24%
France Métropolitaine et DOM	19 319	100,00%	18 335	100,00%	37 654	100,00%	100,00%

Tableau 1.3.8. : Effectifs et ETP des médecins hospitalo-universitaires en CHU dans les interrégions au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Inter Région	Personnels titulaires				Personnels temporaires					TOTAL HU			Part de la population %
	PUPH	ETP	MCUPH	ETP	AHU	CCA	PHU	Total	ETP	Effectifs HU	ETP	%	
1. Nord Ouest (Nord Pas de Calais, Picardie, Basse-Normandie, Haute-Normandie)	383	191,5	158	79	59	305	9	373	186,5	914	457	9,80	14,65
2. Nord Est (Alsace, Lorraine, Champagne Ardennes, Franche Comté, Bourgogne)	480	240	214	107	79	355	27	461	230,5	1155	577,5	12,39	13,18
3. Est (Rhône Alpes, Auvergne)	474	237	202	101	62	354	38	454	227	1130	565	12,12	11,64
4. Sud (Languedoc-Roussillon, Corse, PACA)	432	216	207	103,5	68	320	20	408	204	1047	523,5	11,23	12,02
5. Sud Ouest (Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Antilles, Guyane, Réunion)	408	196,5	184	92	75	280	18	373	186,5	965	475	10,35	10,44
6. Grand Ouest (Centre, Poitou-Charentes, Bretagne, Pays de la Loire)	477	246	202	101	84	368	17	469	234,5	1148	581,5	12,31	16,98
7. Ile de France	1125	562,5	629	314,5	151	996	65	1212	606	2966	1483	31,81	18,17
TOTAL	3779	1889,50	1796	898	578	2978	194	3750	1875	9325	4662,50	100,00	100,00

Tableau 1.3.9. : ETP des médecins des CH au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

	PH	Assistant	Attaché	Autres salariés	Total	Total (pourcentage)	population	part de la population totale
	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP			
Alsace	607,21	132,48	55,53	44,47	839,69	3,07%	1 805	2,89%
Aquitaine	904,91	148,59	94,98	94,20	1 242,68	4,54%	3 072	4,91%
Auvergne	439,72	52,65	54,04	34,74	581,15	2,12%	1 330	2,13%
Bourgogne	576,97	76,80	66,98	70,81	791,56	2,89%	1 626	2,60%
Bretagne	1 033,98	124,68	95,14	133,78	1 387,58	5,07%	3 044	4,87%
Centre	986,42	95,40	105,23	125,59	1 312,64	4,80%	2 490	3,98%
Champagne-Ardenne	438,68	60,67	42,68	153,01	695,04	2,54%	1 334	2,13%
Corse	167,11	16,00	29,42	1,00	213,53	0,78%	275	0,44%
Franche-Comté	525,64	50,80	56,09	16,02	648,55	2,37%	1 143	1,83%
Ile-de-France	2 850,18	543,48	697,24	353,94	4 444,84	16,24%	11 362	18,17%
Languedoc-Roussillon	556,97	74,58	106,89	21,20	759,64	2,78%	2 497	3,99%
Limousin	233,85	39,63	24,20	30,20	327,88	1,20%	724	1,16%
Lorraine	742,91	85,90	75,55	88,98	993,34	3,63%	2 334	3,73%
Midi-Pyrénées	915,40	107,34	103,84	44,11	1 170,69	4,28%	2 731	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	1 482,68	254,78	145,82	143,42	2 026,70	7,41%	4 032	6,45%
Basse-Normandie	521,87	61,37	43,81	113,98	741,03	2,71%	1 445	2,31%
Haute-Normandie	530,38	55,50	90,01	86,00	761,89	2,78%	1 806	2,89%
Pays de la Loire	825,72	120,10	83,12	162,09	1 191,03	4,35%	3 385	5,41%
Picardie	808,00	145,50	127,51	76,89	1 157,90	4,23%	1 877	3,00%
Poitou-Charentes	785,30	66,51	77,31	79,29	1 008,41	3,69%	1 701	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 447,07	233,09	296,70	73,80	2 050,66	7,49%	4 743	7,59%
Rhône-Alpes	1 457,02	280,85	228,00	146,38	2 112,25	7,72%	5 947	9,51%
France métropolitaine	18 837,99	2 826,70	2 700,09	2 093,90	26 458,68	96,70%	60 702	97,09%
Guadeloupe	113,20	6,36	9,51	2,50	131,57	0,48%	453	0,72%
Guyane	110,17	15,00	6,00	3,00	134,17	0,49%	191	0,31%
Martinique	124,24	7,50	7,90	3,38	143,02	0,52%	398	0,64%
La Réunion	333,70	101,00	9,30	51,40	495,40	1,81%	775	1,24%
France métropolitaine et Dom	19 519,30	2 956,56	2 732,80	2 154,18	27 362,84	100%	62 519	100,00%

1.3.2 Les effectifs des différents groupes de spécialités

Pour ce qui concerne la répartition des médecins par spécialités, la présente analyse a distingué cinq blocs de spécialités : spécialités médicales, spécialités chirurgicales, médecine générale, biologie médicale, psychiatrie. Ce découpage est donc différent des filières de l'examen classant national (ECN).

Ainsi, nous examinerons dans un premier temps, globalement les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales, puis nous examinerons individuellement chacune des spécialités médicales et chirurgicales. Enfin, dans un chapitre spécifique, nous détaillerons la situation de la médecine générale, de la biologie et de la psychiatrie

1.3.2.1 Les effectifs des spécialités médicales et chirurgicales dans les établissements publics et privés.

Le tableau 1.3.10. fait l'inventaire de ces différents blocs de spécialités dans le secteur public. Dans le secteur public, les « spécialités médicales » rassemblent la moitié du personnel médical hospitalier (ETP) puis dans l'ordre décroissant, on retrouve les spécialités chirurgicales (16,7 %), la médecine générale (14,5 %), la psychiatrie (11,8 %) la biologie (6,9 %). En chirurgie, les effectifs temps partiels (8 117) sont supérieurs aux temps pleins (7 184).

Le tableau 1.3.11. indique, en ETP, la répartition des cinq blocs de spécialités entre les divers types d'établissements publics.

Les CH concentrent 53,5 % des ETP contre 37,8 % en CHU et 8,7 % en CHS.

La répartition par spécialité montre un pourcentage important des chirurgiens exerçant dans les CH (61,8 %). Dans cette spécialité, si on analyse la gynécologie obstétrique ce sont 74,5 % des gynécologues obstétriciens qui exercent dans les CH.

La répartition des médecins (spécialités médicales, médecine générale, biologie) est plus équilibrée entre les CH (55,8 %) et les CHU (42,1 %). Au sein des médecins, les CHU rassemblent 68,1 % des biologistes et les CH, 75,7 % de médecins de médecine générale.

Les psychiatres sont 60,3 % dans les CHS et 28,2 % dans les CH.

Le tableau 1.3.12. résume les effectifs des cinq blocs de spécialités mentionnés plus haut dans le secteur privé.

Dans ce secteur, c'est également dans la catégorie « spécialités médicales » que les salariés et les libéraux exclusifs sont les plus nombreux. Cette catégorie mobilise 59,2 % des libéraux non exclusifs.

Tableau 1.3.10. : personnel médical salarié (effectifs et ETP) dans les établissements de santé publics au 1^{er} janvier 2005 par grandes spécialités
 Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Spécialités	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP des salariés	Part des ETP de la spécialité/total ETP
Spécialités médicales	22 402	17 407	39 809	25 818,59	50,1%
Spécialités chirurgicales	7 184	8 117	15 301	8 585,28	16,7%
Médecine générale	5 861	4 342	10 203	7 458,84	14,5%
Biologie	3 541	1 585	5 126	3 542,28	6,9%
Psychiatrie	5 135	2 456	7 591	6 093,33	11,8%
Total	44 123	33 907	78 030	51 498,32	100,0%

Tableau 1.3.11. : personnel médical salarié (ETP) dans les établissements de santé publics au 1er janvier 2005 selon le type d'établissement
 Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

	CHU		CH		CHS		Total
	ETP (a)	Part de l'établissement /total de la spécialité (a)/(d)	ETP (b)	Part de l'établissement /total de la spécialité (b)/(d)	ETP (c)	Part de l'établissement /total de la spécialité (c)/(d)	ETP (d)
Spécialités médicales	11 716,23	45,5%	13 803,96	53,6%	235,78	0,9%	25 755,97
Médecine générale	1 278,83	17,6%	5 502,74	75,7%	487,09	6,7%	7 268,66
Biologie	2 411,23	68,1%	1 097,54	31,0%	32,26	0,9%	3 541,03
Total Médecine	15 406,29	42,1%	20 404,24	55,8%	755,13	2,1%	36 565,66
Chirurgie hors gynécologie obstétrique	2 677,05	42,3%	3 619,45	57,3%	24,84	0,4%	6 321,34
Gynécologie obstétrique	562,59	24,9%	1 684,57	74,5%	14,88	0,7%	2 262,04
Total Chirurgie	3 239,64	37,7%	5 304,02	61,8%	39,72	0,5%	8 583,38
Psychiatrie	704,65	11,6%	1 716,39	28,2%	3 671,19	60,3%	6 092,23
TOTAL	19 350,58	37,8%	27 424,65	53,5%	4 466,04	8,7%	51 241,27

Tableau 1.3.12. : personnel médical (ETP, effectifs libéraux) dans les établissements de santé privés par grandes spécialités au 1^{er} janvier 2005 (HPP compris). Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics) (Source SAE – Drees)

Spécialités	Salariés					Libéraux			
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP des salariés (a)	Part des ETP de la spécialité/ total ETP (a)/(d)	Libéraux exclusifs (b)	Part des libéraux exclusifs de la spécialité/total libéraux exclusifs (b)/(d)	Libéraux non exclusifs (c)	Part des libéraux non exclusifs de la spécialité/total libéraux non exclusifs (c)/(d)
Spécialités médicales	2941	3862	6803	4537,84	55,02%	7530	48,5%	15 397	59,2%
Spécialités chirurgicales	583	1117	1700	943,69	11,44%	6 801	43,8%	8 030	30,9%
Médecine générale	783	1 676	2 459	1 519	18,42%	387	2,5%	966	3,7%
Biologie	167	149	316	236	2,86%	281	1,8%	1 130	4,3%
Psychiatrie	617	1 020	1 637	1 011,25	12,26%	540	3,5%	506	1,9%
Total (d)	5 091	7 824	12 915	8 247	100,00%	15 539	100,0%	26 029	100,0%

a) Les spécialités médicales

Le tableau 1.3.13. fait l'inventaire des médecins des établissements de santé publics et privés par spécialités médicales.

La catégorie « autres spécialités médicales » comprend notamment la génétique, l'hématologie, la médecine de la reproduction et la gynécologie médicale, l'hémobiologie transfusion, les maladies infectieuses.

Tableau 1.3.13. : personnel médical (ETP et effectifs libéraux) dans les établissements de santé publics et privés par spécialités médicales au 1^{er} janvier 2005. Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Spécialités	Salariés						Libéraux	
	Effectif temps plein (a)	Effectif temps partiel	Effectif total (b)	Part des effectifs temps plein/effectif total (a)/(b) (%)	ETP des salariés	Part des ETP de la spécialité/ total ETP (%)	nombre	Part des libéraux de la spécialité/ total libéraux (%)
Anatomie et cytologie pathologiques	616	433	1 049	59%	659,95	2,17%	1 457	6,33%
Anesthésie réanimation	5 542	1 021	6 563	84%	5 812,20	19,15%	3 643	15,84%
Réanimation médicale	1 071	293	1 364	79%	1 111,14	3,66%	131	0,57%
Cardiologie et maladies vasculaires	1 703	2 417	4 120	41%	2 270,31	7,48%	3 843	16,71%
Dermatologie vénéréologie	270	1 082	1 352	20%	429,05	1,41%	729	3,17%
Endocrinologie et maladies métaboliques	512	768	1 280	40%	651,48	2,15%	452	1,96%
Gastro-entérologie et hépatologie	1 113	1 378	2 491	45%	1 365,38	4,50%	3 196	13,89%
Médecine interne	1 314	1 221	2 535	52%	1 527,17	5,03%	173	0,75%
Néphrologie	812	674	1 486	55%	932,40	3,07%	586	2,55%
Neurologie	765	857	1 622	47%	928,54	3,06%	536	2,33%
Cancérologie (anc. Oncologie)	593	386	979	61%	784,40	2,58%	708	3,08%
Pédiatrie	2 061	2 014	4 075	51%	2 561,36	8,44%	835	3,63%
Pneumologie	1 066	1 122	2 188	49%	1 343,65	4,43%	1 214	5,28%
Radiologie	2 159	1 943	4 102	53%	2 611,73	8,60%	3 062	13,31%
Radiothérapie	309	164	473	65%	442,79	1,46%	378	1,64%
Médecine physique et de réadaptation	1 095	851	1 946	56%	1 399,75	4,61%	323	1,40%
Rhumatologie	407	818	1 225	33%	538,14	1,77%	463	2,01%
Autres spécialités médicales	2 587	2 507	5 094	51%	3 302,42	10,88%	868	3,77%
Médecine nucléaire	346	202	548	63%	348,81	1,15%	129	0,56%
santé publique	793	761	1 554	51%	990,31	3,26%	172	0,75%
Médecine du travail	209	357	566	37%	345,45	1,14%	106	0,46%
Total	25 343	21 269	46 612	54%	30 356,43	100,00%	23 004	100,00%

Le nombre des effectifs salariés est le double des effectifs libéraux.

L'anesthésie réanimation est bien représentée, quel que soit le mode d'exercice. D'autres spécialités médicales sont peu représentées en activité libérale comparativement à l'activité salariée. C'est le cas notamment de la réanimation médicale, de la médecine interne, de la pédiatrie, de la médecine physique et de réadaptation, des autres spécialités médicales et de la santé publique. A l'inverse d'autres spécialités médicales sont très représentées dans le secteur libéral, en plus de l'anesthésie réanimation, la cardiologie, la gastro-entérologie et la radiologie.

Le tableau 1.3.14. fait l'inventaire des effectifs des spécialistes médicaux dans les établissements publics.

Tableau 1.3.14. : personnel médical (ETP) dans les établissements de santé publics : spécialités médicales. Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Spécialités	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	Part des ETP de la spécialité/total ETP
Anatomie et cytologie pathologiques	527	377	904	547,43	2,1%
Anesthésie réanimation	5 056	784	5 840	5 209,45	20,2%
Réanimation médicale	1 003	242	1 245	1 022,06	4,0%
Cardiologie et maladies vasculaires	1 511	2 026	3 537	1 942,25	7,5%
Dermatologie-vénérologie	264	1 014	1 278	410,10	1,6%
Endocrinologie et maladies métaboliques	480	684	1 164	591,42	2,3%
Gastro-entérologie et hépatologie	1 059	1 206	2 265	1 263,36	4,9%
Médecine interne	1 231	1 142	2 373	1 403,36	5,4%
Néphrologie	662	350	1 012	701,76	2,7%
Neurologie	743	753	1 496	871,67	3,4%
Cancérologie (anc. Oncologie)	356	238	594	390,58	1,5%
Pédiatrie	1 950	1 748	3 698	2 361,02	9,1%
Pneumologie	922	947	1 869	1 130,08	4,4%
Radiologie	1 953	1 635	3 588	2 301,42	8,9%
Radiothérapie	172	87	259	186,97	0,7%
Médecine physique et de réadaptation	538	557	1 095	686,22	2,7%
Rhumatologie	363	727	1 090	467,40	1,8%
Autres spécialités médicales (1)	2 424	2 100	4 524	2 986,97	11,6%
Médecine nucléaire	293	155	448	276,23	1,1%
santé publique	692	338	1 030	751,96	2,9%
Médecine du travail	203	297	500	316,88	1,2%
Total	22 402	17 407	39 809	25 818,59	100,0%

L'anesthésie réanimation principalement, qui représente un cinquième des salariés du secteur public, mais aussi la pédiatrie, la radiologie rassemblent les effectifs les plus importants.

Le tableau 1.3.15. rassemble les effectifs des spécialités médicales dans les établissements privés non lucratifs et lucratifs.

Les médecins exerçant dans ces établissements ont majoritairement une activité libérale exclusive ou non exclusive à l'exception de la réanimation médicale, de la médecine interne, de la médecine physique et de réadaptation, de la santé publique qui ont plutôt une activité salariée. Là encore dans ces établissements les spécialistes les plus représentés sont l'anesthésie réanimation, la cardiologie, la gastro-entérologie, la radiologie.

Tableau 1.3.15. : personnel médical (ETP et effectifs libéraux) dans les établissements de santé privés : spécialités médicales
 Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Spécialités	Salariés					Libéraux			
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	Part des ETP de la spécialité/total ETP	exclusifs	Part des libéraux exclusifs de la spécialité/total libéraux exclusifs	non exclusifs	Part des libéraux non exclusifs de la spécialité/total libéraux non exclusifs
Anatomie et cytologie pathologiques	89	56	145	112,52	2,48%	62	0,82%	1 393	9,05%
Anesthésie réanimation	486	237	723	602,75	13,28%	2 628	34,90%	1 011	6,57%
Réanimation médicale	68	51	119	89,08	1,96%	53	0,70%	78	0,51%
Cardiologie et maladies vasculaires	192	391	583	328,06	7,23%	1 037	13,77%	2 798	18,17%
Dermatologie vénéréologie	6	68	74	18,95	0,42%	152	2,02%	576	3,74%
Endocrinologie et maladies métaboliques	32	84	116	60,06	1,32%	110	1,46%	341	2,21%
Gastro-entérologie et hépatologie	54	172	226	102,02	2,25%	769	10,21%	2 425	15,75%
Médecine interne	83	79	162	123,81	2,73%	58	0,77%	110	0,71%
Néphrologie	150	324	474	230,64	5,08%	196	2,60%	390	2,53%
Neurologie	22	104	126	56,87	1,25%	82	1,09%	453	2,94%
Cancérologie (anc. Oncologie)	237	148	385	393,82	8,68%	249	3,31%	459	2,98%
Pédiatrie	111	266	377	200,34	4,41%	261	3,47%	572	3,72%
Pneumologie	144	175	319	213,57	4,71%	280	3,72%	931	6,05%
Radiologie	206	308	514	310,31	6,84%	764	10,15%	2 287	14,85%
Radiothérapie	137	77	214	255,82	5,64%	227	3,01%	151	0,98%
Médecine physique et de réadaptation	557	294	851	713,53	15,72%	135	1,79%	177	1,15%
Rhumatologie	44	91	135	70,74	1,56%	82	1,09%	381	2,47%
Autres spécialités médicales	163	407	570	315,45	6,95%	274	3,64%	572	3,72%
Médecine nucléaire	53	47	100	72,58	1,60%	51	0,68%	78	0,51%
Santé publique	101	423	524	238,35	5,25%	55	0,73%	115	0,75%
Médecine du travail	6	60	66	28,57	0,63%	5	0,07%	99	0,64%
Total	2 941	3 862	6 803	4 537,84	100,00%	7 530	100,00%	15 397	100,00%

b) Les spécialités chirurgicales

Le tableau 1.3.16. fait l'inventaire des chirurgiens des établissements de santé publics et privés par spécialité chirurgicale.

Certaines sont peu représentées en activité libérale par rapport à l'activité salariée. C'est le cas notamment de la chirurgie générale, de la gynécologie obstétrique, de la neurochirurgie, de la chirurgie infantile. A l'inverse, d'autres sont beaucoup plus représentées dans le secteur libéral que parmi les salariés telles la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie.

Tableau 1.3.16. : personnel médical (ETP et effectifs libéraux) dans les établissements de santé publics et privés au 1^{er} janvier 2005 : spécialités chirurgicales

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP)
(Source SAE – Drees)

Spécialités	Salariés						Libéraux	
	Effectif temps plein (a)	Effectif temps partiel	Effectif total (b)	Part des effectifs temps plein/effectif total (a)/(b)	ETP des salariés	Part des ETP de la spécialité/total ETP %	Nombre	Part des libéraux de la spécialité/total libéraux %
Chirurgie générale	1 094	526	1 620	68%	1 121	11,77%	751	5,06%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	179	936	1 115	16%	393	4,12%	1 080	7,27%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 351	787	2 138	63%	1 459	15,31%	2 120	14,28%
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	92	155	247	37%	114	1,20%	863	5,81%
Gynécologie obstétrique	1 938	2 080	4 018	48%	2 455	25,76%	2 206	14,86%
Neurochirurgie	273	155	428	64%	278	2,91%	130	0,88%
Ophtalmologie	490	1 771	2 261	22%	832	8,73%	2 712	18,27%
Oto-rhino-laryngologie	487	1 555	2 042	24%	855	8,97%	2 060	13,88%
Chirurgie urologique	435	363	798	55%	474	4,97%	1 053	7,09%
Autres spécialités chirurgicales	115	175	290	40%	152	1,59%	226	1,52%
Chirurgie digestive	579	228	807	72%	612	6,42%	728	4,90%
Chirurgie vasculaire	252	198	450	56%	267	2,80%	652	4,39%
Chirurgie thoracique et cardiaque	253	164	417	61%	273	2,87%	196	1,32%
Chirurgie infantile	229	141	370	62%	244	2,56%	69	0,46%
Total (f)	7 767	9 234	17 001	46%	9 529	100,00%	14 846	100,00%

Le tableau 1.3.17. rassemble les spécialités chirurgicales dans les établissements publics.

tableau 1.3.17. : personnel médical (ETP) dans les établissements de santé publics au 1^{er} janvier 2005 : spécialités chirurgicales

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP)
(Source SAE – Drees)

Spécialités	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	Part des ETP de la spécialité/total ETP
Chirurgie générale	982	464	1 446	992,25	11,56%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	168	892	1 060	370,24	4,31%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 246	619	1 865	1 305,86	15,21%
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	79	132	211	95,16	1,11%
Gynécologie obstétrique	1 827	1 869	3 696	2 262,04	26,35%
Neurochirurgie	263	146	409	265,77	3,10%
Ophtalmologie	471	1 556	2 027	760,39	8,86%
Oto-rhino-laryngologie	456	1 392	1 848	774,19	9,02%
Chirurgie urologique	404	293	697	416,14	4,85%
Autres spécialités chirurgicales	84	146	230	109,86	1,28%
Chirurgie digestive	520	175	695	532,48	6,20%
Chirurgie vasculaire	234	167	401	237,10	2,76%
Chirurgie thoracique et cardiaque	225	135	360	229,70	2,68%
Chirurgie infantile	225	131	356	234,10	2,73%
Total	7 184	8 117	15 301	8 585,28	100,00%

Les spécialités les plus représentées parmi le personnel salarié sont la gynécologie obstétrique, la chirurgie orthopédique et traumatologique et la chirurgie générale. Les autres spécialités représentent moins de 10 % des ETP.

Le tableau 1.3.18. fait l'inventaire des spécialistes chirurgiens dans les établissements privés lucratifs et non lucratifs. Les chirurgiens exerçant dans ces établissements ont majoritairement une activité libérale exclusive ou non exclusive.

Nous constatons une part importante des ophtalmologistes et des chirurgiens ORL dans l'ensemble des libéraux exclusifs ils représentent près de 30 % et également dans l'ensemble des libéraux non exclusifs où ils sont plus de 35 % d'entre eux.

Tableau 1.3.18. : personnel médical (ETP) dans les établissements de santé privés au 1^{er} janvier 2005 : spécialités chirurgicales.

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Spécialités	Salariés					Libéraux			
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	Part des ETP de la spécialité/total ETP (%)	Exclusifs	Part des libéraux exclusifs de la spécialité/total libéraux exclusifs (%)	non exclusifs	Part des libéraux non exclusifs de la spécialité/total libéraux non exclusifs (%)
Chirurgie générale	112	62	174	129,2	13,69%	421	6,19%	330	4,11%
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	11	44	55	22,59	2,39%	391	5,75%	689	8,58%
Chirurgie orthopédique et traumatologique	105	168	273	152,88	16,20%	1 177	17,31%	943	11,74%
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	13	23	36	18,81	1,99%	227	3,34%	636	7,92%
Gynécologie obstétrique	111	211	322	192,97	20,45%	1 214	17,85%	987	12,29%
Neurochirurgie	10	9	19	11,91	1,26%	60	0,88%	70	0,87%
Ophthalmologie	19	215	234	71,62	7,59%	1 173	17,25%	1 536	19,13%
Oto-rhino-laryngologie	31	163	194	80,65	8,55%	820	12,06%	1 237	15,40%
Chirurgie urologique	31	70	101	57,92	6,14%	474	6,97%	577	7,19%
Autres spécialités chirurgicales	31	29	60	41,83	4,43%	69	1,01%	156	1,94%
Chirurgie digestive	59	53	112	79,67	8,44%	422	6,20%	306	3,81%
Chirurgie vasculaire	18	31	49	29,93	3,17%	248	3,65%	403	5,02%
Chirurgie thoracique et cardiaque	28	29	57	43,73	4,63%	81	1,19%	115	1,43%
Chirurgie infantile	4	10	14	9,98	1,06%	24	0,35%	45	0,56%
Total	583	1 117	1 700	943,69	100,00%	6 801	100,00%	8 030	100,00%

1.3.2.2 Analyse de la situation des spécialités médicales

Le détail de l'analyse de chacune des spécialités médicales est fourni en annexe du rapport.

Anatomie et cytologie pathologiques

L'effectif des anatomopathologistes salariés est de 1 049 soit 660 équivalent temps plein (ETP). La plupart (98 %) exerce en secteur public et les deux tiers d'entre eux exercent en CHU.

Les 1 455 anatomopathologistes exerçant à titre libéral le font quasi exclusivement dans les établissements privés à but lucratifs (95 %) ; cet exercice libéral est majoritairement exclusif.

Il existe de grandes disparités régionales. Parmi les salariés, on compte 7 ETP en Limousin, 9 ETP en Picardie et 248 en Ile-de-France soit 38 % du total des ETP. Parmi les libéraux, la région PACA concentre 20 % des anatomopathologistes et l'ensemble PACA, Ile-de-France, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon plus de la moitié.

27 % des anatomo-cytopathologistes ont 55 ans ou plus.

Anesthésie réanimation

L'effectif des anesthésistes réanimateurs salariés est de 6 563 soit 5 812 ETP. La plupart (89 %) exerce en secteur public. 55 % d'entre eux exerce en CHU et 44 % en CH. Ces chiffres peuvent être rapprochés de ceux des chirurgiens et de l'activité chirurgicale (évaluée en journées) qui s'effectue à 55 % en CH et à 45% en CHU et de l'activité obstétricale qui s'effectue pour les trois-quarts en CH.

On dénombre 3 643 anesthésistes réanimateurs libéraux. La majorité d'entre eux (93 %) exerce dans les établissements privés à but lucratif. C'est un exercice libéral majoritairement exclusif (72 %).

Il existe de grandes disparités régionales. Parmi les salariés, on compte 69 ETP en Limousin, 95 ETP en Franche-Comté et 1 304 ETP en Ile-de-France soit 22 % du total des ETP. Les libéraux exercent surtout en Ile-de-France (17 %) et en PACA (16 %), à interpréter en fonction des parts de population, respectivement 18,17 % et 7,6 %.

Par ailleurs, il faut noter qu'un tiers des anesthésistes réanimateurs a plus de 55 ans.

Cancérologie

L'effectif des oncologues salariés est de 979 praticiens, représentant 784 ETP.

Plus de 60 % exercent en établissements publics (26,5 % en CHU et 33,5 % en CH) et 30 % en Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC).

Dans les établissements publics, 40 % exercent à temps partiel, davantage en CH (45 %) qu'en CHU (33 %). Ces derniers regroupent 40 % des effectifs et 44 % des ETP.

Mis à part dans les CLCC, l'exercice salarié dans les établissements privés est majoritairement à temps partiel.

Les régions Ile-de-France et PACA concentrent 39 % des oncologues salariés pour 25 % de la population. Quatre autres régions, Alsace, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes, comptent une part de ces praticiens supérieure à leur poids démographique. Ces six régions regroupent près des deux tiers de ces praticiens pour moins de la moitié de la population.

Les 708 oncologues exerçant à titre libéral le font quasi exclusivement dans les établissements privés à but lucratif (92 %). Cet exercice libéral est majoritairement non exclusif (65 %).

L'Ile-de-France et les quatre régions les plus méridionales (Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA) regroupent près de 60 % des oncologues libéraux pour moins de 40 % de la population. On note une part très importante d'exercice libéral non exclusif en Aquitaine, Ile-de-France et surtout en PACA.

Cardiologie et maladies vasculaires

L'effectif des cardiologues salariés est de 4 120 soit 2 270 ETP. La plupart exerce en secteur public (86 %) et 60 % exerce en CH-CHR et 39 % en CHU.

Les 3 843 cardiologues exerçant à titre libéral le sont quasi exclusivement dans les établissements privés à but lucratif (90 %) ; cet exercice libéral est majoritairement non exclusif (73 %).

Les salariés sont représentés de façon assez équilibrée sur l'ensemble du territoire. En revanche, il existe des disparités régionales dans l'exercice libéral. La région PACA concentre 20,4 % des cardiologues libéraux et des régions comme le Limousin, la Franche-Comté, la Basse-Normandie moins de 1 %.

Dermatologie vénérologie

L'effectif des dermatologues salariés est de 1 352 soit 429 ETP. La plupart (95 %) exerce en secteur public et les deux tiers d'entre eux exercent en CHU.

Les 729 dermatologues exerçant à titre libéral le font surtout dans les établissements privés à but lucratif (86 %). Cet exercice libéral est surtout non exclusif (80 %).

Il existe des disparités régionales. Parmi les salariés, on compte 5 ETP en Limousin, 8 ETP en Poitou-Charentes, Basse-Normandie et Picardie alors que l'Ile-de-France concentre 112 ETP soit 26 % des effectifs ETP totaux. Parmi les libéraux, la région PACA concentre 17,3 % des dermatologues et la région Centre 7,5 %, à rapprocher aux parts de population, respectivement de 7,6 % et 4 %.

26 % des dermatologues ont 55 ans ou plus.

Endocrinologie

Les effectifs des endocrinologues salariés sont de 1 280 soit 651 ETP. 91 % des ETP exercent en secteur public CHU et CH. 60 % de ces derniers sont à temps partiel. 452 endocrinologues exercent en libéral exclusif pour un quart et non exclusif pour trois-quarts.

Il existe une très générale disparité de répartition régionale qui ne s'explique pas par des différences de population. L'Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Nord-Pas-de-Calais et Midi-Pyrénées concentrent environ 57 % des effectifs salariés des endocrinologues pour 46 % de la population. Un grand nombre d'endocrinologues libéraux exercent en PACA.

Les endocrinologues sont jeunes, seulement 13 % ont 55 ans et plus.

Gastroentérologie

Les effectifs des gastro-entérologues salariés sont de 2 491 soit 1 365 ETP. 93 % des ETP exercent dans le secteur public CH et CHU. Un peu plus de 50 % sont à temps partiel.

3 196 gastro-entérologues exercent à titre libéral, de façon non exclusive pour les trois-quarts et de façon exclusive pour un quart.

La répartition régionale est hétérogène. 25 % des spécialistes exerçant en établissement public et en établissement privés sont en Ile-de-France.

En ce qui concerne la structure d'âge, seulement 22 % des gastro-entérologues ont 55 ans et plus.

Médecine interne

Les effectifs des médecins internistes salariés sont de 2 535 soit 1 527 ETP. 92 % des ETP exercent dans le secteur public CHU et CH, environ 50 % sont à temps partiel.

115 internistes exercent en libéral (un tiers d'exclusifs et deux tiers de non exclusifs).

La médecine interne est une spécialité qui s'exerce peu dans les établissements en activité libérale.

La répartition régionale est très hétérogène. 40 % des internistes exercent en Ile-de-France.

La médecine interne se caractérise pour une part très importante de médecins de 55 ans et plus puisqu'on en dénombre 42 % ce qui en fait la discipline la plus vieillissante.

Médecine nucléaire

Les effectifs totaux en médecine nucléaire sont de 677,80 % sont salariés soit 349 ETP. 53 % exercent en CHU, 27 % en CH et 19 % en CLCC. La proportion des temps partiels est de 37 %.

129 nucléaristes ont une activité libérale, non exclusive pour 60 %.

L'analyse régionale montre que 28 % des salariés exercent en Ile-de-France pour 18 % de la population. Il est à noter le nombre le plus important de nucléaristes avec une activité libérale non exclusive en Rhône-Alpes.

Médecine physique et de réadaptation

Les effectifs salariés dans cette spécialité sont également répartis entre les secteurs public et privé : 714 ETP dans le secteur privé (51 %), et 686 dans le secteur public (49 %).

A l'intérieur du secteur privé, la répartition est la suivante :

- PSPH non lucratif : 474,6 soit 66 %
- privé non lucratif non PSPH : 49,8 soit 7 %
- privé lucratif : 189, soit 26 %

Pour l'ensemble de ce secteur, 557 personnes (65 %) exercent à temps plein, et 294 (35 %) exercent à temps partiel.

A l'intérieur du secteur public, un nombre très faible de personnes exercent dans les HL et CHS (respectivement 19,5 et 2,1 des ETP).

En nombre physique de personnes, les praticiens de cette spécialité sont également répartis entre CHU (526) et CH (531).

Cependant, le nombre de temps partiel est beaucoup plus faible en CH qu'en CHU entraînant ainsi un temps d'activité et de présence nettement plus élevé (407 contre 256,8).

Ces spécialistes sont vieillissants car 32 % ont 55 ans ou plus.

Médecine du travail

En 2005, 317 ETP exerçaient en établissement public pour suivre environ 800 000 agents. Selon la réglementation, le ratio est un médecin du travail pour 1 500 agents.

Si le nombre de médecins du travail apparaît globalement insuffisant la situation est extrêmement hétérogène d'un établissement à l'autre.

La majorité des PH et personnels médicaux universitaires exercent en CHU probablement dans des services hospitalo-universitaires chargés de l'enseignement et de la formation.

L'analyse pour les établissements privés est encore plus difficile car les établissements peuvent faire appel à des services externes qui ne sont pas comptés dans nos tableaux.

Très peu de médecins du travail ont un exercice libéral.

L'étude de la répartition régionale ne semble pas pertinente car d'une part l'exhaustivité des données n'est pas certaine et que d'autre part il est nécessaire d'avoir le nombre d'agents exerçant en établissements de santé pour s'assurer du respect de la réglementation.

Néphrologie

Les effectifs des néphrologues salariés sont de 1 486 soit 932 ETP. 75 % des ETP seulement exercent dans le secteur public CHU et CH. Dans ce secteur, 50 % sont à temps partiel.

586 néphrologues libéraux exercent dans les établissements privés, dont les deux tiers à titre non exclusif.

La répartition régionale :

- Il faut relever une forte concentration, en Rhône-Alpes, de salariés : 14 %.
- En PACA, Nord-Pas-de-Calais, un nombre important de libéraux non exclusifs et en Ile-de-France des libéraux exclusifs.

La structure d'âge des néphrologues révèle que 24 % ont 55 ans ou plus.

Neurologie

Les effectifs des neurologues salariés sont de 1 622 soit 929 ETP. 94 % des salariés exercent en secteur public CHU et CH. 50 % sont à temps partiel.

536 neurologues sont en établissement avec une activité libérale. 85 % non exclusives.

La répartition régionale est très hétérogène. Il est à noter un nombre important de neurologues avec une activité libérale non exclusive en PACA.

Les neurologues rassemblent des médecins jeunes puisque seulement 15 % ont 55 ans ou plus.

Pédiatrie

L'effectif des pédiatres salariés est de 4 075 praticiens, représentant 2 561 ETP.

Plus de 90 % exercent en établissements publics. Au sein de ceux-ci 47 % exercent à temps partiel, davantage dans les CHU (50 %) que dans les CH (44 %) ; les CHU regroupent 45 % des effectifs et 40 % des ETP.

Mis à part dans les CLCC, l'exercice salarié dans les établissements privés se fait aux trois-quarts à temps partiel.

On note essentiellement une concentration de ces praticiens salariés en Ile-de-France, 30 % pour 18 % de la population et dans une certaine mesure en Nord-Pas-de-Calais.

Les 835 pédiatres exerçant à titre libéral le font quasi exclusivement dans les établissements privés à but lucratif. Cet exercice libéral est majoritairement non exclusif. On note une très forte concentration de ces praticiens en région PACA avec une part très importante d'exercice non exclusif. Au total, les régions Ile-de-France, PACA et Rhône-Alpes regroupent près de la moitié des pédiatres exerçant à titre libéral au sein des établissements de santé pour 35 % de la population.

Globalement, le tiers des pédiatres sont âgés de 55 ans et plus.

Pneumologie

L'effectif des pneumologues salariés est de 2 188 praticiens, représentant 1 344 ETP.

Plus de 85 % exercent en établissements publics. Au sein de ceux-ci la moitié exerce à temps partiel, davantage dans les CHU (53 %) que dans les CH (48 %) ; les CHU regroupent près de 40 % des effectifs et un tiers des ETP.

L'exercice salarié dans les établissements privés se fait à 55 % à temps partiel.

Si on note une certaine concentration de ces praticiens salariés sur les régions Ile-de-France, PACA et Languedoc-Roussillon, d'autres régions comme le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace et la Lorraine connaissent une proportion de pneumologues salariés supérieure à leur poids démographique.

Les 1 214 pneumologues exerçant à titre libéral le font à 90 % dans les établissements privés à but lucratif. Cet exercice libéral se fait aux trois-quarts à titre non exclusif.

On note une très forte concentration de ces praticiens en région PACA et dans une moindre mesure en Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées ; ces trois régions regroupant plus de 30 % d'entre eux pour 16 % de la population. La région PACA se caractérise par un très fort taux d'exercice libéral non exclusif.

De manière générale, on constate que 21 % des pneumologues ont 55 ans ou plus.

Radiologie

L'effectif des radiologues salariés est de 4 102 praticiens, représentant 2 612 ETP.

Plus de 87 % exercent en établissements publics. Au sein de ceux-ci 45 % exercent à temps partiel, davantage dans les CHU (51 %) que dans les CH (38 %) ; les CHU regroupent 46 % des effectifs et 39 % des ETP.

L'exercice salarié dans les établissements privés se fait à près de 60 % à temps partiel.

On note essentiellement une concentration de ces praticiens salariés en Ile-de-France, 29 % pour 18 % de la population. Contrairement à bien d'autres spécialités, on remarque une certaine sous-représentation des régions les plus méridionales de la France.

Les 3 062 radiologues exerçant à titre libéral le font à 90 % dans les établissements privés à but lucratif. Cet exercice libéral est non exclusif dans trois-quarts des cas.

On note une très forte concentration de ces praticiens en région PACA (15,6 % versus 7,6 % de la population) et dans une moindre mesure en Languedoc-Roussillon, ces deux régions regroupant 22 % de ceux-ci pour 11 % de la population, avec une part très importante d'exercice non exclusif en PACA, 91 %.

En ce qui concerne la structure d'âge, on note que 28 % des radiologues ont 55 ans ou plus.

Radiothérapie

L'effectif des radiothérapeutes salariés est de 473 praticiens, représentant 443 ETP.

Près de 55 % exercent en établissements publics (30 % en CHU et 24 % en CH) et plus de 42 % en CLCC.

Plus du tiers exerce à temps partiel, davantage dans les CHU (37 %) et les CLCC (35 %) que dans les CH (30 %).

Dans les établissements publics, les CHU regroupent 55 % des effectifs et 52 % des ETP.

On note une très forte concentration des radiothérapeutes salariés en Ile-de-France, 32 % pour 18 % de la population, et une surreprésentation de Rhône-Alpes (10,6 % pour 9,5 % de la population). A remarquer un effectif de 11 praticiens (2,6 %) en Martinique (0,64 % de la population). Contrairement à bien d'autres spécialités, on note une certaine sous-représentation des régions PACA, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées.

Les 378 radiothérapeutes exerçant à titre libéral le font à près de 95 % dans les établissements privés à but lucratif. Cet exercice libéral est majoritairement exclusif (60 %).

Les régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon concentrent une part de ces praticiens nettement supérieure à leur poids démographique, au total près de 16 % pour un peu plus de 8 % de la population. A noter que les régions Bourgogne et Haute-Normandie regroupent respectivement 6 % et 5 % de ces praticiens pour 2,6 % et 2,9 % de la population. La surreprésentation de l'Ile-de-France est relativement modérée, 20 %.

Réanimation médicale

L'effectif des réanimateurs médicaux salariés est de 1 364 soit 1 111 ETP. La plupart (92 %) exerce en secteur public dont 60 % en CH.

L'effectif des réanimateurs exerçant à titre libéral est de 131, donc faible.

Cette spécialité est surtout représentée en Ile-de-France (27 % des ETP pour 18,17 % de la population) et en Rhône-Alpes (15 % des ETP pour 9,5 % de la population).

Rhumatologie

Dans cette spécialité, l'essentiel des effectifs se situe dans le secteur public :

- 1 090 personnes (89 %), soit 467 ETP (87 %) dans le secteur public
- 135 personnes (11 %), soit 71 ETP (13 %) dans le secteur privé.

A l'intérieur du secteur privé, seules 17 personnes (soit 10,3 ETP) exercent dans le secteur lucratif contre 107 (56,1 ETP) dans le secteur non lucratif PSPH et 10 (4,12 ETP) dans le secteur non lucratif non PSPH.

De façon anecdotique, un seul rhumatologue apparaît dans les CLCC.

Pour ce qui concerne le secteur public, seules 4 personnes (1,4 ETP) apparaissent dans les HL et les CHS.

Une répartition équilibrée s'établit entre les CHU et les CH :

CHU : 616 personnes (57 %), pour 214,7 ETP (46 %)

CH : 470 personnes (43 %), pour 251,2 ETP (54 %)

Dans cette spécialité, également, le nombre plus élevé de salariés à temps partiel (427 contre 297 en CH) induit un effectif plus faible en ETP que dans les CH.

En ce qui concerne la structure d'âge on peut noter que 27 % des rhumatologues ont 55 ans ou plus.

Santé publique

Les médecins de santé publique, DIM compris, sont 1 726. L'immense majorité (90 %) est salariée dont 75 % en public. 49 % sont à temps partiel.

L'analyse régionale montre une plus forte densité de médecins de santé publique salariés en Île-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées et PACA. Les régions les moins dotées sont le Nord-Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et Rhône-Alpes. La plus forte proportion de libéraux s'observe en Île-de-France (24 %), en PACA (14 %) et en Rhône-Alpes (10 %).

1.3.2.3 Analyse de la situation des spécialités chirurgicales

Le détail de l'analyse de chacune des spécialités chirurgicales est fourni en annexe du rapport.

En dehors de quelques spécialités, chirurgie orthopédiques et traumatologique et chirurgie urologique, les spécialités chirurgicales ont une structure d'âge avec plus de 30 % des effectifs ayant 55 ans ou plus.

Chirurgie digestive

Les effectifs de chirurgiens digestifs salariés se situent principalement dans le secteur public : 532 sur 612 ETP, soit 87 %.

Le nombre de chirurgiens privés paraît très sous-évalué : 80 sur 612 ETP, soit 14 %, notamment pour ce qui concerne les CLCC pour lesquels n'apparaissent que 3 ETP.

La répartition entre CHU et CH est significative. En effet, seuls 130 ETP sur 532 exercent en CHU, soit 24 %, contre 402 ETP en CH, soit 76 %.

Chirurgie infantile

Les effectifs des chirurgiens infantiles salariés sont de 370, soit 244 ETP. 96 % exercent dans le secteur public CHU et CH. 37 % exercent à temps partiel dans ce secteur. 14 chirurgiens infantiles exercent dans le secteur privé dont 71 % à temps partiel. 69 exercent en secteur libéral, dont 24 à titre exclusif et 45 à titre non exclusif.

La répartition est hétérogène mais 30 % des spécialistes exerçant en établissements publics et privés ainsi qu'en secteur libéral sont installés en région Ile-de-France.

Chirurgie générale

Le nombre de chirurgiens chirurgie générale est très élevé en secteur public, par rapport au secteur privé : 992 ETP contre 129 seulement en secteur privé.

A l'intérieur du secteur privé, la plus grande partie se situe dans les CLCC (71,3 sur 129 ETP). Il convient de noter que l'on n'en relève que 1,3 dans le secteur non lucratif non PSPH, et aucun en secteur lucratif. Par contre, le nombre de chirurgiens libéraux est important, et représente 67 % du nombre des ETP des établissements publics.

Au sein du secteur public, si l'on note des effectifs proches en effectifs totaux entre les CHU et les CH, la différence est nette lorsque l'on compare les effectifs en ETP : 328,8 en CHU et 660 en CH.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Comme dans les autres disciplines, le nombre de salariés du secteur privé est très faible : 55, tous types d'établissements confondus, et seulement 23 ETP. A noter qu'il n'y a pas de personnel temps plein, et aucun praticien dans le secteur lucratif. La moitié des chirurgiens de cette spécialité exerce en CLCC.

Pour ce qui concerne le secteur public, la majorité de chirurgiens de cette spécialité se trouve dans les CHU :

- CHU : 632 personnes (60 %), soit 194 ETP (53 %)
- CH : 420 personnes (40 %), soit 173,4 ETP (47 %)

La proportion de personnels à temps partiel est la même en CHU qu'en CH : 84 %.

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Les effectifs de salariés sont 2 138 soit 1 459 ETP. 89,5 % exercent en secteur public. Un tiers d'entre eux sont à temps partiel.

2 120 exercent en libéral, 55 % d'entre eux en libéral exclusif, 45 % en libéral non exclusif.

Il n'existe pas de forte hétérogénéité sur le territoire. Cependant, l'Alsace, Rhône-Alpes, l'Ile-de-France sont mieux pourvues elles concentrent 40 % des effectifs salariés et 35 % des effectifs libéraux, alors que ces trois régions représentent 30 % de la population.

Seulement 19 % des médecins ont 55 ans ou plus dans cette spécialité.

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Les effectifs des salariés sont de 247 soit 114 ETP dont 95 ETP dans le public. 37,2 % des salariés exercent à temps partiel.

863 chirurgiens plasticiens exercent en libéral dont 26,3 % en libéral exclusif et 83,7 % en libéral non exclusif.

La répartition sur le territoire est hétérogène. Sur les vingt-cinq régions, quinze d'entre elles ont moins de 3 ETP parmi les médecins salariés. En appréhendant l'ensemble des effectifs salariés et libéraux des vingt-cinq régions, sept d'entre elles ont moins de 10 médecins (Auvergne, Corse, Franche-Comté, Limousin, Basse-Normandie, Guadeloupe, Martinique).

Chirurgie thoracique et cardiaque

Les effectifs des chirurgiens thoraciques et cardiaques salariés sont de 417, soit 273 ETP. Environ 86 % exercent dans le secteur public CHU et CH. 37,5 % exercent à temps partiel dans ce secteur. 57 chirurgiens thoraciques et cardiaques exercent dans le secteur privé dont 51 % à temps partiel. 196 exercent en secteur libéral dont 81 à titre exclusif et 115 à titre non exclusif.

La répartition est hétérogène mais près de 40 % des spécialistes exerçant en établissements publics et privés ainsi qu'en secteur libéral sont installés en région Ile-de-France.

Gynécologie obstétrique

Les gynécologues obstétriciens sont au total 6 224.

65 % sont salariés soit 2 455 ETP. Ils exercent pour 23 % en CHU et 69 % en CH. 52 % sont à temps partiels. Sur les 2 206 gynécologues obstétriciens libéraux, 55 % le sont de manière exclusive.

La répartition régionale est très hétérogène. L'Ile-de-France représente 22 % des salariés et 31 % des libéraux. 23 % des gynécologues obstétriciens libéraux non exclusifs travaillent en PACA. Rhône-Alpes apparaît comme la région la plus sous dotée au regard de sa population.

31 % des gynécologues obstétriciens ont 55 ans et plus.

Neurochirurgie

En neurochirurgie, 77 % des effectifs sont salariés soit 278 ETP. 38 % sont à temps partiel. La très grande majorité exerce en CHU (82 % des salariés). Les libéraux (130) sont autant en exercice exclusif qu'en exercice non exclusif.

33 % des neurochirurgiens ont 55 ans et plus.

L'analyse régionale montre une forte densité des neurochirurgiens salariés en Île-de-France. 19 % des libéraux travaillent en PACA et 12 % en Languedoc-roussillon.

Ophthalmologie

Les effectifs des salariés sont 2 261 soit 832 ETP. 91 % d'entre eux exercent en secteur public. 38,8 % exercent en CHU. Trois-quarts des médecins sont à temps partiel.

2 712 médecins exercent en libéral dont 43 % en libéral exclusif et 57 % en libéral non exclusif.

L'hétérogénéité de leur répartition sur le territoire est constatée. Six régions ont moins de 6 ETP de médecins salariés (Champagne-Ardenne, Corse, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion). Les médecins libéraux y sont également moins nombreux dans ces régions. La région Ile-de-France concentre 35 % des effectifs de salariés pour 18,2 % de la population.

Dans la spécialité, 28 % des médecins ont 55 ans ou plus.

Oto-rhino-laryngologie

Les effectifs salariés sont de 2 042 soit 855 ETP. 90 % d'entre eux exercent en secteur public. Trois quarts des médecins sont à temps partiel.

2 060 médecins sont libéraux dont 40 % en libéral exclusif et 60 % en libéral non exclusif.

La disparité régionale est constatée sur le territoire. Six régions ont moins de 10 ETP de médecins salariés (Corse, Limousin, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Réunion). Les libéraux y sont également moins nombreux. En Picardie, les médecins libéraux sont peu nombreux. La région Ile-de-France est mieux pourvue avec 26 % des salariés pour 18,2 % de la population.

30 % des médecins de cette spécialité ont 55 ans ou plus.

1.3.2.4 La situation de la médecine générale, de la biologie et de la psychiatrie.

Le détail de l'analyse de chacune de ces spécialités est fourni en annexe du rapport.

Médecine générale

L'effectif total des médecins salariés exerçant dans les établissements de santé publics et les établissements de santé privés est de 12 662, soit 6 644 en effectif temps plein et 6 018 temps partiel, soit 8 978 ETP.

La répartition par établissement montre :

- la présence majoritaire des médecins généralistes salariés dans les CHU et les CH, à savoir :
 - emplois temps plein (CHU) : 887
 - emplois temps plein (CH) : 4 543
 - emplois temps partiel (CHU) : 1 109
 - emplois temps partiel (CH) : 2 604

Au total, CHU et CH rassemblent 6 781 ETP soit 76% de l'ensemble des médecins généralistes salariés :

- la faible présence des médecins généralistes salariés dans les hôpitaux locaux (56 temps plein et 350 temps partiel, soit 190,18 ETP). Ceci étant les hôpitaux locaux n'ont pas vocation à salarier systématiquement des médecins mais au contraire à intégrer les médecins libéraux au sein des établissements ;
- la faible présence des médecins généralistes salariés dans les cliniques privées à but lucratif (276 temps plein et 757 temps partiel respectivement, soit 621,76 ETP).

Les médecins généralistes exerçant à titre libéral dans les établissements sont au nombre de 3 591 et près de 90 % d'entre eux sont avec un exercice non exclusif.

Biologie

La formation des biologistes est commune, en France, aux médecins, aux pharmaciens et aux vétérinaires, ces derniers exercent essentiellement dans la recherche.

Les médecins et les pharmaciens peuvent exercer en secteur hospitalier mais pas les biologistes vétérinaires.

Certains médecins, titulaires d'un ou de deux des anciens CES de biologie ne peuvent exercer en ville.

Selon le rapport 2006 de l'IGAS sur la biologie médicale libérale en France, le nombre de biologiste français s'élève à 10 500. La densité des biologistes est de 16,5 pour 100 000 habitants pour une moyenne communautaire de 5,8. Les pharmaciens biologistes sont les plus nombreux (76 %). Chez nos voisins se sont les médecins et les scientifiques qui dominent. La proportion des pharmaciens est plus élevée en laboratoires d'analyses médicales (LABM) 79 % pour 71 % dans les hôpitaux publics. Dans les dix ans qui viennent, plus du tiers des pharmaciens biologistes prendront leur retraite.

Selon l'AFSSAPS, (Technique Hospitalière 697, mai - juin 2006 p 65) 5 261 (LABM) se répartissent de la façon suivante : LABM privés ou assimilés (4 076), laboratoires hospitaliers (923), laboratoires de l'établissement français du sang (167), laboratoires des anticancéreux (34), laboratoires des armées (22), laboratoires d'empreintes génétiques (39).

La France présente un nombre important de laboratoires comparé aux autres pays d'Europe (l'Allemagne en compte environ 400).

Le nombre de LABM, selon les données publiées par le conseil de l'ordre de pharmaciens, est relativement stable. Cependant, le nombre des sociétés d'exercice libéral augmente ce qui traduit un regroupement des plateaux techniques tout en conservant les nombreux sites de proximité.

La particularité de la biologie française est qu'elle défend qu'il ne s'agit pas de valider simplement une analyse technique, comme cela peut l'être grâce à des techniciens dans les autres pays européens, mais qu'il est important de valider l'ensemble d'un dossier. C'est le principe de la biologie clinique.

Au sein des établissements de santé, les effectifs des biologistes sont de 5 442, soit 3 778 ETP. 94 % exercent dans le secteur public CHU et CH. 31 % exercent à temps partiel. 316 biologistes exercent dans le secteur privé dont 47 % à temps partiel. 1 412 exercent en secteur libéral, dont 281 à titre exclusif et 1 131 à titre non exclusif.

La répartition est hétérogène mais 32 % des spécialistes exerçant en établissements publics et privés ainsi qu'en secteur libéral sont installés en région Ile de France (36 % des ETP).

Psychiatrie

Les effectifs salariés sont des 9 251 praticiens, représentant 7 120 ETP, 56 % d'entre eux exercent en établissement public et 7 % en UPP. Près des deux tiers exercent à temps plein.

Au sein du secteur public, 60% des praticiens salariés exercent en CHS.

En terme de répartition interrégionale, on observe une concentration importante en Ile de France (28 % des ETP pour 18 % de la population). A l'inverse, en région Bourgogne, Centre, Lorraine, Haute-Normandie et Guyane connaissent une part des praticiens salariés nettement inférieure à leur poids démographique.

Sur les 1 050 psychiatres libéraux exerçant en établissement, pour un peu plus de la moitié, il s'agit d'un exercice libéral exclusif. Plus de 90 % exercent en établissement privé à but lucratif.

Les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA concentrent plus de 40 % de ces praticiens pour 16 % de la population, avec un exercice très majoritairement en PACA.

Du fait du très large champ de l'activité des établissements psychiatriques allant de la prise en charge, en hospitalisation des patients les plus « lourds » à une activité de consultation, il convient dans cette discipline de s'intéresser à la densité de spécialistes dans son ensemble, c'est-à-dire en y incluant les psychiatres de ville.

On observe que les cinq régions les plus déficitaires en psychiatres salariés connaissent également une densité de psychiatre nettement inférieure à la moyenne nationale.

A contrario, la concentration des psychiatres dans la région Ile de France est encore renforcée en prenant en compte les psychiatres de ville. Les régions Aquitaine et PACA sont les deux seules autres régions connaissant une part des psychiatres significativement supérieure à leur poids démographique.

1.3.3 Les postes vacants

L'étude des vacances de postes permet d'identifier les spécialités et les régions dans lesquelles les recrutements sont plus problématiques.

Le tableau 1.3.19. fait l'inventaire des postes vacants de PH région par région.

Le taux retenu ici est le taux de vacance qui correspond à des postes qui ne sont occupés ni par un praticien titulaire ni par un praticien hospitalier nommé à titre provisoire. Ce taux de vacance n'intègre donc pas les contractuels, qui peuvent occuper, de façon transitoire, ces postes déclarés vacants. Or, il ressort d'un rapport de l'IGAS sur le développement des pratiques d'emplois temporaires que selon une enquête menée en 2003 dans quatre régions (Auvergne, Champagne-Ardenne, Picardie, Ile-de-France), l'emploi médical temporaire représenterait plus de 8 % du total des emplois médicaux hospitaliers en 2002 dans les CHU et CH et aurait crû de 50 % entre 2000 et 2002⁸. Les données rassemblées par des comités régionaux de l'ONDPS confirment aussi l'importance que peut revêtir ce phénomène et mettent notamment en évidence sa forte variation en fonction des types d'établissements^{9 10}. Dès lors, ces éléments, s'ils ne remettent pas la pertinence des données ci-après, permettent de les relativiser partiellement.

⁸ Rapport 2003-094 IGAS, développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires, p.13

⁹ Rapport IGAS n°2002.143, déc. 2002 - gestion des praticiens hospitaliers – C. de Batz, F. Lalande, G. Laurand

¹⁰ Rapport ONDPS 2004. La documentation française. www.sante.gouv.fr/ondps

¹⁰ Rapport ONDPS 2005. La documentation française. www.sante.gouv.fr/ondps

Tableau 1.3.19. : Postes vacants de PH par région au 1^{er} janvier 2005

	PH plein temps		PH temps partiel	
	Postes réellement vacants	Taux de vacance réelle	Postes réellement vacants	Taux de vacance réelle
Alsace	149	13,4%	34	36,6%
Aquitaine	149	10,4%	81	34,8%
Auvergne	157	20,2%	75	33,6%
Basse-Normandie	243	25,2%	81	33,9%
Bourgogne	194	19,9%	104	37,1%
Bretagne	274	15,4%	99	29,7%
Centre	301	19,1%	85	34,0%
Champagne-Ardenne	213	22,6%	92	39,1%
Corse	24	13,6%	15	40,5%
Franche-Comté	186	21,9%	67	30,3%
Guadeloupe	102	34,0%	21	46,7%
Guyane	61	40,9%	9	81,8%
Haute-Normandie	181	18,4%	79	37,4%
Ile-de-France	733	12,2%	545	26,3%
Languedoc-Roussillon	154	13,4%	83	33,2%
Limousin	115	20,4%	47	31,5%
Lorraine	267	20,1%	98	36,8%
Martinique	68	20,1%	26	41,9%
Mayotte	20	34,5%	-	-
Midi-Pyrénées	197	13,9%	60	19,0%
Nord-Pas-de-Calais	475	20,7%	173	28,8%
Pays de la Loire	224	13,7%	154	42,0%
Picardie	256	19,3%	134	41,7%
Poitou-Charentes	141	12,7%	56	27,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	250	10,7%	155	22,7%
Réunion	49	12,3%	10	26,3%
Rhône-Alpes	548	17,4%	219	24,4%
Total	5 731	16,3%	2 602	30,1%

Source : SIGMED, France entière

Le nombre de postes vacants est de 5 731 pour les praticiens à temps plein et 2 602 pour les praticiens à temps partiel. Ces chiffres correspondent respectivement à un taux de vacance réelle de 16,3 % et 30,1 %.

La situation est très variable d'une région à l'autre, avec une situation particulièrement difficile pour l'outre-mer, exceptée la Réunion. S'agissant des temps plein, les taux de vacance sont supérieurs à 30% à Mayotte, en Guyane (41 %) et en Guadeloupe et autour de 20 % en Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Martinique, Nord-Pas-de-Calais et Picardie. En ce qui concerne les temps partiels, le taux de vacance est supérieur à 40 % en Corse, Guadeloupe, Guyane (82 %), Martinique, Pays de la Loire et Picardie.

Cinq régions connaissent des taux de vacance inférieurs à la moyenne, pour les temps plein comme pour les temps partiels : Bretagne, Ile-de-France, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Réunion.

Le tableau 1.3.20. fait l'analyse, spécialité par spécialité des postes de PH vacants temps pleins et temps partiels.

Tableau 1.3.20. : vacance réelle des postes des praticiens hospitaliers par spécialités au 1^{er} janvier 2005 (tient compte des postes occupés par des praticiens provisoires)

Biologie	PH plein temps		PH temps partiel	
	Postes réellement vacants	Taux de vacance	Postes réellement vacants	Taux de vacance
bactériologie virologie, hygiène hospitalière	12	5,1%	3	6,1%
biochimie	21	5,0%	8	17,0%
biologie cellulaire, histologie, biologie du développement et de la reproduction	8	20,0%	4	33,3%
biologie médicale	40	6,1%	26	22,2%
biophysique	0	0,0%	0	0,0%
explorations fonctionnelles	3	6,0%	5	20,8%
génétique	6	13,3%	2	40,0%
hématologie biologique	14	6,5%	10	34,5%
immunologie biologique	2	3,3%	1	16,7%
parasitologie	3	10,0%	6	35,3%
toxicologie et pharmacologie	0	0,0%	3	20,0%
Total	109	6,0%	68	20,5%
Chirurgie				
chirurgie générale	43	10,8%	11	32,4%
chirurgie générale et digestive	87	12,4%	14	26,9%
chirurgie infantile	21	14,7%	4	16,7%
chirurgie maxillo-faciale	7	20,6%	6	30,0%
chirurgie orthopédique et traumatologique	121	13,7%	22	31,9%
chirurgie plastique et reconstitutive	12	30,0%	4	21,1%
chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	21	15,9%	3	23,1%
chirurgie urologique	39	17,5%	12	22,2%
chirurgie vasculaire	12	10,7%	5	29,4%
gynécologie et obstétrique	270	17,7%	127	30,8%
neurochirurgie	21	16,2%	3	75,0%
ophtalmologie	36	14,8%	52	19,5%
oto-rhino-laryngologie	34	12,1%	39	11,6%
stomatologie	3	8,6%	13	10,8%
Total	727	14,9%	315	21,9%

Tableau 1.3.20. (suite)

Médecine	PH plein temps		PH temps partiel	
	Postes réellement vacants	Taux de vacance	Postes réellement vacants	Taux de vacance
anatomie pathologique et cytologie pathologique	24	9,5%	6	8,0%
anesthésiologie réanimation chirurgicale	875	16,0%	98	49,5%
cancérologie	46	24,9%	17	50,0%
cardiologie et maladies vasculaires	184	15,7%	90	21,2%
dermatologie	14	13,3%	16	20,3%
endocrinologie et maladies métaboliques	29	11,6%	20	26,3%
épidémiologie, économie de la santé, prévention, biostatistique, informatique médicale	63	14,7%	60	51,7%
gastro-entérologie et hépatologie	76	10,8%	32	17,9%
génétique médicale	7	14,0%	1	16,7%
hématologie clinique	30	15,2%	6	40,0%
hémobiologie transfusion	25	10,1%	2	16,7%
hygiène hospitalière	21	14,9%	20	47,6%
immunologie clinique	1	10,0%	0	0,0%
maladies infectieuses, maladies tropicales	11	11,5%	4	26,7%
médecine de la reproduction et gynécologie médicale	3	17,6%	1	5,3%
médecine d'urgence	540	23,2%	234	46,2%
médecine du travail	5	20,0%	1	100,0%
médecine générale	284	15,5%	296	28,7%
médecine générale et gériatrique	199	18,1%	179	37,0%
médecine interne	59	9,4%	16	23,9%
médecine légale	9	26,5%	3	27,3%
médecine physique et de réadaptation	57	14,8%	36	33,6%
néphrologie	67	13,7%	9	27,3%
neurologie	80	15,1%	29	24,2%
pédiatrie	278	16,7%	147	30,7%
pharmacologie clinique et toxicologie	0	0,0%	0	0,0%
pneumologie	77	11,2%	35	20,0%
radiothérapie	22	15,8%	5	31,3%
réanimation médicale	126	24,4%	3	42,9%
rhumatologie	20	10,9%	10	11,6%
spécialité non signalée	3	100,0%	6	100,0%
Total	3 235	16,3%	1382	31,2%
Psychiatrie				
psychiatrie polyvalente	1 138	21,5%	443	32,4%
Radiologie et imagerie médicale				
médecine nucléaire	20	14,5%	5	35,7%
radiologie	405	24,1%	158	36,6%
Total	425	23,3%	163	36,5%

Source : SIGMED, France entière

Les postes vacants sont les plus importants en chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique, cancérologie, médecine d'urgence, médecine légale, réanimation médicale, psychiatrie, radiologie, plus de 20 % des postes vacants, principalement pour les postes à temps plein.

1.4 L'activité des établissements de santé

Le présent chapitre décrit les capacités d'accueil et l'activité des différents établissements, au niveau national et au niveau régional.

Il propose également des tableaux reliant capacité et activité, et effectifs et activité afin d'appréhender de façon la plus fine possible l'adéquation entre moyens et volume d'activité.

L'activité hospitalière est mesurée en séjours ou en journées. Dans la SAE, les hospitalisations complètes sont comptabilisées en entrées et les hospitalisations partielles en venues.

Le rapprochement de l'activité en entrées, journées et venues avec les capacités en lits et en places reste, à ce jour, pertinent, notamment dans le cadre des SROS 3 (2006-2009) et de la mise en œuvre des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) en médecine, chirurgie, psychiatrie et soins de suite ainsi que dans le cadre futur des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui déclineront notamment la contribution de chaque établissement aux OQOS.

Les OQOS 2006-2009 ont été élaborés par les ARH à partir des consommations de soins observées par territoire de santé en séjours (la notion de séjour correspond aux données PMSI et doit être cohérente à l'addition des entrées et venues ou journées, et à partir de l'évolution démographique prévisionnelle (projections OMPHALE) et de l'évolution prévisionnelle du taux de recours aux soins (hospitaliers versus ambulatoires) et des flux de patients (taux de fuite extrarégionaux et extraterritoriaux notamment).

Les OQOS sont souvent exprimés sous la forme d'une fourchette avec une valeur haute (optimiste) et une valeur basse (prudente) en séjours (médecine, chirurgie) ou journées (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie).

Les autorisations et les renouvellements d'autorisation ne sont désormais plus attribués, depuis le 1^{er} avril 2006, date d'effet des SROS 3, en lits et places, mais en activités de soins.

La détermination des capacités relève de l'autonomie des établissements de santé. Elle doit cependant intervenir en cohérence avec la déclinaison de l'OQOS pour chaque établissement. Le CPOM apparaît comme le document de référence où, dans le cadre d'un dialogue avec l'ARH, l'établissement fixe ses capacités en lits et places.

Le mécanisme de l'OQOS permet une fongibilité entre les lits et places et donc une évolution de l'activité de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation incomplète et l'ambulatoire. Il n'en reste pas moins un lien entre les capacités et les moyens. Lien qu'on observe dans l'espace (le plan directeur repose sur un programme capacitaire en lits, en places, les capacités induisant des surfaces dans œuvre). On l'observe également en ce qui concerne les personnels (encadrement médical et paramédical au lit ou en fonction de l'activité, comme le prévoient les dispositions applicables à la réanimation, les soins intensifs, la périnatalité et les urgences).

Il n'a pas été possible d'utiliser les données d'activité issues du PMSI car en l'état actuel des choses, les bases de données nationales dont disposent les services ministériels ne permettent pas une mise en perspective directe entre les données d'activité et les effectifs des différentes spécialités médicales et chirurgicales. Plusieurs institutions ont élaboré des traitements de données afin de permettre une telle mise en corrélation sans qu'un modèle unique validé nationalement soit arrêté.

Certains spécialistes comme les anesthésistes réanimateurs ou les pédiatres interviennent d'ailleurs dans plusieurs champs d'activités : les premiers dans le domaine de la chirurgie, dans la prise en charge de la douleur, le cas échéant en soins palliatifs, dans les vigilances ; les seconds en pédiatrie, en maternité, aux urgences et dans les réseaux de santé.

De même, les médecins généralistes exerçant à l'hôpital, en établissement PSPH ou en clinique, pourvus d'autres diplômes, se retrouvent dans plusieurs activités notamment médecine d'urgence, gériatrie, soins de suite, addictologie, réseaux de santé...

1.4.1 Les lits et places dans les établissements

La capacité d'accueil des établissements est mesurée en lits et en places. A ces capacités d'accueil, correspondent des modes d'hospitalisation : on parle d'hospitalisation à temps complet lorsque le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit, même pour une durée inférieure à 24 heures. En revanche, on parle d'hospitalisation partielle lorsque le patient mobilise une place autorisée pour un accueil de jour, de nuit ou des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

Le tableau 1.4.1. résume la situation des lits et places dans les différents établissements.

Les établissements publics disposent des deux tiers des lits en hospitalisation complète contre un tiers au secteur privé. En revanche, le secteur public ne compte que 45 % des places en hospitalisation partielle et chirurgie, anesthésie, ambulatoire, réparties dans des proportions équivalentes entre CHU et CH. Au sein du secteur public un tiers des lits en hospitalisation complète sont en CHU. Au sein du secteur privé 75 % des lits en hospitalisation complète sont dans les établissements à but lucratif.

Le tableau 1.4.2. résume les lits et places dans les établissements en médecine.

Le secteur public est prépondérant que ce soit pour les lits (81 %) ou les places (69 %). Au sein du secteur public, les CH dominent en nombre de lits par rapport aux CHU mais ce rapport s'inverse s'agissant du nombre de places. Pour le secteur privé, les PSPH disposent de près du tiers des lits de l'ensemble du secteur.

Le tableau 1.4.3. résume les lits et places en chirurgie.

A l'inverse de ce que nous constatons pour la médecine, le secteur public ne rassemble que 47 % des lits et surtout 17 % des places pour l'activité ambulatoire. Le secteur privé est majoritaire en nombre de lits (53 %) mais surtout en nombre de places (83 %), notamment grâce à la prépondérance des établissements lucratifs (82 % du secteur privé dans sa globalité en nombre de lits et 89 % en nombre de places).

Dans le secteur public, les lits et les places sont situés davantage dans les CH.

Le tableau 1.4.4. concerne les lits et places en gynécologie obstétrique.

Deux tiers des lits sont en établissements publics qui rassemblent également la quasi-totalité des places (95 %) avec une prépondérance des CH.

S'agissant du secteur privé, les établissements lucratifs disposent d'une large proportion du nombre de lits (81 % du secteur) mais cette proportion est bien moindre pour les places 53 % contre 43 % pour les PSPH.

Le tableau 1.4.5. concerne les lits et places en psychiatrie.

La place du secteur public est prépondérante (73 % du nombre de lits et 89 % du nombre de places et respectivement 50 et 59% pour les CHS). Pour le privé, si les établissements lucratifs représentent 83% du secteur en nombre de lits, leur proportion est négligeable en nombre de places (8%), loin derrière le secteur non lucratif (92% dont 53% pour les PSPH).

Tableau 1.4.1. : lits et places dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005 : total MCO

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Lits			Places		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	4%	2%	55 141	36%	24%	3 980	48%	21%
CH-CHR	454	62%	28%	92 442	61%	40%	4 318	52%	23%
HL	241	33%	15%	3 304	2%	1%	29	0%	0%
CHS	6	1%	0%	290	0%	0%	12	0%	0%
Total public	730	100%	46%	151 177	100%	66%	8 339	100%	45%
CLCC	20	2%	1%	2 961	4%	1%	562	6%	3%
autres privés non lucratifs PSPH	138	16%	9%	12 533	16%	5%	718	7%	4%
autres privés non lucratifs non PSPH	50	6%	3%	4 477	6%	2%	593	6%	3%
privés lucratifs	657	76%	41%	57 919	74%	25%	8 319	82%	45%
Total privé	865	100%	54%	77 890	100%	34%	10 192	100%	55%
Total	1 595		100%	229 067		100%	18 531		100%

Tableau 1.4.2. : lits et places dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005 : médecine

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Lits			Places		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	4%	2%	32 254	35%	28%	3 108	53%	37%
CH-CHR	453	62%	34%	57 188	62%	50%	2 684	46%	32%
HL	241	33%	18%	3 304	4%	3%	29	0%	0%
CHS	6	1%	0%	155	0%	0%	10	0%	0%
total public	729	100%	55%	92 901	100%	81%	5 831	100%	69%
CLCC	20	3%	2%	1 876	9%	2%	510	20%	6%
autres privés non lucratifs PSPH	128	21%	10%	6 421	30%	6%	384	15%	5%
autres privés non lucratifs non PSPH	39	7%	3%	1 467	7%	1%	148	6%	2%
privés lucratifs	410	69%	31%	11 449	54%	10%	1 567	60%	19%
total privé	597	100%	45%	21 213	100%	19%	2 609	100%	31%
total	1 326		100%	114 114		100%	8 440		100%

Tableau 1.4.3. : lits et places dans les établissements de santé : au 1^{er} janvier 2005 : chirurgie

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Lits			Places		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	8%	3%	19 033	44%	21%	516	32%	6%
CH-CHR	340	92%	31%	24 337	56%	26%	1 077	68%	12%
CHS	2	1%	0%	94	0%	0%		0%	0%
Total public	371	100%	34%	43 464	100%	47%	1 593	100%	17%
CLCC	20	3%	2%	1 085	2%	1%	52	1%	1%
autres privés non lucratifs PSPH	70	10%	6%	4 946	10%	5%	314	4%	3%
autres privés non lucratifs non PSPH	40	6%	4%	2 632	5%	3%	443	6%	5%
privés lucratifs	592	82%	54%	40 031	82%	43%	6 727	89%	74%
Total privé	722	100%	66%	48 694	100%	53%	7 536	100%	83%
Total	1 093		100%	92 158		100%	9 129		100%

Tableau 1.4.4. : lits et places dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005 : obstétrique

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Lits			Places		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	28	8%	5%	3 854	26%	17%	356	39%	37%
CH-CHR	326	92%	54%	10 917	74%	48%	557	61%	58%
CHS	2	1%	0%	41	0%	0%	2	0%	0%
total public	356	100%	59%	14 812	100%	65%	915	100%	95%
autres privés non lucratifs PSPH	35	14%	6%	1 166	15%	5%	20	43%	2%
autres privés non lucratifs non PSPH	14	6%	2%	378	5%	2%	2	4%	0%
10-privés lucratifs	194	80%	32%	6 439	81%	28%	25	53%	3%
total privé	243	100%	41%	7 983	100%	35%	47	100%	5%
total	599		100%	22 795		100%	962		100%

Tableau 1.4.5. : nombre de lits et de places en psychiatrie au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Établissements			Lits			Places		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	23	9%	4%	3 598	9%	7%	1 822	8%	8%
CH-CHR	147	56%	28%	9 379	23%	17%	5 599	26%	23%
HL	1	0%	0%		0%	0%	12	0%	0%
CHS	90	34%	17%	27 205	68%	50%	14 189	66%	59%
Total public	261	100%	50%	40 182	100%	73%	21 622	100%	89%
autres privés non lucratifs PSPH	55	21%	11%	1 858	13%	3%	1 379	53%	6%
autres privés non lucratifs non PSPH	57	22%	11%	659	5%	1%	1 012	39%	4%
privés lucratifs	150	57%	29%	12014	83%	22%	216	8%	1%
Total privé	262	100%	50%	14 531	100%	27%	2 607	100%	11%
Total	523		100%	54 713		100%	24 229		100%

1.4.2 L'activité de courte durée dans les établissements

La mission s'est exclusivement intéressée aux soins de courte durée (« court séjour ») en médecine, chirurgie, obstétrique ou psychiatrie pour l'analyse de l'activité des établissements.

Le tableau 1.4.6. résume l'activité MCO des différents types d'établissements.

Les établissements publics effectuent 67 % de l'activité d'hospitalisation complète contre 33 % au secteur privé, qui par contre réalise 59 % de l'activité ambulatoire. Au sein du secteur public les CHU assurent 36 % de l'activité d'hospitalisation et les CH 62 %. Au sein du secteur privé les trois-quarts de cette activité sont exercés par les établissements à but lucratif.

Le tableau 1.4.7. s'attache à l'activité de médecine des établissements.

La place du secteur public est prépondérante que ce soit pour les journées (82 %), les entrées (81 %) ou les venues (66 %). Au sein du secteur public, à l'image de ce qui a été constaté pour les lits, les CH dominant en termes d'activités en hospitalisation complète par rapport aux CHU, ce rapport s'inverse s'agissant du nombre d'hospitalisations partielles. Pour le secteur privé, les établissements à but lucratif effectuent 58 % de l'activité médicale en hospitalisation complète.

Le tableau 1.4.8. rassemble l'activité de chirurgie.

Le secteur privé est majoritaire en nombre de journées et d'entrées (53 % et 58 %) mais surtout en nombre de venues (89 %), notamment grâce à la prépondérance des établissements lucratifs (qui représente respectivement 84, 86 et 90 % de journées, d'entrées et de venues du secteur).

Dans le secteur public, l'activité chirurgicale est majoritairement le fait des CH, en hospitalisation complète comme en hospitalisation partielle.

Le tableau 1.4.9. identifie l'activité d'obstétrique.

Le secteur public effectue 64 % de l'activité d'hospitalisation en obstétrique et 76 % de l'activité ambulatoire.

Au sein du secteur public le CHU concentre 27 % de l'activité d'hospitalisation complète mais 42 % de l'activité ambulatoire.

Au sein du secteur privé les établissements à but lucratif assurent 81 % de l'activité d'hospitalisation complète.

Le tableau 1.4.10. résume l'activité de psychiatrie.

Le secteur public effectue 72 % des journées en hospitalisation complète, au sein de ce secteur public les CHS rassemblent 70 % de l'activité.

Au sein du secteur privé les établissements à but lucratif effectuent 86 % de l'activité d'hospitalisation complète.

Tableau 1.4.6. : activité soins de courte durée (MCO) par type d'établissement au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

	Etablissements			Journées			Entrées			Venues		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	4%	2%	15 086 409	36%	24%	2 299 488	34%	21%	1 276 514	51%	21%
CH	454	62%	28%	26 042 568	62%	41%	4 381 148	65%	40%	1 205 541	48%	20%
HL	241	33%	15%	905 428	2%	1%	53 108	1%	0%	359	0%	0%
CHS	6	1%	0%	90 387	0%	0%	13 168	0%	0%	5 659	0%	0%
total public	730	100%	45%	42 124 792	100%	67%	6 746 912	100%	62%	2 488 073	100%	41%
CLCC	20	2%	1%	724 789	3%	1%	144 548	3%	1%	214 644	6%	4%
privés non lucratifs PSPH	140	16%	9%	3 106 080	15%	5%	479 476	12%	4%	215 615	6%	4%
privés non lucratifs non PSPH	50	6%	3%	1 200 972	6%	2%	216 329	5%	2%	205 462	6%	3%
privés lucratifs	667	76%	42%	15 728 273	76%	25%	3 295 000	80%	30%	2 952 561	82%	49%
total privé	877	100%	55%	20 760 114	100%	33%	4 135 353	100%	38%	3 588 282	100%	59%
total	1 607		100%	62 884 906		100%	10 882 265		100%	6 076 355		100%

Tableau 1.4.7. : activité médecine par type d'établissement au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Journées			Entrées			Venues		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	4%	2%	9 186 115	34%	27%	1 269 135	32%	26%	1 062 095	55%	36%
CH-CHR	453	62%	34%	17 248 479	63%	51%	2 589 288	66%	54%	876 747	45%	30%
HL	241	33%	18%	905 428	3%	3%	53 108	1%	1%	359	0%	0%
CHS	6	1%	0%	55 505	0%	0%	7 366	0%	0%	4 902	0%	0%
Total public	729	100%	55%	27 395 527	100%	82%	3 918 897	100%	81%	1 944 103	100%	66%
CLCC	20	3%	1%	463 361	7%	1%	97 499	11%	2%	196 528	20%	7%
privés non lucratifs PSPH	130	21%	10%	1 724 820	28%	5%	214 732	23%	4%	125 770	13%	4%
privés non lucratifs non PSPH	40	7%	3%	428 499	7%	1%	60 914	7%	1%	54 857	6%	2%
privés lucratifs	415	69%	31%	3561979	58%	11%	545757	59%	11%	604177	62%	21%
Total privé	605	100%	45%	6 178 659	100%	18%	918 902	100%	19%	981 332	100%	34%
Total	1 334		100%	33 574 186		100%	4 837 799		100%	2 925 435		100%

Tableau 1.4.8. : activité chirurgie par type d'établissement au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Journées			Entrées			Venues		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	8%	3%	4 858 996	45%	21%	809 925	41%	17%	111 403	37%	4%
CH-CHR	341	92%	31%	6 035 666	55%	26%	1 163 083	59%	24%	188 054	63%	7%
CHS	2	1%	0%	23 107	0%	0%	2 914	0%	0%	152	0%	0%
Total public	372	100%	34%	10 917 769	100%	47%	1 975 922	100%	42%	299 609	100%	11%
CLCC	20	3%	2%	261 428	2%	1%	47 049	2%	1%	18 116	1%	1%
privés non lucratifs PSPH	71	10%	6%	1 080 936	9%	5%	203 131	7%	4%	75 370	3%	3%
privés non lucratifs non PSPH	40	6%	4%	666 716	5%	3%	135 424	5%	3%	147 907	6%	5%
privés lucratifs	592	82%	54%	10 425 247	84%	45%	2 386 401	86%	50%	2 288 905	90%	81%
Total privé	723	100%	66%	12 434 327	100%	53%	2 772 005	100%	58%	2 530 298	100%	89%
Total	1 095		100%	23 352 096		100%	4 747 927		100%	2 829 907		100%

Tableau 1.4.9. : activité obstétrique par type d'établissement au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Journées			Entrées			Venues		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	29	8%	4%	1 041 298	27%	17%	220 428	26%	17%	103 016	42%	32%
CH-CHR	345	92%	50%	2 758 423	72%	46%	628 777	74%	48%	140 740	58%	44%
CHS	2	1%	0%	11 775	0%	0%	2 888	0%	0%	605	0%	0%
Total public	376	100%	54%	3 811 496	100%	64%	852 093	100%	66%	244 361	100%	76%
privés non lucratifs PSPH	38	12%	5%	300 324	14%	5%	61 613	14%	5%	14 475	19%	5%
privés non lucratifs non PSPH	15	5%	2%	105 757	5%	2%	19 991	4%	2%	2 698	4%	1%
privés lucratifs	266	83%	38%	1741047	81%	29%	362842	82%	28%	59479	78%	19%
Total privé	319	100%	46%	2 147 128	100%	36%	444 446	100%	34%	76 652	100%	24%
Total	695		100%	5 958 624		100%	1 296 539		100%	321 013		100%

Tableau 1.4.10. activité psychiatrie par type d'établissement au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Etablissements			Journées			Entrées			Venues		
	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	nombre	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	23	9%	4%	1 058 928	8%	6%	44 065	11%	9%	359 514	9%	8%
CH-CHR	147	56%	28%	2 823 262	22%	16%	105 011	27%	20%	1 090 425	28%	24%
HL	1	0%	0%		0%	0%		0%	0%	4 406	0%	0%
CHS	90	34%	17%	8 721 674	69%	50%	242 926	62%	47%	2 474 654	63%	54%
Total public	261	100%	50%	12 603 864	100%	72%	392 002	100%	76%	3 928 999	100%	86%
autres privés non lucratifs PSPH	55	21%	10%	471 192	10%	3%	9 450	7%	2%	296 576	45%	6%
autres privés non lucratifs non PSPH	57	22%	11%	220 354	5%	1%	3 718	3%	1%	284 910	44%	6%
privés lucratifs	151	57%	29%	4192635	86%	24%	112854	90%	22%	72794	11%	2%
Total privé	263	100%	50%	4 884 181	100%	28%	126 022	100%	24%	654 280	100%	14%
Total	524		100%	17 488 045		100%	518 024		100%	4 583 279		100%

1.4.3 L'activité reliée aux lits et places

Les tableaux 1.4.11. à 1.4.14. rapprochent les données relatives aux lits et places de celles relatives à l'activité de chaque catégorie d'établissement.

Le tableau 1.4.11., relatif à la médecine, montre une corrélation entre le nombre de lits ou places de chaque secteur et l'activité produite pour l'hospitalisation complète. S'agissant de l'hospitalisation partielle, le secteur public représente 69 % des places mais 66 % des venues. La proportion du secteur privé est respectivement de 31% et de 34 %.

Au sein du secteur public, il y a une bonne relation entre les lits et l'activité d'hospitalisation d'une part et entre les places et l'activité ambulatoire d'autre part.

Cette relation est également retrouvée au sein des différents établissements du secteur privé.

La tendance est similaire pour la chirurgie (Tableau 1.4.12.). Pour l'hospitalisation complète, la corrélation est totale entre la proportion de lits et la proportion de journées dans les deux secteurs. S'agissant de l'hospitalisation partielle, le secteur public représente 17 % des places mais 11% des venues. La proportion du secteur privé est respectivement de 83 % et de 89 %. On note, tout particulièrement dans cette discipline, un développement proportionnellement plus important des alternatives à l'hospitalisation dans le secteur privé en terme de capacité et encore plus en terme d'activité.

Pour l'obstétrique (Tableau 1.4.13.), le décalage entre les deux secteurs est plus marqué pour l'hospitalisation partielle. Le secteur public représente en effet 95 % des places mais 76 % des venues, alors que le secteur privé représente 5 % des places et 24 % des venues. Au sein du secteur privé, c'est le secteur lucratif qui rassemble une activité ambulatoire plus importante que le laisse prévoir le nombre de places dont il dispose.

Pour la psychiatrie (Tableau 1.4.14.), les décalages sont limités entre la capacité d'accueil et l'activité.

Pour l'hospitalisation complète, la corrélation est excellente entre les deux secteurs public et privé entre lits et activité comme elle l'est au sein de chaque secteur entre les différents types d'établissements.

La corrélation est également bonne entre les structures en ce qui concerne l'hospitalisation partielle entre places et activité ambulatoire.

Tableau 1.4.11. : lits, places et activités de médecine dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	hospitalisation complète						hospitalisation partielle			
	Lits		journées		entrées		Places		venues	
	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général
CHU	35%	28%	34%	27%	32%	26%	53%	37%	55%	36%
CH-CHR	62%	50%	63%	51%	66%	54%	46%	32%	45%	30%
HL	4%	3%	3%	3%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
CHS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total public	100%	81%	100%	82%	100%	81%	100%	69%	100%	66%
CLCC	9%	2%	7%	1%	11%	2%	20%	6%	20%	7%
autres privés non lucratifs PSPH	30%	6%	28%	5%	23%	4%	15%	5%	13%	4%
Autres privés non lucratifs non PSPH	7%	1%	7%	1%	7%	1%	6%	2%	6%	2%
privés lucratifs	54%	10%	58%	11%	59%	11%	60%	19%	62%	21%
Total privé	100%	19%	100%	18%	100%	19%	100%	31%	100%	34%
Total		100%		100%		100%		100%		100%

Tableau 1.4.12. : lits, places et activités de chirurgie dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Hospitalisation complète						Hospitalisation partielle			
	Lits		journées		entrées		Places		venues	
	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général	part de l'établissement/ total du secteur	part de l'établissement/ total général
CHU	44%	21%	45%	21%	41%	17%	32%	6%	37%	4%
CH-CHR	56%	26%	55%	26%	59%	24%	68%	12%	63%	7%
CHS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total public	100%	47%	100%	47%	100%	42%	100%	17%	100%	11%
CLCC	2%	1%	2%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
autres privés non lucratifs PSPH	10%	5%	9%	5%	7%	4%	4%	3%	3%	3%
autres privés non lucratifs non PSPH	5%	3%	5%	3%	5%	3%	6%	5%	6%	5%
privés lucratifs	82%	43%	84%	45%	86%	50%	89%	74%	90%	81%
Total privé	100%	53%	100%	53%	100%	58%	100%	83%	100%	89%
Total		100%		100%		100%		100%		100%

Tableau 1.4.13. : lits, places et activités d'obstétrique dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Hospitalisation complète						Hospitalisation partielle			
	Lits		Journées		Entrées		Places		Venues	
	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	26%	17%	27%	17%	26%	17%	39%	37%	42%	32%
CH-CHR	74%	48%	72%	46%	74%	48%	61%	58%	58%	44%
CHS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total public	100%	65%	100%	64%	100%	66%	100%	95%	100%	76%
autres privés non lucratifs PSPH	15%	5%	14%	5%	14%	5%	43%	2%	19%	5%
autres privés non lucratifs non PSPH	5%	2%	5%	2%	4%	2%	4%	0%	4%	1%
privés lucratifs	81%	28%	81%	29%	82%	28%	53%	3%	78%	19%
Total privé	100%	35%	100%	36%	100%	34%	100%	5%	100%	24%
Total		100%		100%		100%		100%		100%

Tableau 1.4.14. : lits, places et activités de psychiatrie dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	Hospitalisation complète						Hospitalisation partielle			
	Lits		Journées		Entrées		Places		Venues	
	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général	part de l'établissement /total du secteur	part de l'établissement /total général
CHU	9%	7%	8%	6%	11%	9%	8%	8%	9%	8%
CH-CHR	23%	17%	22%	16%	27%	20%	26%	23%	28%	24%
HL	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CHS	68%	50%	69%	50%	62%	47%	66%	59%	63%	54%
Total public	100%	73%	100%	72%	100%	76%	100%	89%	100%	86%
autres privés non lucratifs PSPH	13%	3%	10%	3%	7%	2%	53%	6%	45%	6%
autres privés non lucratifs non PSPH	5%	1%	5%	1%	3%	1%	39%	4%	44%	6%
privés lucratifs	83%	22%	86%	24%	90%	22%	8%	1%	11%	2%
Total privé	100%	27%	100%	28%	100%	24%	100%	11%	100%	14%
Total		100%		100%		100%		100%		100%

1.4.4 L'activité par région et secteur d'activité

Le tableau 1.4.15. fait l'analyse de l'activité de soins de courte durée MCO par région et par secteur d'activité public et privé.

Les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle supérieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont les suivantes : Alsace, Corse, Languedoc-Roussillon, PACA (qui représente 11,39 % des venues pour 7,59 % de la population).

A l'inverse, les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle inférieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont le Centre, la Haute-Normandie, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, Rhône-Alpes, la Guyane et la Réunion.

La situation des autres régions est plus contrastée : la plupart ont une proportion d'activité supérieure à leur part dans la population totale pour l'hospitalisation complète mais inférieure pour l'hospitalisation partielle. L'Ile-de-France (21,92 % des venues et 18,17 % de la population) et les Pays de la Loire présentent un schéma inverse.

La part du secteur public est en moyenne de 67 % pour les journées et de 62 % pour les entrées mais elle varie selon les régions. Elle représente plus de 75% en Franche-Comté, Basse-Normandie (uniquement pour les journées), Picardie, Poitou-Charentes (uniquement pour les journées) et Martinique. Elle représente moins de 60 % en Aquitaine, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA.

En ce qui concerne les venues, le secteur public représente en moyenne 41 % mais plus de 50 % en Alsace, Franche-Comté, Limousin, Picardie, Poitou-Charentes et les DOM à l'exception de la Réunion et moins de 35 % en Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire et PACA.

Tableau 1.4.15. : activité soins de courte durée (MCO) par région et par secteur au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Journées réalisées en HC					Entrées directes en HC					Venues en HP et chirurgie anesthésie ambulatoire					part de la population de la région/total France (%)
	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c)/total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c)/total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	Total (c=a+b)	total de la région (c)/total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	
Alsace	1 419 335	613 886	2 033 221	3,23%	69,81%	218 255	116 722	334 977	3,08%	65,16%	106 855	81 151	188 006	3,09%	56,84%	2,89%
Aquitaine	2 002 939	1 346 800	3 349 739	5,33%	59,79%	340 452	274 209	614 661	5,65%	55,39%	94 706	184 393	279 099	4,59%	33,93%	4,91%
Auvergne	1 118 063	426 212	1 544 275	2,46%	72,40%	166 692	74 803	241 495	2,22%	69,03%	35 250	93 138	128 388	2,11%	27,46%	2,13%
Bourgogne	1 282 849	524 751	1 807 600	2,87%	70,97%	198 892	106 008	304 900	2,80%	65,23%	55 740	95 679	151 419	2,49%	36,81%	2,60%
Bretagne	2 377 752	849 002	3 226 754	5,13%	73,69%	365 156	177 898	543 054	4,99%	67,24%	133 678	161 765	295 443	4,86%	45,25%	4,87%
Centre	1 723 896	672 476	2 396 372	3,81%	71,94%	297 466	135 781	433 247	3,98%	68,66%	87 451	122 430	209 881	3,45%	41,67%	3,98%
Champagne-Ardenne	1 093 177	444 427	1 537 604	2,45%	71,10%	174 503	96 923	271 426	2,49%	64,29%	45 561	82 741	128 302	2,11%	35,51%	2,13%
Corse	179 833	135 831	315 664	0,50%	56,97%	31 528	29 567	61 095	0,56%	51,60%	6 421	23 860	30 281	0,50%	21,20%	0,44%
Franche-Comté	1 006 861	222 827	1 229 688	1,96%	81,88%	168 082	51 103	219 185	2,01%	76,68%	47 030	27 527	74 557	1,23%	63,08%	1,83%
Ile-de-France	6 455 633	3 922 176	10 377 809	16,50%	62,21%	1 003 754	719 554	1 723 308	15,84%	58,25%	554 318	777 772	1 332 090	21,92%	41,61%	18,17%
Languedoc-Roussillon	1 521 282	1 056 162	2 577 444	4,10%	59,02%	231 534	210 578	442 112	4,06%	52,37%	101 786	191 105	292 891	4,82%	34,75%	3,99%
Limousin	678 916	264 149	943 065	1,50%	71,99%	102 734	51 152	153 886	1,41%	66,76%	35 402	27 224	62 626	1,03%	56,53%	1,16%
Lorraine	1 653 108	989 343	2 642 451	4,20%	62,56%	278 587	185 936	464 523	4,27%	59,97%	85 077	99 472	184 549	3,04%	46,10%	3,73%
Midi-Pyrénées	1 576 245	1 138 949	2 715 194	4,32%	58,05%	277 960	226 018	503 978	4,63%	55,15%	95 621	143 427	239 048	3,93%	40,00%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	2 460 054	1 336 138	3 796 192	6,04%	64,80%	425 499	257 860	683 359	6,28%	62,27%	153 926	217 298	371 224	6,11%	41,46%	6,45%
Basse-Normandie	1 289 923	330 222	1 620 145	2,58%	79,62%	205 436	80 202	285 638	2,62%	71,92%	36 549	43 933	80 482	1,32%	45,41%	2,31%
Haute-Normandie	1 181 345	490 959	1 672 304	2,66%	70,64%	190 712	103 569	294 281	2,70%	64,81%	53 954	91 616	145 570	2,40%	37,06%	2,89%
Pays de la Loire	2 132 466	999 701	3 132 167	4,98%	68,08%	346 799	238 269	585 068	5,38%	59,27%	100 038	189 062	289 100	4,76%	34,60%	5,41%
Picardie	1 431 149	356 382	1 787 531	2,84%	80,06%	233 634	75 522	309 156	2,84%	75,57%	76 626	68 275	144 901	2,38%	52,88%	3,00%
Poitou-Charentes	1 250 276	391 744	1 642 020	2,61%	76,14%	203 951	93 285	297 236	2,73%	68,62%	84 716	62 011	146 727	2,41%	57,74%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 947 787	2 064 454	5 012 241	7,97%	58,81%	461 563	389 762	851 325	7,82%	54,22%	229 693	462 226	691 919	11,39%	33,20%	7,59%
Rhône-Alpes	4 121 306	1 775 689	5 896 995	9,38%	69,89%	625 879	356 647	982 526	9,03%	63,70%	216 563	300 327	516 890	8,51%	41,90%	9,51%
France métropolitaine	40 904 195	20 352 280	61 256 475	97,41%	66,78%	6 549 068	4 051 368	10 600 436	97,41%	61,78%	2 436 961	3 546 432	5 983 393	98,47%	40,73%	97,09%
Guadeloupe	288 981	164 868	453 849	0,72%	63,67%	42 986	26 955	69 941	0,64%	61,46%	16 161	9 934	26 095	0,43%	61,93%	0,72%
Guyane	117 834	55 513	173 347	0,28%	67,98%	18 030	11 697	29 727	0,27%	60,65%	5 762	387	6 149	0,10%	93,71%	0,31%
Martinique	399 494	42 713	442 207	0,70%	90,34%	54 841	9 680	64 521	0,59%	85,00%	10 986	8 820	19 806	0,33%	55,47%	0,64%
Réunion	414 288	144 740	559 028	0,89%	74,11%	81 987	35 653	117 640	1,08%	69,69%	18 203	22 709	40 912	0,67%	44,49%	1,24%
France métropolitaine et DOM	42 124 792	20 760 114	62 884 906	100,00%	66,99%	6 746 912	4 135 353	10 882 265	100,00%	62,00%	2 488 073	3 588 282	6 076 355	100,00%	40,95%	100,00%

Le tableau 1.4.16. étudie l'activité de médecine par région et par secteur.

Les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle supérieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont les suivantes : Alsace, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon et PACA (qui représente 11,04 % des venues pour 7,59 % de la population).

A l'inverse, les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle inférieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont la Basse et la Haute-Normandie, Rhône-Alpes, la Guyane et la Réunion.

La situation des autres régions est plus contrastée.

La part du secteur public est en moyenne de 82 % pour les journées et de 81 % pour les entrées mais elle varie selon les régions. Elle représente plus de 90% en Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Picardie, Poitou-Charentes et Martinique. Elle représente moins de 76 % en Aquitaine, Corse, Lorraine, Midi-Pyrénées, PACA, Guadeloupe et Guyane.

En ce qui concerne les venues, le secteur public représente en moyenne 66 % en France métropolitaine mais plus de 70 % en Alsace, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

Tableau 1.4.16. : activité médecine par région et par secteur au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Journées réalisées en HC					Entrées directes en HC					Venues en HP et chirurgie anesthésie ambulatoire					
	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	part de la population de la région/total France (%)
Alsace	887 990	229 472	1 117 462	3,33%	79,46%	117 357	35 889	153 246	3,17%	76,58%	87 810	32 063	119 873	4,10%	73,25%	2,89%
Aquitaine	1 296 268	435 444	1 731 712	5,16%	74,85%	210 521	69 973	280 494	5,80%	75,05%	74 628	57 667	132 295	4,52%	56,41%	4,91%
Auvergne	735 925	104 217	840 142	2,50%	87,60%	99 848	13 609	113 457	2,35%	88,01%	28 302	40 349	68 651	2,35%	41,23%	2,13%
Bourgogne	875 166	160 762	1 035 928	3,09%	84,48%	118 194	29 241	147 435	3,05%	80,17%	46 374	35 188	81 562	2,79%	56,86%	2,60%
Bretagne	1 603 468	194 478	1 797 946	5,36%	89,18%	227 033	25 896	252 929	5,23%	89,76%	100 621	43 576	144 197	4,93%	69,78%	4,87%
Centre	1 144 031	150 188	1 294 219	3,85%	88,40%	177 432	19 784	197 216	4,08%	89,97%	59 542	34 473	94 015	3,21%	63,33%	3,98%
Champagne-Ardenne	733 154	76 140	809 294	2,41%	90,59%	102 737	12 660	115 397	2,39%	89,03%	37 014	33 626	70 640	2,41%	52,40%	2,13%
Corse	121 780	44 264	166 044	0,49%	73,34%	18 422	10 019	28 441	0,59%	64,77%	6 070	4 514	10 584	0,36%	57,35%	0,44%
Franche-Comté	619 279	14 481	633 760	1,89%	97,72%	93 168	3 981	97 149	2,01%	95,90%	41 827		41 827	1,43%	100,00%	1,83%
Ile-de-France	4 106 499	1 224 066	5 330 565	15,88%	77,04%	560 348	165 755	726 103	15,01%	77,17%	459 842	193 887	653 729	22,35%	70,34%	18,17%
Languedoc-Roussillon	1 007 180	288 037	1 295 217	3,86%	77,76%	127 104	46 280	173 384	3,58%	73,31%	73 524	52 351	125 875	4,30%	58,41%	3,99%
Limousin	447 577	80 034	527 611	1,57%	84,83%	63 066	12 964	76 030	1,57%	82,95%	29 453	4 491	33 944	1,16%	86,77%	1,16%
Lorraine	1 097 039	400 151	1 497 190	4,46%	73,27%	159 507	58 226	217 733	4,50%	73,26%	71 700	26 551	98 251	3,36%	72,98%	3,73%
Midi-Pyrénées	1 011 062	438 518	1 449 580	4,32%	69,75%	176 982	70 609	247 591	5,12%	71,48%	70 662	28 760	99 422	3,40%	71,07%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	1 566 327	388 416	1 954 743	5,82%	80,13%	253 966	60 460	314 426	6,50%	80,77%	113 658	65 855	179 513	6,14%	63,31%	6,45%
Basse-Normandie	868 928	50 412	919 340	2,74%	94,52%	127 417	10 818	138 235	2,86%	92,17%	20 450	9 186	29 636	1,01%	69,00%	2,31%
Haute-Normandie	783 842	128 773	912 615	2,72%	85,89%	111 473	17 953	129 426	2,68%	86,13%	39 130	31 282	70 412	2,41%	55,57%	2,89%
Pays de la Loire	1 458 077	228 623	1 686 700	5,02%	86,45%	204 326	36 892	241 218	4,99%	84,71%	74 082	54 683	128 765	4,40%	57,53%	5,41%
Picardie	912 699	100 253	1 012 952	3,02%	90,10%	127 743	13 537	141 280	2,92%	90,42%	55 373	18 328	73 701	2,52%	75,13%	3,00%
Poitou-Charentes	846 017	26 528	872 545	2,60%	96,96%	128 218	5 551	133 769	2,77%	95,85%	61 028	4 269	65 297	2,23%	93,46%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 867 983	807 904	2 675 887	7,97%	69,81%	257 749	116 735	374 484	7,74%	68,83%	178 197	144 832	323 029	11,04%	55,16%	7,59%
Rhône-Alpes	2 661 899	443 505	3 105 404	9,25%	85,72%	352 514	60 283	412 797	8,53%	85,40%	175 970	65 401	241 371	8,25%	72,90%	9,51%
France métropolitaine	26 652 190	6 014 666	32 666 856	97,30%	81,59%	3 815 125	897 115	4 712 240	97,40%	80,96%	1 905 257	981 332	2 886 589	98,67%	66,00%	97,09%
Guadeloupe	172 202	99 651	271 853	0,81%	63,34%	21 465	10 685	32 150	0,66%	66,77%	11 213		11 213	0,38%	100,00%	0,72%
Guyane	57 581	22 078	79 659	0,24%	72,28%	6 381	2 941	9 322	0,19%	68,45%	4 541		4 541	0,16%	100,00%	0,31%
Martinique	258 647	1 281	259 928	0,77%	99,51%	30 387	635	31 022	0,64%	97,95%	9 833		9 833	0,34%	100,00%	0,64%
Réunion	254 907	40 983	295 890	0,88%	86,15%	45 539	7 526	53 065	1,10%	85,82%	13 259		13 259	0,45%	100,00%	1,24%
France métropolitaine et DOM	27 395 527	6 178 659	33 574 186	100,00%	81,60%	3 918 897	918 902	4 837 799	100,00%	81,01%	1 944 103	981 332	2 925 435	100,00%	66,46%	100,00%

Le tableau 1.4.17. étudie l'activité de chirurgie par région et par secteur.

Les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle supérieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont les suivantes : Corse, Midi-Pyrénées, et PACA (qui représente 11,75 % des venues pour 7,59 % de la population).

A l'inverse, les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle inférieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont le Centre, la Haute-Normandie, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et les DOM.

La situation des autres régions est plus contrastée : la plupart ont une proportion d'activité supérieure à leur part dans la population totale pour l'hospitalisation complète mais inférieure pour l'hospitalisation partielle. L'Ile-de-France (21,39 % des venues et 18,17 % de la population) présente un schéma inverse.

La part du secteur public est en moyenne de 47 % pour les journées et de 42 % pour les entrées mais elle varie selon les régions. Elle représente plus de 52 % en Alsace, Franche-Comté, Limousin (sauf entrées), Basse-Normandie, Picardie et les DOM (excepté la Martinique sauf pour les entrées). Elle représente moins de 43 % des journées en Aquitaine, Corse, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon et PACA. Sa part dans les entrées est inférieure à 38 % en Aquitaine, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, PACA et Guyane.

En ce qui concerne les venues, le secteur public représente en moyenne 11 % mais plus de 20 % en Alsace, Basse-Normandie, Picardie et Poitou-Charentes. A l'inverse, il est inférieur à 8% en Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon et PACA.

Tableau 1.4.17. : activité chirurgie par région et par secteur au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Journées réalisées en HC					Entrées directes en HC					Venues en HP et chirurgie anesthésie ambulatoire					part de la population de la région/ total France (%)
	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	Part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	
Alsace	407 953	314 645	722 598	3,09%	56,5%	73 837	66 269	140 106	2,95%	52,70%	11 503	45 451	56 954	2,01%	20,2%	2,89%
Aquitaine	557 201	805 589	1 362 790	5,84%	40,9%	95 741	180 997	276 738	5,83%	34,60%	13 376	122 854	136 230	4,81%	9,8%	4,91%
Auvergne	299 646	298 555	598 201	2,56%	50,1%	49 092	56 836	105 928	2,23%	46,34%	3 051	52 208	55 259	1,95%	5,5%	2,13%
Bourgogne	303 403	338 170	641 573	2,75%	47,3%	56 913	71 915	128 828	2,71%	44,18%	3 874	60 064	63 938	2,26%	6,1%	2,60%
Bretagne	592 423	562 527	1 154 950	4,95%	51,3%	98 358	133 494	231 852	4,88%	42,42%	22 268	114 463	136 731	4,83%	16,3%	4,87%
Centre	417 806	463 768	881 574	3,78%	47,4%	82 401	104 229	186 630	3,93%	44,15%	14 249	87 092	101 341	3,58%	14,1%	3,98%
Champagne-Ardenne	273 051	329 982	603 033	2,58%	45,3%	51 628	75 928	127 556	2,69%	40,47%	5 562	48 195	53 757	1,90%	10,3%	2,13%
Corse	38 161	84 658	122 819	0,53%	31,1%	7 408	18 196	25 604	0,54%	28,93%		18 999	18 999	0,67%	0,0%	0,44%
Franche-Comté	292 990	183 209	476 199	2,04%	61,5%	53 101	41 491	94 592	1,99%	56,14%	1 152	27 456	28 608	1,01%	4,0%	1,83%
Ile-de-France	1 663 618	2 207 353	3 870 971	16,58%	43,0%	289 299	454 222	743 521	15,66%	38,91%	54 092	551 089	605 181	21,39%	8,9%	18,17%
Languedoc-Roussillon	405 004	657 649	1 062 653	4,55%	38,1%	83 358	140 997	224 355	4,73%	37,15%	10 116	134 600	144 716	5,11%	7,0%	3,99%
Limousin	189 887	167 242	357 129	1,53%	53,2%	30 257	34 634	64 891	1,37%	46,63%	4 118	22 537	26 655	0,94%	15,4%	1,16%
Lorraine	413 487	490 219	903 706	3,87%	45,8%	85 674	106 001	191 675	4,04%	44,70%	6 494	70 792	77 286	2,73%	8,4%	3,73%
Midi-Pyrénées	445 270	613 270	1 058 540	4,53%	42,1%	75 818	137 607	213 425	4,50%	35,52%	14 552	110 247	124 799	4,41%	11,7%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	641 090	787 031	1 428 121	6,12%	44,9%	118 864	166 531	285 395	6,01%	41,65%	19 458	150 968	170 426	6,02%	11,4%	6,45%
Basse-Normandie	308 991	256 268	565 259	2,42%	54,7%	53 748	64 374	118 122	2,49%	45,50%	9 303	34 574	43 877	1,55%	21,2%	2,31%
Haute-Normandie	271 555	329 128	600 683	2,57%	45,2%	49 004	79 496	128 500	2,71%	38,14%	9 831	59 717	69 548	2,46%	14,1%	2,89%
Pays de la Loire	484 627	631 380	1 116 007	4,78%	43,4%	100 292	170 843	271 135	5,71%	36,99%	16 096	133 591	149 687	5,29%	10,8%	5,41%
Picardie	373 095	209 901	582 996	2,50%	64,0%	74 135	52 663	126 798	2,67%	58,47%	14 260	49 921	64 181	2,27%	22,2%	3,00%
Poitou-Charentes	319 352	306 043	625 395	2,68%	51,1%	56 209	75 115	131 324	2,77%	42,80%	19 278	56 433	75 711	2,68%	25,5%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	815 382	1 097 501	1 912 883	8,19%	42,6%	145 338	240 094	385 432	8,12%	37,71%	24 431	308 098	332 529	11,75%	7,3%	7,59%
Rhône-Alpes	1 112 838	1 134 680	2 247 518	9,62%	49,5%	196 353	254 905	451 258	9,50%	43,51%	20 354	232 041	252 395	8,92%	8,1%	9,51%
France métropolitaine	10 626 830	12 268 768	22 895 598	98,05%	46,4%	1 926 828	2 726 837	4 653 665	98,01%	41,40%	297 418	2 491 390	2 788 808	98,55%	10,7%	97,09%
Guadeloupe	70 906	48 367	119 273	0,51%	59,4%	11 877	12 338	24 215	0,51%	49,05%	1 351	8 481	9 832	0,35%	13,7%	0,72%
Guyane	24 917	22 522	47 439	0,20%	52,5%	3 801	6 441	10 242	0,22%	37,11%			0	0,00%		0,31%
Martinique	102 223	27 916	130 139	0,56%	78,5%	14 599	6 763	21 362	0,45%	68,34%		8 820	8 820	0,31%	0,0%	0,64%
Réunion	92 893	66 754	159 647	0,68%	58,2%	18 817	19 626	38 443	0,81%	48,95%	840	21 607	22 447	0,79%	3,7%	1,24%
France métropolitaine et DOM	10 917 769	12 434 327	23 352 096	100,00%	46,8%	1 975 922	2 772 005	4 747 927	100,00%	41,62%	299 609	2 530 298	2 829 907	100,00%	10,6%	100,00%

Le tableau 1.4.18. donne l'activité d'obstétrique par région et par secteur.

Les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle supérieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont les suivantes : Alsace, Ile-de-France, Guadeloupe, Guyane et Réunion.

A l'inverse, les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle inférieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont l'Aquitaine, l'Auvergne, la Bourgogne, la Bretagne, la Basse-Normandie, le Poitou-Charentes et Rhône-Alpes.

La situation des autres régions est plus contrastée : par exemple, pour le Centre, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA, l'activité est hospitalisation complète est inférieure proportionnellement à leur part dans la population totale mais supérieure pour l'hospitalisation partielle. Ainsi, le Languedoc-Roussillon réalise 6,95 % des venues pour 3,99 % de la population totale.

La part du secteur public est en moyenne de 64 % pour les journées et de 66 % pour les entrées mais elle varie selon les régions. Elle représente plus de 73 % en Auvergne, Bourgogne, Centre, Corse, Franche-Comté, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Guyane et Martinique. Elle représente moins de 61 % en Aquitaine, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire et Poitou-Charentes.

En ce qui concerne les venues, le secteur public représente en moyenne 76 % mais plus de 85 % en Auvergne, Bourgogne, Centre, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de la Loire, Picardie et Rhône-Alpes. A l'inverse, il est inférieur à 68 % en Alsace, Aquitaine, Ile-de-France et Corse.

Tableau 1.4.18. : activité obstétrique par région et par secteur au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Journées réalisées en HC					Entrées directes en HC					Venues en HP et chirurgie anesthésie ambulatoire					part de la population de la région/total France (%)
	public (a)	privé (b)	Total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	Part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	Part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	total (c=a+b)	total de la région (c) /total France (%)	part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	
Alsace	123 392	69 769	193 161	3,24%	63,88%	27 061	14 564	41 625	3,21%	65,01%	7 542	3 637	11 179	3,48%	67,47%	2,89%
Aquitaine	149 470	105 767	255 237	4,28%	58,56%	34 190	23 239	57 429	4,43%	59,53%	6 702	3 872	10 574	3,29%	63,38%	4,91%
Auvergne	82 492	23 440	105 932	1,78%	77,87%	17 752	4 358	22 110	1,71%	80,29%	3 897	581	4 478	1,39%	87,03%	2,13%
Bourgogne	104 280	25 819	130 099	2,18%	80,15%	23 785	4 852	28 637	2,21%	83,06%	5 492	427	5 919	1,84%	92,79%	2,60%
Bretagne	181 861	91 997	273 858	4,60%	66,41%	39 765	18 508	58 273	4,49%	68,24%	10 789	3 726	14 515	4,52%	74,33%	4,87%
Centre	162 059	58 520	220 579	3,70%	73,47%	37 633	11 768	49 401	3,81%	76,18%	13 660	865	14 525	4,52%	94,04%	3,98%
Champagne-Ardenne	86 972	38 305	125 277	2,10%	69,42%	20 138	8 335	28 473	2,20%	70,73%	2 985	920	3 905	1,22%	76,44%	2,13%
Corse	19 892	6 909	26 801	0,45%	74,22%	5 698	1 352	7 050	0,54%	80,82%	351	347	698	0,22%	50,29%	0,44%
Franche-Comté	94 592	25 137	119 729	2,01%	79,01%	21 813	5 631	27 444	2,12%	79,48%	4 051	71	4 122	1,28%	98,28%	1,83%
Ile-de-France	685 516	490 757	1 176 273	19,74%	58,28%	154 107	99 577	253 684	19,57%	60,75%	40 384	32 796	73 180	22,80%	55,18%	18,17%
Languedoc-Roussillon	109 098	110 476	219 574	3,68%	49,69%	21 072	23 301	44 373	3,42%	47,49%	18 146	4 154	22 300	6,95%	81,37%	3,99%
Limousin	41 452	16 873	58 325	0,98%	71,07%	9 411	3 554	12 965	1,00%	72,59%	1 831	196	2 027	0,63%	90,33%	1,16%
Lorraine	142 582	98 973	241 555	4,05%	59,03%	33 406	21 709	55 115	4,25%	60,61%	6 883	2 129	9 012	2,81%	76,38%	3,73%
Midi-Pyrénées	119 913	87 161	207 074	3,48%	57,91%	25 160	17 802	42 962	3,31%	58,56%	10 407	4 420	14 827	4,62%	70,19%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	252 637	160 691	413 328	6,94%	61,12%	52 669	30 869	83 538	6,44%	63,05%	20 810	475	21 285	6,63%	97,77%	6,45%
Basse-Normandie	112 004	23 542	135 546	2,27%	82,63%	24 271	5 010	29 281	2,26%	82,89%	6 796	173	6 969	2,17%	97,52%	2,31%
Haute-Normandie	125 948	33 058	159 006	2,67%	79,21%	30 235	6 120	36 355	2,80%	83,17%	4 993	617	5 610	1,75%	89,00%	2,89%
Pays de la Loire	189 762	139 698	329 460	5,53%	57,60%	42 181	30 534	72 715	5,61%	58,01%	9 860	788	10 648	3,32%	92,60%	5,41%
Picardie	145 355	46 228	191 583	3,22%	75,87%	31 756	9 322	41 078	3,17%	77,31%	6 993	26	7 019	2,19%	99,63%	3,00%
Poitou-Charentes	84 907	59 173	144 080	2,42%	58,93%	19 524	12 619	32 143	2,48%	60,74%	4 410	1 309	5 719	1,78%	77,11%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	264 422	159 049	423 471	7,11%	62,44%	58 476	32 933	91 409	7,05%	63,97%	27 065	9 296	36 361	11,33%	74,43%	7,59%
Rhône-Alpes	346 569	197 504	544 073	9,13%	63,70%	77 012	41 459	118 471	9,14%	65,00%	20 239	2 885	23 124	7,20%	87,52%	9,51%
France métropolitaine	3 625 175	2 068 846	5 694 021	95,56%	63,67%	807 115	427 416	1 234 531	95,22%	65,38%	234 286	73 710	307 996	95,95%	76,07%	97,09%
Guadeloupe	45 873	16 850	62 723	1,05%	73,14%	9 644	3 932	13 576	1,05%	71,04%	3 597	1 453	5 050	1,57%	71,23%	0,72%
Guyane	35 336	10 913	46 249	0,78%	76,40%	7 848	2 315	10 163	0,78%	77,22%	1 221	387	1 608	0,50%	75,93%	0,31%
Martinique	38 624	13 516	52 140	0,88%	74,08%	9 855	2 282	12 137	0,94%	81,20%	1 153		1 153	0,36%	100,00%	0,64%
Réunion	66 488	37 003	103 491	1,74%	64,25%	17 631	8 501	26 132	2,02%	67,47%	4 104	1 102	5 206	1,62%	78,83%	1,24%
France métropolitaine et DOM	3 811 496	2 147 128	5 958 624	100,00%	63,97%	852 093	444 446	1 296 539	100,00%	65,72%	244 361	76 652	321 013	100,00%	76,12%	100,00%

Le tableau 1.4.19. fait l'inventaire de l'activité de psychiatrie.

C'est en psychiatrie que l'on observe les différences les plus marquées entre part de l'activité réalisée et poids démographique régional.

Les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle supérieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont les suivantes : Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin, Poitou-Charentes.

A l'inverse, les régions ayant une activité en hospitalisation complète et hospitalisation partielle inférieure proportionnellement à leur part dans la population totale sont l'Auvergne, la Franche-Comté, Rhône-Alpes et les DOM.

La situation des autres régions est plus contrastée.

La part du secteur public est en moyenne de 72 % pour les journées et de 76 % pour les entrées mais elle varie selon les régions. Elle représente plus de 80 % en Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté (où le secteur privé n'est pas représenté), Limousin, Lorraine, Basse-Normandie (où le secteur privé n'est pas représenté), Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes et les DOM. Elle représente moins de 60 % en Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA.

En ce qui concerne les venues, le secteur public représente en moyenne 86 %. Sa part ne descend jamais en deçà de 80 %, à l'exception notable de la Corse (64 %) et de l'Ile-de-France (58 %). Dans certaines régions (Alsace, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Basse-Normandie, Poitou-Charentes et les DOM à l'exception de la Réunion), le secteur privé n'est pas représenté.

Tableau 1.4.19: activité psychiatrique par région et par secteur au 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Journées réalisées en HC					Entrées directes en HC					Venues en HP et chirurgie anesthésie ambulatoire					part de la population de la région/total France (%)
	public (a)	privé (b)	Total (c=a+b)	total de la région (c)/total France (%)	Part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	Total (c=a+b)	total de la région (c)/total France (%)	Part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	public (a)	privé (b)	Total (c=a+b)	total de la région (c)/total France (%)	Part du public dans total de la région (d=a/c) (%)	
Alsace	408 335	33 939	442 274	2,53%	92%	17 414	1 445	18 859	3,64%	92,3%	173 375		173 375	3,78%	100,0%	2,89%
Aquitaine	872 089	385 742	1 257 831	7,19%	69%	22 439	6 401	28 840	5,57%	77,8%	264 682	61 312	325 994	7,11%	81,2%	4,91%
Auvergne	246 766	103 576	350 342	2,00%	70%	6 798	3 024	9 822	1,90%	69,2%	68 766	16 724	85 490	1,87%	80,4%	2,13%
Bourgogne	434 832	115 015	549 847	3,14%	79%	14 393	3 934	18 327	3,54%	78,5%	110 567	7 529	118 096	2,58%	93,6%	2,60%
Bretagne	761 233	332 687	1 093 920	6,26%	70%	27 999	10 111	38 110	7,36%	73,5%	277 743	22 848	300 591	6,56%	92,4%	4,87%
Centre	450 751	255 673	706 424	4,04%	64%	12 270	4 785	17 055	3,29%	71,9%	164 209	14 241	178 450	3,89%	92,0%	3,98%
Champagne-Ardenne	312 452	21 668	334 120	1,91%	94%	9 398	464	9 862	1,90%	95,3%	99 809		99 809	2,18%	100,0%	2,13%
Corse	73 318	45 794	119 112	0,68%	62%	2 143	1 236	3 379	0,65%	63,4%	11 114	6 383	17 497	0,38%	63,5%	0,44%
Franche-Comté	247 980		247 980	1,42%	100%	9 284		9 284	1,79%	100,0%	40 929		40 929	0,89%	100,0%	1,83%
Ile-de-France	1 713 270	778 378	2 491 648	14,25%	69%	58 278	20 117	78 395	15,13%	74,3%	538 814	387 406	926 220	20,21%	58,2%	18,17%
Languedoc-Roussillon	436 350	466 604	902 954	5,16%	48%	12 136	12 689	24 825	4,79%	48,9%	183 894	13 933	197 827	4,32%	93,0%	3,99%
Limousin	208 982	27 205	236 187	1,35%	88%	7 579	1 023	8 602	1,66%	88,1%	121 283		121 283	2,65%	100,0%	1,16%
Lorraine	713 434	35 290	748 724	4,28%	95%	17 322	1 271	18 593	3,59%	93,2%	139 321		139 321	3,04%	100,0%	3,73%
Midi-Pyrénées	399 667	432 504	832 171	4,76%	48%	13 998	13 787	27 785	5,36%	50,4%	145 048	12 932	157 980	3,45%	91,8%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	852 676	154 893	1 007 569	5,76%	85%	33 651	4 134	37 785	7,29%	89,1%	223 593	28 284	251 877	5,50%	88,8%	6,45%
Basse-Normandie	259 044		259 044	1,48%	100%	10 720		10 720	2,07%	100,0%	87 386		87 386	1,91%	100,0%	2,31%
Haute-Normandie	381 092	30 715	411 807	2,35%	93%	10 392	918	11 310	2,18%	91,9%	144 673	13 072	157 745	3,44%	91,7%	2,89%
Pays de la Loire	811 891	95 765	907 656	5,19%	89%	26 553	2 758	29 311	5,66%	90,6%	299 240	3 778	303 018	6,61%	98,8%	5,41%
Picardie	546 950	47 334	594 284	3,40%	92%	10 320	1 533	11 853	2,29%	87,1%	105 201	6 595	111 796	2,44%	94,1%	3,00%
Poitou-Charentes	439 527	52 062	491 589	2,81%	89%	14 267	1 663	15 930	3,08%	89,6%	139 866		139 866	3,05%	100,0%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	871 866	880 807	1 752 673	10,02%	50%	24 764	19 102	43 866	8,47%	56,5%	318 388	22 942	341 330	7,45%	93,3%	7,59%
Rhône-Alpes	881 723	545 512	1 427 235	8,16%	62%	20 491	14 234	34 725	6,70%	59,0%	209 836	31 078	240 914	5,26%	87,1%	9,51%
France métropolitaine	12 324 228	4 841 163	17 165 391	98,16%	72%	382 609	124 629	507 238	97,92%	75,4%	3 867 737	649 057	4 516 794	98,55%	85,6%	97,09%
Guadeloupe	73 730	18 445	92 175	0,53%	80%	1 563	744	2 307	0,45%	67,8%	14 607		14 607	0,32%	100,0%	0,72%
Guyane	24 809		24 809	0,14%	100%	958		958	0,18%	100,0%	2 556		2 556	0,06%	100,0%	0,31%
Martinique	95 374		95 374	0,55%	100%	1 544		1 544	0,30%	100,0%	5 919		5 919	0,13%	100,0%	0,64%
Réunion	85 723	24 573	110 296	0,63%	78%	5 328	649	5 977	1,15%	89,1%	38 180	5 223	43 403	0,95%	88,0%	1,24%
France métropolitaine et DOM	12 603 864	4 884 181	17 488 045	100,00%	72%	392 002	126 022	518 024	100,00%	75,7%	3 928 999	654 280	4 583 279	100,00%	85,7%	100,00%

1.4.5 L'activité reliée aux effectifs

1.4.5.1 Par type d'établissement

Les tableaux 1.4.20. à 1.4.23. rapprochent, pour les principaux établissements du secteur public, les effectifs calculés en ETP de l'activité MCO et psychiatrie.

Une partie des effectifs comptabilisés dans ces tableaux est sans doute affectée aux soins longue durée ou aux soins de réadaptation. La mission ne dispose cependant pas des informations sur l'affectation précise des médecins à tel ou tel type d'activité. Elle a choisi de répartir l'ensemble du personnel médical sur les seules activités MCO et psychiatrie dans la mesure où il exerce essentiellement dans ces domaines.

Tableau 1.4.20. : personnel médical et activité de médecine dans les établissements publics (%)

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	ETP	Journées	Entrées	Venues
CHU	42,1%	34,7%	32,8%	54,6%
CH-CHR	55,8%	65,1%	67,0%	45,1%
CHS	2,1%	0,2%	0,2%	0,3%

Tableau 1.4.21. : personnel médical et activité de chirurgie dans les établissements publics (%)

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	ETP	Journées	Entrées	Venues
CHU	42,3%	44,5%	41,0%	37,2%
CH-CHR	57,3%	55,3%	58,9%	62,8%
CHS	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%

Tableau 1.4.22. : personnel médical et activité obstétrique dans les établissements publics (%)

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	ETP	Journées	Entrées	Venues
CHU	24,9%	27,3%	25,9%	42,2%
CH-CHR	74,5%	72,4%	73,8%	57,6%
CHS	0,7%	0,3%	0,3%	0,2%

Tableau 1.4.23. : personnel médical et activité de psychiatrie dans les établissements publics (%)

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Typologie	ETP	Journées	Entrées	Venues
CHU	11,6%	8,4%	11,2%	9,2%
CH-CHR	28,2%	22,4%	26,8%	27,8%
CHS	60,3%	69,2%	62,0%	63,1%

S'agissant de la médecine, les CHU interviennent proportionnellement davantage en hospitalisation partielle (42,1 % des ETP et 54,6 % des venues). Les CH, eux, assurent 65 % des journées et 67 % des entrées pour une part d'ETP de 55,8 %.

En chirurgie, les médecins travaillant en CH sont proportionnellement encore plus nombreux (57,3 % des ETP) et ils rassemblent 62,8 % des venues.

Le poids prépondérant des CH se retrouve de façon notable en obstétrique où ils assurent environ les trois-quarts des journées et des entrées. Les effectifs travaillant en CHU constituent un quart des effectifs de la spécialité mais gèrent 42,2 % des venues.

L'activité de psychiatrie se partage essentiellement entre les CHS (60,3% des ETP de la spécialité et 69,2 % des journées, 62 % des entrées et 63,1 % des venues) et les CH (environ un quart des effectifs et de l'activité).

1.4.5.2 par région

Le tableau 1.4.24. rapproche, par région, l'activité des établissements de la ressource médicale.

Tableau 1.4.24. : personnel médical et activité (MCO + psychiatrie) par région

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Personnel			Activité : MCO + psychiatrie			population (part de la région dans total France)
	Salariés (ETP)	Libéraux exclusifs	Libéraux non exclusifs	Journées	Entrées	Venues	
Alsace	1 877,32	374	618	2 475 495	353 836	361 381	2,89%
Aquitaine	2 508,73	982	1 633	4 607 570	643 501	605 093	4,91%
Auvergne	1 110,66	348	338	1 894 617	251 317	213 878	2,13%
Bourgogne	1 386,56	478	494	2 357 447	323 227	269 515	2,60%
Bretagne	2 683,26	743	1 032	4 320 674	581 164	596 034	4,87%
Centre	1 941,33	597	804	3 102 796	450 302	388 331	3,98%
Champagne-Ardenne	1 256,94	318	463	1 871 724	281 288	228 111	2,13%
Corse	263,12	138	225	434 776	64 474	47 778	0,44%
Franche-Comté	1 029,85	172	213	1 477 668	228 469	115 486	1,83%
Ile-de-France	14 531,87	2 472	5 613	12 869 457	1 801 703	2 258 310	18,17%
Languedoc-Roussillon	2 126,27	1 007	1 924	3 480 398	466 937	490 718	3,99%
Limousin	769,31	226	155	1 179 252	162 488	183 909	1,16%
Lorraine	2 114,99	302	883	3 391 175	483 116	323 870	3,73%
Midi-Pyrénées	2 341,28	1 263	881	3 547 365	531 763	397 028	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	3 567,44	648	1 585	4 803 761	721 144	623 101	6,45%
Basse-Normandie	1 300,97	274	292	1 879 189	296 358	167 868	2,31%
Haute-Normandie	1 440,19	464	437	2 084 111	305 591	303 315	2,89%
Pays de la Loire	2 516,09	921	1 179	4 039 823	614 379	592 118	5,41%
Picardie	1 829,09	237	557	2 381 815	321 009	256 697	3,00%
Poitou-Charentes	1 429,79	450	587	2 133 609	313 166	286 593	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 457,87	1 288	5 888	6 764 914	895 191	1 033 249	7,59%
Rhône-Alpes	5 145,66	1 509	2 200	7 324 230	1 017 251	757 804	9,51%
France métropolitaine	57 628,59	15 211	28 001	78 421 866	11 107 674	10 500 187	97,09%
Guadeloupe	376,26	98	137	546 024	72 248	40 702	0,72%
Guyane	154,77	16	34	198 156	30 685	8 705	0,31%
Martinique	472,26	39	56	537 581	66 065	25 725	0,64%
Réunion	594,89	164	134	669 324	123 617	84 315	1,24%
France métropolitaine et DOM	59 226,77	15 528	28 362	80 372 951	11 400 289	10 659 634	100,00%

On constate que la région Ile-de-France qui représente 18,17 % de la population mobilise, 25,5 % des ETP salariés et 18 % des effectifs libéraux pour une activité de 16 %.

La région Aquitaine dispose du même poids démographique et d'une activité comparable à celle de la Bretagne mais bénéficie de moyens en personnel davantage étoffés.

La région Centre et la région Languedoc-Roussillon ont en commun le même réservoir démographique de population. Mais pour une activité voisine, la région Languedoc Roussillon bénéficie de moyens en personnels 1,7 fois supérieurs, surtout en effectifs de libéraux exclusifs.

A population comparable et à activité légèrement voisines, la région Poitou-Charentes semble mieux dotée en personnels que la région Bourgogne, notamment en effectifs salariés.

Certaines régions semblent afficher une certaine adéquation entre leurs moyens en personnel et leur activité: Ile de France, Aquitaine, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

D'autres semblent disposer de moyens humains sous dotés par rapport à leur activité : Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne, Franche-Comté, Lorraine, Picardie, Nord-Pas-de-Calais.

D'autres enfin paraissent disposer d'une surdotation de moyens en personnel au regard de leur activité: Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur dispose d'une population plus faible que celle de Rhône-Alpes, d'une activité comparable mais de moyens en personnels 1,3 fois supérieurs, surtout en matière d'effectifs de libéraux non exclusifs (près de 3 fois plus nombreux).

1.5 Les évolutions démographiques passées

1.5.1 La démographie médicale en France au cours des vingt dernières années

La démographie des professions de santé a été analysée de façon détaillée dans le cadre de précédents rapports, études statistiques ou travaux de recherche¹¹. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des solidarités publie régulièrement des analyses sur la démographie médicale, ainsi que des statistiques annuelles détaillées sur les professions de santé et leur structure démographique¹². Le Conseil national de l'ordre des médecins assure également des publications régulières sur ses effectifs¹³. En outre l'ONDPS, créé en juillet 2003, a présenté dans ses rapports 2004¹⁰ et 2005¹⁰ une analyse très fouillée de la démographie des médecins.

Ainsi le rapport 2005 de l'ONDPS constate que le nombre de médecins n'a jamais été aussi important. Cependant, ce constat optimiste doit être largement pondéré d'une part par le vieillissement de la population médicale, d'autre part, par une inégale répartition sur le territoire national des médecins, notamment des spécialistes.

L'essor démographique s'accompagne d'un vieillissement marqué. La part des médecins âgés de 55 ans et plus est la plus élevée des professions de santé. L'âge moyen des médecins est également le plus élevé des professions de santé (tableau 1.5.1.).

Tableau 1.5.1. : Principaux indicateurs démographiques des médecins

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2005	Taux de croissance 2005/2000 (en %)	Taux de croissance annuel moyen (en %)	Part des femmes (en %)	Part des moins de 35 ans (en %)	Part des 55 ans ou plus (en %)	Âge moyen au 1 ^{er} janvier 2005
Médecins	205 864	6,1	1,2	38,0	7,4	26,2	48,5

La part de médecins de 55 ans et plus touche plus particulièrement certaines spécialités. Ainsi, l'anesthésie réanimation, la gynécologie médicale, la médecine interne, la pédiatrie, la psychiatrie, la rééducation et réadaptation fonctionnelle, la grande majorité des disciplines chirurgicales ont plus de 30 % de leur effectif d'un âge supérieur ou égal à 55 ans (Tableau 1.5.2.).

¹⁰ Rapport ONDPS 2004. La documentation française. www.sante.gouv.fr/ondps

¹⁰ Rapport ONDPS 2005. La documentation française. www.sante.gouv.fr/ondps

¹¹ On peut citer notamment : Démographie médicale. Peut on évaluer les besoins en médecins ? CREDES, biblio n°1341, mars 2001. Rapport sur la démographie médicale, préparé par la DGS, juin 2001. La démographie des professions de santé, rapport présenté par le Pr. Yvon Berland, novembre 2002. Données sanitaires et sociales, annexe au PLFSS, doc. cité.

¹² Les médecins : estimation au 1^{er} Janvier 2005, D.SICART n°88 DREES.

¹³ *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2005*, Conseil national de l'ordre des médecins – Etude n°38

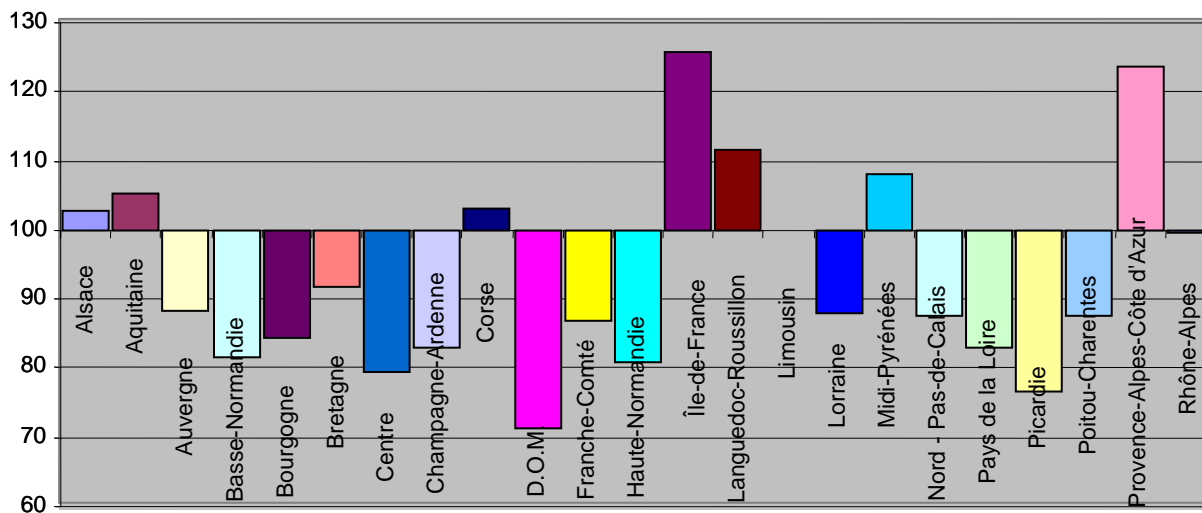
Tableau 1.5.2. : Effectifs de médecins de 55 ans et plus par spécialité et par mode d'exercice

Spécialité	Total 55 et plus ensemble des médecins (**)	
	Effectifs	Part en %
Omnipraticien	100 646	23,0%
Anatomo-cytopathologiste	1 600	27,0%
Anesthésie réanimation chirurgicale	10 285	32,0%
Endocrinologie et métabolisme	1 444	13,0%
Dermato-vénérologie	4 035	26,0%
Gastro-entérologie et hépatologie	3 336	22,0%
Gynécologie médicale	2 101	38,0%
Hématologie	332	16,0%
Médecine interne	2 449	42,0%
Néphrologie	1 155	24,0%
Neurologie	1 781	15,0%
Oncologie médicale	559	19,0%
Pédiatrie	6 659	33,0%
Pneumologie	2 671	21,0%
Psychiatrie	13 594	36,0%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	7 637	28,0%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	1 888	32,0%
Rhumatologie	2 649	27,0%
Chirurgie infantile chirurgie maxillo-faciale chirurgie plastique reconstructrice et esthétique chirurgie thoracique et cardio-vasculaire chirurgie vasculaire chirurgie viscérale et digestive chirurgie générale	6 307	33,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2 178	19,0%
Chirurgie urologique	597	15,0%
gynécologie obstétrique	1564	31,0%
Neurochirurgie	377	33,0%
Ophtalmologie	5 457	28,0%
Oto-rhino-laryngologie	2 973	30,0%

(**) Source : ADELI/DREES au 01/01/05

Le nombre important de médecins est très inégalement réparti sur le territoire national (Graphique 1). En effet, les densités s'échelonnent de 426/100 000 habitants en Ile de France à 268 dans la région Centre pour l'ensemble des médecins.

Graphique 1 : Densité régionale de médecins par rapport à la densité nationale (indice 100)
(Rapport ONDPS 2005, tome 1)



Toutes les spécialités médicales ont vu leurs effectifs augmenter, comme le montre le tableau 1.5.3.

Tableau 1.5.3. : Effectifs de médecins actifs par spécialités en 1990 et 2002 (rapport ONDPS 2004 tome 2).

Disciplines de l'examen national classant		
Spécialités	Effectif 1990	Effectif 2002
pédiatrie	5631	6620
anesthésie réanimation	10477	10358
spécialités médicales (autres) et gynécologie médicale	31988	40148
rééducation et réadaptation fonctionnelle	1753	1915
radiologie	7192	8208
médecine interne	2264	2462
autres spécialités médicales (y c. gynécologie médicale)	2692	4277
dermatologie vénéréologie	3294	4014
rhumatologie	2403	2644
pathologie cardiovasculaire	4811	5901
Anatomie et cytologie pathologique	1337	1628
pneumologie	2194	2653
gastro-entérologie hépatologie	2669	3322
neurologie	1058	1729
endocrinologie et métabolismes	321	1395
Total spécialités médicales	48095	57127
gynécologie obstétrique	4735	5342
spécialités chirurgicales (autres)	16696	19186
ophtalmologie	5235	5502
ORL	2924	3015
Chirurgie*	8537	10669
Total spécialités chirurgicales	21430	24528
Autres disciplines (hors médecine générale)	14679	22989
psychiatrie	11916	13727
santé publique et médecine du travail	802	6153
biologie médicale	1961	3109
Total disciplines hors médecine générale	84 205	104644
médecine générale	93 547	100541
Total	177 752	205185

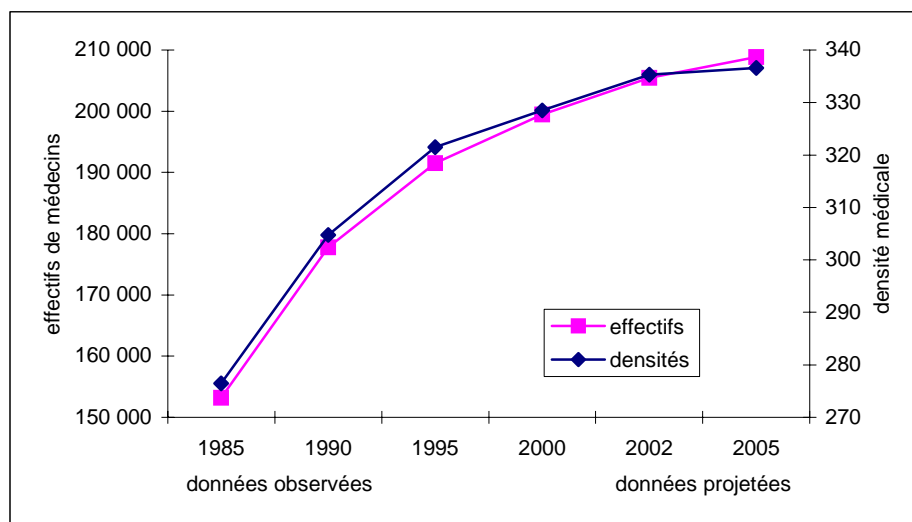
Sources : ADELI redressé aux 31/12/1990 et 31/12/2002, projections DREES.

Champ : France entière.

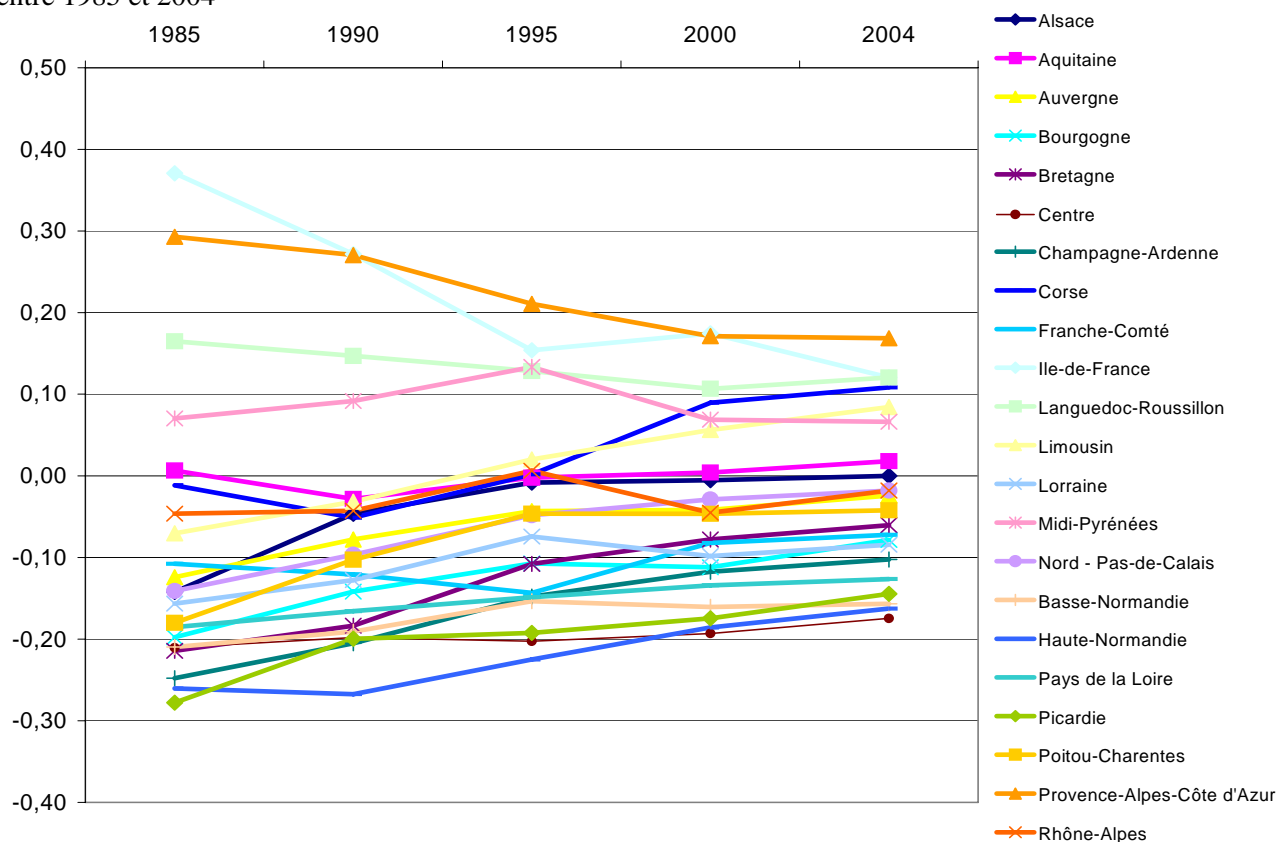
Chirurgie : chirurgie générale, infantile, maxillo-faciale, orthopédique et traumatologique, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardiaque, urologique, vasculaire, viscérale, neurochirurgie et stomatologie.

Au cours des vingt dernières années, le nombre de médecins et la densité médicale par habitant a sensiblement augmenté en France (graphique 2) mais la répartition géographique a peu évolué pour les médecins spécialistes (graphique 4) laissant apparaître de grandes disparités alors que celle des généralistes (graphique 3) a montré une vraie tendance à une meilleure répartition.

Graphique 2 : Evolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2005 (rapport ONDPS 2004 - synthèse générale)

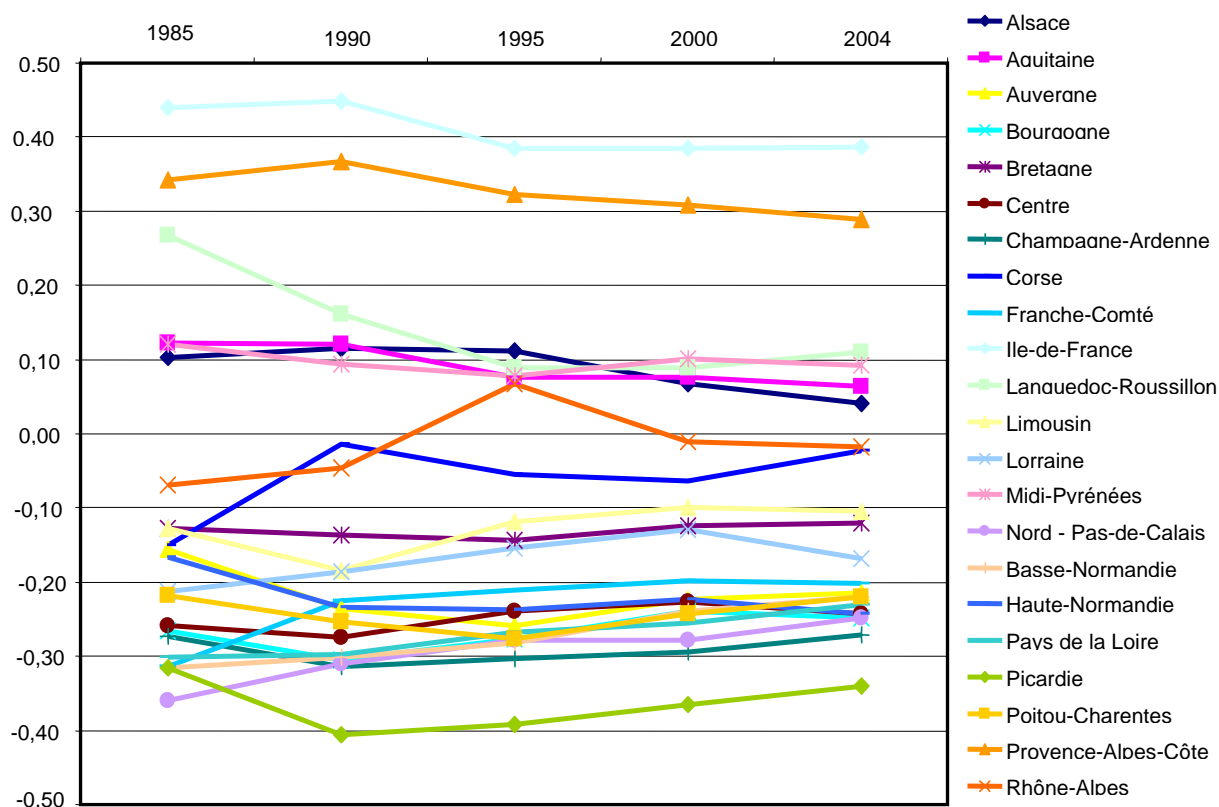


Graphique 3 : Évolutions des écarts à la moyenne des densités de médecins généralistes par région entre 1985 et 2004¹⁴



¹⁴ Rapport commission démographie médicale - avril 2005

Graphique 4 : Évolutions des écarts à la moyenne des densités de médecins spécialistes par région entre 1985 et 2004¹⁴



1.5.2 L'évolution des effectifs salariés entre 1998 et 2005

Le tableau 1.5.4. retrace l'évolution des effectifs des médecins salariés dans les CHU, CH, CHS, CLCC, PSPH entre le 1er janvier 1998 et le 1er janvier 2005 dans chaque région. Il exclut les odontologistes et les pharmaciens mais pas les "autres qualifications" comme cela est le cas dans les tableaux précédents de 2005.

Les hospitalo-universitaires sont comptés pour 0,5 ETP dans les établissements publics. Dans le secteur privé, ils sont comptés 1 ETP car les modalités de renseignement des grilles de la SAE ne permettent pas de les différencier des PH. Toutefois les effectifs des hospitalo-universitaires en secteur privé sont faibles.

Durant cette période, l'augmentation est de 18,6 % des ETP dans les établissements où exercent des médecins salariés.

- pour les CHU, le total des salariés augmente de 13 %. Les plus fortes augmentations sont en Martinique +42,7 %, Guadeloupe +37,1 % et Poitou-Charentes +35,2 %. Le nombre de salariés augmente peu en Ile de France +2,1% et en Alsace +3,3 %.
- pour les CH : très forte augmentation des ETP, +23,5 % sur la période, avec des augmentations sensiblement différentes d'une région à une autre : +66,55 % en Guadeloupe, +49,12 % en Martinique, en Guyane +46,56 %, +40,99 % en Corse mais +12,77 % en Ile-de-France, 18,05 % en Alsace et 19,96 % en Centre.
- pour les CHS, augmentation de près de 12% des ETP avec de grandes disparités de progression. Alsace, +48%, Limousin, +35 %. A l'inverse, Aquitaine, +3 %, Pays de la Loire, +2,8 % ;

¹⁴ Rapport commission démographie médicale - avril 2005

- pour les CLCC, augmentation de 12,1 % pour les ETP avec +40 % en Rhône-Alpes, +33% en Haute-Normandie mais - 13 % en Auvergne et -8 % en Alsace;
- pour les PSPH, augmentation de 25 % des ETP avec + 415 % à La Réunion, + 235 % en Champagne-Ardenne, + 170 % en Limousin, +162 % en Centre alors qu'une baisse était constatée en Basse-Normandie.

Suivant les régions, les variations entre 1998 et 2005 sont très hétérogènes. Les augmentations les plus fortes sont dans les DOM et en Corse. Les plus faibles augmentations sont en Ile de France, Alsace et Lorraine.

Tableau 1.5.4. Evolution du nombre d'ETP dans les CHU, CH, CHS, CLCC et PSPH entre le 1^{er} janvier 1998 et le 1^{er} janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Régions	CHU	CH	CHS	CLCC	PSPH	TOTAL		
						01/01/98	01/01/05	
Alsace	3,32%	18,05%	47,98%	-7,19%	10,59%	1 638,82	1 857,77	13,36%
Aquitaine	24,80%	26,59%	3,04%	5,90%	54,13%	1 914,66	2 372,09	23,89%
Auvergne	17,02%	27,61%	-19,64%	-12,52%	30,30%	937,17	1 133,59	20,96%
Bourgogne	11,86%	21,00%	17,56%	14,09%	16,66%	1 160,04	1 367,71	17,90%
Bretagne	19,35%	28,74%	18,07%	-9,27%	36,93%	2 111,02	2 638,29	24,98%
Centre	13,53%	20,42%	9,13%		162,60%	1 622,54	1 942,30	19,71%
Champagne-Ardenne	17,34%	23,85%	7,04%	-3,11%	235,43%	1 039,89	1 243,93	19,62%
Corse		40,99%	32,88%			182,51	255,34	39,90%
Franche-Comté	14,64%	26,78%	24,92%		101,40%	861,62	1 064,72	23,57%
Ile-de-France	2,09%	12,77%	3,38%	14,50%	16,83%	13 146,35	14 119,39	7,40%
Languedoc-Roussillon	29,69%	29,13%	18,01%	-5,14%	29,64%	1 525,95	1 952,56	27,96%
Limousin	10,54%	20,70%	35,24%		169,66%	623,86	748,16	19,93%
Lorraine	14,89%	19,96%	2,81%	12,50%	4,28%	1 877,03	2 137,95	13,90%
Midi-Pyrénées	14,62%	20,61%	19,44%	5,09%	8,28%	1 886,94	2 218,80	17,59%
Nord-Pas-de-Calais	10,19%	34,97%	23,32%	-0,09%	41,29%	2 802,79	3 590,59	28,11%
Basse-Normandie	16,57%	21,53%	16,87%	17,88%	-2,39%	1 081,69	1 288,09	19,08%
Haute-Normandie	11,49%	21,68%	25,32%	33,33%	18,71%	1 198,02	1 423,25	18,80%
Pays de la Loire	23,08%	25,82%	2,84%	26,70%	84,33%	1 985,27	2 468,10	24,32%
Picardie	15,30%	33,90%	13,64%		32,41%	1 446,59	1 837,46	27,02%
Poitou-Charentes	35,23%	21,20%	4,50%		47,65%	1 145,74	1 410,53	23,11%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24,33%	24,09%	13,02%	17,18%	60,23%	3 350,33	4 169,40	24,45%
Rhône-Alpes	18,99%	26,53%	15,53%	39,66%	18,57%	4 492,13	5 477,09	21,93%
France métropolitaine	12,46%	23,05%	11,23%	12,06%	24,29%	48 030,94	56 717,11	18,08%
Guadeloupe	37,13%	66,55%	53,95%			247,60	365,92	47,79%
Guyane		46,56%			38,29%	105,30	153,02	45,32%
Martinique	42,71%	49,12%	49,37%			322,38	468,40	45,29%
La Réunion		27,11%	59,42%		414,87%	431,63	587,03	36,00%
France métropolitaine et Dom	13,00%	23,48%	12,05%	12,06%	25,18%	49 137,85	58 291,48	18,63%

Le tableau 1.5.5. retrace l'évolution des effectifs HU entre 1998 et 2005 et en distinguant personnel titulaire et personnel temporaire.

Globalement l'augmentation des effectifs est faible, 2,7 % sur 7 ans.

On peut noter toutefois quelques différences régionales. Des régions, plutôt faiblement pourvues, ont bénéficié d'une franche augmentation : + 10 % pour la Bourgogne et le Poitou-Charentes et + 7 % pour la Champagne-Ardenne, la Basse Normandie et la Picardie. En revanche, l'Alsace, l'Auvergne et le Languedoc-Roussillon ont vu leur effectif diminuer de 1 %.

Le tableau 1.5.6. retrace l'évolution comparative des effectifs HU et des ETP PH dans les CHU entre 2001 et 2005.

Globalement, la stabilité des effectifs HU (+ 1,6 %) contraste avec la forte augmentation de ceux des PH (+ 13,95 %).

Au sein des régions, ces différences sont parfois encore plus marquées notamment en Haute-Normandie (+ 30 % pour les PH et + 6 % pour les HU), en Aquitaine (+ 28 % et + 2 %), et en Poitou-Charentes (+ 26 % et + 6 %).

Tableau 1.5.5. : évolution des effectifs dans les CHU entre le 1er janvier 1998 et 1er janvier 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	EFFECTIFS 1998						EFFECTIFS 2005						Variation 1998/2005 en postes	Variation en %
	Titulaires		Temporaires			TOTAL HU	Titulaires		Temporaires			TOTAL HU		
	PU- PH	MCU- PH	AHU	CCA	PHU		PU- PH	MCU- PH	AHU	CCA	PHU			
Alsace	142	86	21	105	4	358	137	86	20	108	3	354	-4	-1,1%
Aquitaine	168	65	48	124	6	411	172	71	38	135	8	424	13	3,2%
Auvergne	86	38	16	53	1	194	86	34	9	57	6	192	-2	-1,0%
Bourgogne	70	23	18	43	5	159	76	27	19	51	2	175	16	10,1%
Bretagne	154	59	41	107	6	367	158	64	46	113	3	384	17	4,6%
Centre	93	36	22	49	3	203	93	36	7	69	2	207	4	2,0%
Champagne-Ardenne	65	25	9	48	2	149	69	28	5	53	5	160	11	7,4%
Corse						0	0	0	0	0	0	0	0	0
Franche-Comté	67	28	12	42	2	151	68	29	10	44	8	159	8	5,1%
Ile-de-France	1121	620	194	929	62	2926	1125	629	151	996	65	2966	40	1,4%
Languedoc-Roussillon	148	59	35	119	6	367	144	60	30	124	6	364	-3	-0,8%
Limousin	68	14	15	38	0	135	68	18	13	44	0	143	8	5,9%
Lorraine	131	43	36	89	6	305	130	44	25	99	9	307	2	0,7%
Midi-Pyrénées	151	96	32	97	3	379	153	95	24	101	10	383	4	1,1%
Nord-Pas-de-Calais	147	68	35	122	8	380	158	72	26	139	6	401	21	5,5%
Basse-Normandie	67	30	14	40	1	152	70	32	11	47	3	163	11	7,2%
Haute-Normandie	80	19	12	58	4	173	85	25	12	67	0	189	16	9,2%
Pays de la Loire	156	64	29	113	8	370	162	69	23	123	10	387	17	4,6%
Picardie	67	27	11	44	1	150	70	29	10	52	0	161	11	7,3%
Poitou-Charentes	59	22	12	39	6	138	64	27	7	52	2	152	14	10,1%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	287	147	50	179	11	674	288	147	38	196	14	683	9	1,3%
Rhône-Alpes	384	163	64	287	19	917	388	168	53	297	32	938	21	2,3%
France Métropolitaine	3711	1732	726	2725	164	9058	3764	1790	577	2967	194	9292	234	2,6%
Antilles	11	1	0	9	0	21	15	6	1	11	0	33	12	57,1%
France Métropolitaine et DOM	3722	1733	726	2734	164	9079	3779	1796	578	2978	194	9325	246	2,7%

Tableau 1.5.6. : Evolution des effectifs et ETP dans les CHU entre 2001 et 2005

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	EFFECTIFS HU			ETP PH		
	2001	2005	Variation en %	2001	2005	Variation en %
Alsace	356	354	-0,56%	210,2	232,3	10,51%
Aquitaine	415	424	2,17%	226,9	291,2	28,34%
Auvergne	194	192	-1,03%	165,7	200,6	21,06%
Bourgogne	168	175	4,17%	142,9	176,4	23,44%
Bretagne	373	384	2,95%	415,8	435,2	4,67%
Centre	205	207	0,98%	226,3	238,9	5,57%
Champagne-Ardenne	156	160	2,56%	147,1	178,2	21,14%
Corse						
Franche-Comté	154	159	3,25%	155,7	165	5,97%
Ile-de-France	2934	2966	1,09%	1876,1	2067,1	10,18%
Languedoc-Roussillon	365	364	-0,27%	406,5	460	13,16%
Limousin	137	143	4,38%	166,7	208,3	24,96%
Lorraine	308	307	-0,32%	202,7	241,6	19,19%
Midi-Pyrénées	378	383	1,32%	295,2	334,1	13,18%
Nord-Pas-de-Calais	392	401	2,30%	338,7	366	8,06%
Basse-Normandie	158	163	3,16%	176,1	192,7	9,43%
Haute-Normandie	178	189	6,18%	179,5	233,3	29,97%
Pays de la Loire	376	387	2,93%	423,8	459,4	8,40%
Picardie	154	161	4,55%	206,8	239,7	15,91%
Poitou-Charentes	143	152	6,29%	135,9	171,4	26,12%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	674	683	1,34%	582	692,3	18,95%
Rhône-Alpes	932	938	0,64%	977,4	1095,9	12,12%
France Métropolitaine	9150	9292	1,55%	7658	8679,6	13,34%
Antilles	28	33	17,86%	234,5	313,7	33,77%
France Métropolitaine et DOM	9178	9325	1,60%	7892,5	8993,3	13,95%

1.6 L'évolution du temps de travail des médecins salariés

L'évolution du nombre de médecins a évidemment un lien direct avec la démographie des établissements de santé. Néanmoins, l'analyse de cette évolution est incomplète si elle ne s'accompagne pas à la fois d'une réflexion sur le temps médical et sur la répartition des médecins sur le territoire. Le présent chapitre décrit les principales évolutions réglementaires en matière de temps de travail et d'aide à la mobilité géographique des médecins des établissements de santé. Il analyse les principaux dispositifs mis en œuvre dans ces domaines.

1.6.1 Aménagement et réduction du temps de travail

1.6.1.1 Dans les établissements publics

Le protocole du 22 octobre 2001

Le gouvernement et quatre intersyndicales représentatives ont signé le 22 octobre 2001 un protocole d'accord relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des praticiens exerçant en établissement de santé.

Ce protocole s'applique, lors de sa signature, aux praticiens hospitaliers temps plein, aux praticiens hospitaliers temps partiel, aux assistants, aux praticiens contractuels et aux praticiens adjoints contractuels. Cependant, ce dispositif est étendu aux praticiens attachés et praticiens attachés associés dans le cadre du décret du 1^{er} août 2003 régissant leur statut.

Ce protocole regroupe deux catégories de mesures : l'attribution de jours de congé de réduction du temps de travail (RTT) et la création d'un compte épargne temps (CET).

A compter de 2002, les praticiens bénéficient d'une réduction forfaitaire de leur durée annuelle de travail de 20 jours sur les 227 jours travaillés. Pour les praticiens exerçant à temps partiel, celle-ci est définie prorata temporis.

À titre transitoire, en 2002 les praticiens qui n'ont pas bénéficié de la totalité de leurs jours de congé RTT en raison des nécessités de service, ont pu obtenir le paiement d'un quart de leurs droits à congé RTT au maximum à moins qu'ils n'aient choisi de les affecter sur un CET.

Les praticiens bénéficient simultanément de la possibilité d'ouvrir un CET et d'y affecter des jours de congé ou de RTT non pris ou bien des jours de compensation des plages de travail additionnelles non indemnisées dans la limite totale de 30 jours par an.

Les praticiens attachés et praticiens attachés associés ont bénéficié progressivement de l'octroi de jours de RTT à compter de 2005 (15 jours pour un temps plein en 2005 puis 20 jours à compter de 2006).

L'application de la directive européenne 93/104 et l'intégration des gardes dans le temps de travail

L'application de la directive européenne 93/104 du 23 novembre 1993 relative à certains aspects de l'aménagement du temps de travail, telle qu'interprétée par l'arrêt dit "SIMAP" du 3 octobre 2000 a imposé de revoir la définition du temps de travail des praticiens des établissements publics de santé et de considérer les périodes de permanence sur place (ancienne période de garde) en totalité comme du temps de travail effectif.

Le protocole du 22 octobre 2001 a fixé au 1^{er} janvier 2003 la date de mise en œuvre de cette nouvelle définition du temps de travail.

La durée hebdomadaire de service pour un praticien à temps plein est fixée à 10 demi-journées hebdomadaires (hors activités en temps continu décomptées en heures) limitée à 48 heures en moyenne calculée sur une période de quatre mois. Le temps de permanence sur place est désormais compris dans les obligations de service.

Les praticiens volontaires peuvent accomplir au-delà de cette durée réglementaire un temps de travail additionnel faisant l'objet d'une indemnisation complémentaire.

Les praticiens bénéficient d'un repos quotidien d'au moins 11 heures par 24 heures.

Le temps de soins accompli durant les périodes d'astreinte à domicile est considéré comme du temps de travail effectif et indemnisé selon sa durée sauf si le praticien choisit de récupérer l'astreinte et le temps de soins.

Le contrat d'assouplissement de l'ARTT du 13 janvier 2003

La mission nationale d'évaluation de l'ARTT diligentée par le ministre de la santé en août 2002 constate des difficultés suscitées par l'application de l'ARTT pour le fonctionnement des établissements publics de santé.

Un contrat d'assouplissement est conclu le 13 janvier 2003 entre les organisations représentatives des praticiens signataires du protocole du 22 octobre 2001 et le ministre de la santé. Ce contrat stipule :

- la reconduite en 2003 du paiement des jours de RTT non pris par les praticiens, en raison des contraintes de continuité du service et de l'insuffisance des effectifs, dans la limite de la moitié du total des jours de RTT acquis (et non plus du quart, comme en 2002) ;
- l'augmentation de la durée de conservation des droits épargnés sur le CET qui passe de 7 à 10 années ;
- la bonification, à hauteur de 10 %, des jours de RTT affectés par les praticiens à un CET entre 2003 et 2005.

Le repos quotidien, le repos de sécurité

Ces mesures font partie des dispositions de la directive européenne reprises dans les accords concernant l'aménagement du temps de travail et l'intégration du temps de garde dans le temps de travail.

Aux 1^{er} janvier 2003, les personnels médicaux hospitaliers (au 1^{er} août 2003 pour les praticiens attachés) bénéficient d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures. Par dérogation, ils peuvent accomplir une durée de travail continue maximale de vingt-quatre heures. Dans ce cas, ils bénéficient, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente. Le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif.

Les personnels enseignants et hospitaliers des CHU bénéficient d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde.

La Circulaire DHOS/M2 n°2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires précise les définitions.

Le repos de sécurité s'applique aux personnels enseignants et hospitaliers (PU-PH, MCU-PH, CCA, AHU, PHU). Il consiste en un arrêt de toute activité clinique auprès du patient. Il permet notamment l'activité universitaire d'enseignement et de recherche. Par dérogation dans les services organisés en temps médical continu, le repos de sécurité correspond à un arrêt total de toute activité tant universitaire qu'hospitalière.

Le repos quotidien s'applique aux praticiens hospitaliers à temps plein et temps partiel, aux assistants et aux assistants associés, aux praticiens contractuels, aux praticiens adjoints contractuels. Il s'appliquera également aux praticiens attachés et praticiens attachés associés dès la publication de leur nouveau décret statutaire. Il consiste en un arrêt de toute activité d'une durée de 11 heures consécutives par période de 24 heures.

Par dérogation, aux dispositions ci-dessus, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente à celle de la période de travail immédiatement précédente. Par exemple, un médecin qui travaille 15 heures doit s'arrêter 15 heures ; un praticien qui travaille 24 heures doit s'arrêter 24 heures.

Les moyens alloués

Afin de compenser la diminution du temps de travail médical, souvent jusqu'à 20 %, il a été décidé de créer 3 500 postes de praticiens (dont la moitié au moins de praticiens hospitaliers) sur quatre ans et d'encourager les jeunes médecins à exercer à l'hôpital en créant une indemnité pour les assistants qui s'engagent à exercer deux ou quatre ans en établissement public de santé.

Les critères retenus pour opérer la répartition interrégionale des postes tiennent compte de la nécessité d'une restructuration globale de l'offre de soins. Les critères de répartition des moyens entre les régions permettent de pondérer la stricte logique de remplacement des praticiens et d'éviter que les régions les mieux dotées en temps médical ne voient leur situation renforcée :

- 50 % des crédits sont répartis en fonction des ETP médicaux budgétés de la région.
- 25 % des crédits sont distribués en fonction de la production de points ISA de la région.
- 25 % des crédits sont attribués de façon inversement proportionnelle aux effectifs médicaux totaux (médecins hospitaliers, salariés et libéraux) de la région. Les régions obtiennent d'autant moins de crédits qu'elles ont un ratio de médecins par habitant élevé. Toutefois le montant attribué au titre de ce dernier critère ne doit pas excéder le montant résultant de l'application des deux premiers critères.

L'enveloppe attribuée aux DOM est fondée sur le seul critère des ETP médicaux.

La répartition intra régionale des moyens s'effectue, par les agences régionales d'hospitalisation en lien avec les comités régionaux de suivi du protocole ARTT, sur la base des projets de réorganisation de la permanence médicale et de mutualisation des moyens entre les établissements publics et privés ainsi qu'avec la médecine ambulatoire, élaborés par les établissements.

L'évaluation du dispositif d'ARTT

Une évaluation de la mise en œuvre de la politique d'aménagement et de réduction du temps de travail des praticiens a été réalisée successivement en 2003 puis en 2004 par les services de la DHOS au ministère chargé de la santé et les agences régionales d'hospitalisation sur la base d'un questionnaire adressé à l'ensemble des établissements employant des praticiens bénéficiaires de l'ARTT.

Les constats sont les suivants :

- la réorganisation des structures et des activités est très limitée. Le nombre total des lignes de permanence n'a pu être réduit que de façon modeste en 2003, alors qu'un effort de rationalisation de la permanence de 10 % était escompté sur la période de mise en œuvre de 2002 à 2005 ;
- les évaluations réalisées n'ont pas permis de mesurer la part des anciennes gardes intégrées dans les obligations de service hebdomadaire des praticiens ni le volume du temps de travail additionnel accompli par ce dernier. S'agissant du repos quotidien, les praticiens n'en ont bénéficié de façon régulière que dans 54 % des établissements en 2004 (pour 47 % en 2003) ;
- les agences régionales d'hospitalisation ont majoritairement servi en priorité les activités et services à contrainte de permanence élevée les premières années puis ont étendu les attributions de moyens à d'autres activités notamment la psychiatrie ;
- il apparaît également que les établissements ont assez largement recouru au dispositif du contrat d'engagement d'exercice (de deux ou quatre ans) lors de recrutement de leurs assistants puisque 76 % des assistants bénéficient d'un tel contrat et de la prime qui y est associée ;
- il est estimé qu'environ 2 000 postes de praticiens hospitaliers temps pleins et de praticiens hospitaliers temps partiels ont été créés dans le cadre de ce dispositif. Les trois disciplines qui comptent le plus de création de postes sont la médecine, l'anesthésie réanimation et la chirurgie.

Le compte épargne temps

Le CET a pour objet de permettre aux praticiens (à l'exception des hospitalo-universitaires) des établissements publics de santé de bénéficier de façon choisie et différée de congés rémunérés.

Les jours épargnés ne peuvent excéder 30 jours par an.

Le CET est ouvert pour une durée de 10 ans, de manière glissante.

À titre d'exemple, le CET peut permettre de disposer d'une semaine de congés rémunérés tous les trois ou quatre mois ou d'une année tous les sept ans.

Le montant total que peut atteindre un CET est de 300 jours ouvrés.

À titre dérogatoire, les jours épargnés par un praticien à partir de 55 ans peuvent être versés en CET jusqu'au départ à la retraite de l'intéressé.

Compte tenu de la démographie médicale, les praticiens âgés de 48 ans et plus en 2002 ont pu choisir de conserver leur CET jusqu'en fin de carrière.

1.6.1.2 Dans les établissements privés

Dans le cadre de la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements adhérents de la FEHAP, deux avenants relatifs à l'ARTT ont été négociés.

Le premier portant le n°99-01 du 2 février 1999 concernait les établissements s'inscrivant dans un processus d'anticipation au titre de la loi AUBRY I :

- réduction de 10% (voire 15 %) de la durée du travail ;
- création d'emplois à hauteur de 7 % (supérieur au minimum légal de 6 %) ;
- engagement de maintien des effectifs pendant 2 ans conformément à la durée minimum légale.

Le second portant le n°2000-02 du 12 avril 2000 concernait les établissements n'ayant pas signé d'accord d'anticipation et qui sont passés aux 35 heures dans le cadre de la loi AUBRY II :

- passage à la nouvelle durée légale (35 heures) ;
- création d'emplois (pas de quota spécifique à respecter).

Les médecins salariés exerçant dans les établissements adhérents de la FEHAP ont le même statut que l'ensemble des autres personnels et ont donc été soumis aux mêmes dispositions que tous les autres salariés lors du passage aux 35 Heures.

Les accords de type AUBRY I constituent la majorité (75 %). La majorité des accords est entrée en application au cours de l'année 2000.

Les médecins sont, compte tenu de la durée légale hebdomadaire du travail à 35 heures, concernés par un forfait horaire égal à 38 heures hebdomadaires soit 76 heures à la quatorzaine. Pour tenir compte des fluctuations d'horaires dont ils ont toutefois l'initiative, les dépassements de l'horaire légal dans la limite de 6 heures par quatorzaine n'entraîneront, compte tenu du niveau de la rémunération conventionnelle et des jours de repos annuels supplémentaires, ni paiement d'heures supplémentaires, ni majoration pour heures supplémentaires.

Ils bénéficient de 18 jours ouvrés de repos annuels supplémentaires au titre de contrepartie du forfait horaire.

L'ancienneté est neutralisée. Cette participation complémentaire des salariés présents au tableau des effectifs au 1^{er} septembre 1999 et ceux recrutés jusqu'au 31 décembre 2000 s'est faite sous forme de prolongement de la durée de l'échelon dans lequel se trouvait chaque salarié, à concurrence d'une incidence salariale égale à 1,5 % du salaire annuel brut de l'intéressé, hormis les seules primes de nuit, dimanche et jours fériés.

La FEHAP estime que la réduction du temps de travail a généré un potentiel d'embauches de 400 ETP médecins.

1.6.2 Incitations à la mobilité

Le protocole d'accord du 13 mars 2000

Le protocole d'accord du 13 mars 2000 entre le gouvernement et les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers proposent un dispositif d'incitation pour les postes difficiles à pourvoir.

Ce dispositif remplace la mesure existante de primes d'installation.

Ces postes doivent correspondre à des besoins réels de la population dans la spécialité et sur le lieu concerné, appréciés en cohérence avec les SROS. Ces postes doivent être isolés, présenter des difficultés particulières d'exercices et être durablement vacants.

Ce dispositif est destiné aux praticiens venant occuper ou occupant des postes fléchés, dans des établissements désignés, après agrément par les directeurs d'ARH. Il s'agit d'une reconnaissance de la pénibilité de certains exercices.

Les modalités d'engagement

Le dispositif prévoit que le praticien en fonction ou nommé sur ce poste s'engage à exercer pendant cinq années sur ce poste.

En contrepartie de cet engagement, il bénéficie du versement d'une allocation spécifique, non soumise à la cotisation retraite, d'un avancement accéléré de deux ans au terme des cinq années effectuées et de cinq jours ouvrables supplémentaires par an au titre du congé formation.

Le montant de l'allocation versée est de 10 000 € pour un temps plein.

Un praticien ne peut pas signer plus d'un engagement de servir au cours de sa carrière.

Evaluation du dispositif

En 2004, la DHOS réalise l'évaluation nationale de l'efficacité de ce dispositif à l'issue d'une période de trois ans prévue par la circulaire n° DHOS/M3/2001/610 du 12 décembre 2001.

L'analyse ne concerne que les postes plein temps en raison du très faible nombre de postes temps partiel dans le dispositif (< 200) :

- en 2002 : 1 125 postes prioritaires ont été proposés, 2/3 de vacants et 1/3 d'occupés.
- en 2003 : 1 038 postes prioritaires ont été proposés, 4/5 de vacants et 1/5 d'occupés.
- en 2004 : 1 014 postes prioritaires ont été proposés, 8/9 de vacants et 1/9 d'occupés.

Sur les trois ans, le nombre de postes occupés proposés est en diminution régulière. Néanmoins sur la période, 701 praticiens qui occupaient un poste ont bénéficié du dispositif pour rester sur leur emploi.

Pour les postes vacants par contre, la tendance est inverse ; globalement, les régions ont proposé davantage de postes chaque année avec des politiques très hétérogènes selon les régions.

Les postes à recrutement prioritaire se retrouvent dans les régions déficitaires. Ils se retrouvent également dans des disciplines et des spécialités médicales déficitaires : anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, médecine d'urgence, pédiatrie, psychiatrie et radiologie.

Le taux d'attractivité des postes à recrutement prioritaire (PRP) reste nettement inférieur à celui des autres postes pour l'ensemble des régions.

- en 2002, il est pour la France entière, de 32,5 % (PRP) contre 58,5 % (non PRP).
- en 2003, il est respectivement de 26,5 % (PRP) contre 54,5 % (non PRP).
- en 2004, 24,5 % (PRP) contre 52,5 % (non PRP).

Dans les six disciplines ou spécialités déficitaires (anesthésie réanimation, gynécologie obstétrique, médecine d'urgence, pédiatrie, psychiatrie et radiologie), le taux d'attractivité des postes à recrutement prioritaire reste inférieur à celui des postes non prioritaires.

Sur l'ensemble de la période, l'attractivité des postes à recrutement prioritaire n'est pas démontrée ; le dispositif des postes prioritaires ne semble pas avoir corrigé le manque d'attractivité général de certaines régions dans des spécialités ciblées.

Cependant, ponctuellement, il a pu produire des effets positifs, mais mesurés.

Certaines régions ont exprimé un bilan globalement décevant : ainsi la région Rhône-Alpes n'a pas reconduit le dispositif dès la deuxième année.

Pour d'autres (Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Lorraine), il leur semble que le dispositif n'a pas permis l'attraction significative de nouveaux praticiens ; mais établissement par établissement, voire dans

certaines services, le recrutement a pu être amélioré. Il a sans doute permis d'éviter par ailleurs le départ de certains praticiens de leur établissement en difficulté.

En conclusion, le dispositif des postes à caractère prioritaire n'a pas produit les résultats espérés, même si ponctuellement il peut être défendu. Néanmoins, la commission de la démographie médicale note, dans son rapport 2005 que l'inefficacité du dispositif est pour partie imputable aux carences de la diffusion de l'information.

1.7 L'impact du système de formation

1.7.1 Le cursus des études médicales

Les études médicales s'échelonnent sur 9 à 11 ans. Elles sont marquées par un concours, le PCEM1 qui est en fait le concours d'accès aux études médicales et par un examen classant national (ECN) à la fin du deuxième cycle des études médicales (6^{ème} année de médecine).

L'ECN détermine le choix de la filière et le lieu des études de troisième cycle.

Le concours de PCEM1 est assujéti à un numerus clausus qui conditionne le nombre de médecins qui entreront en activité environ dix ans plus tard.

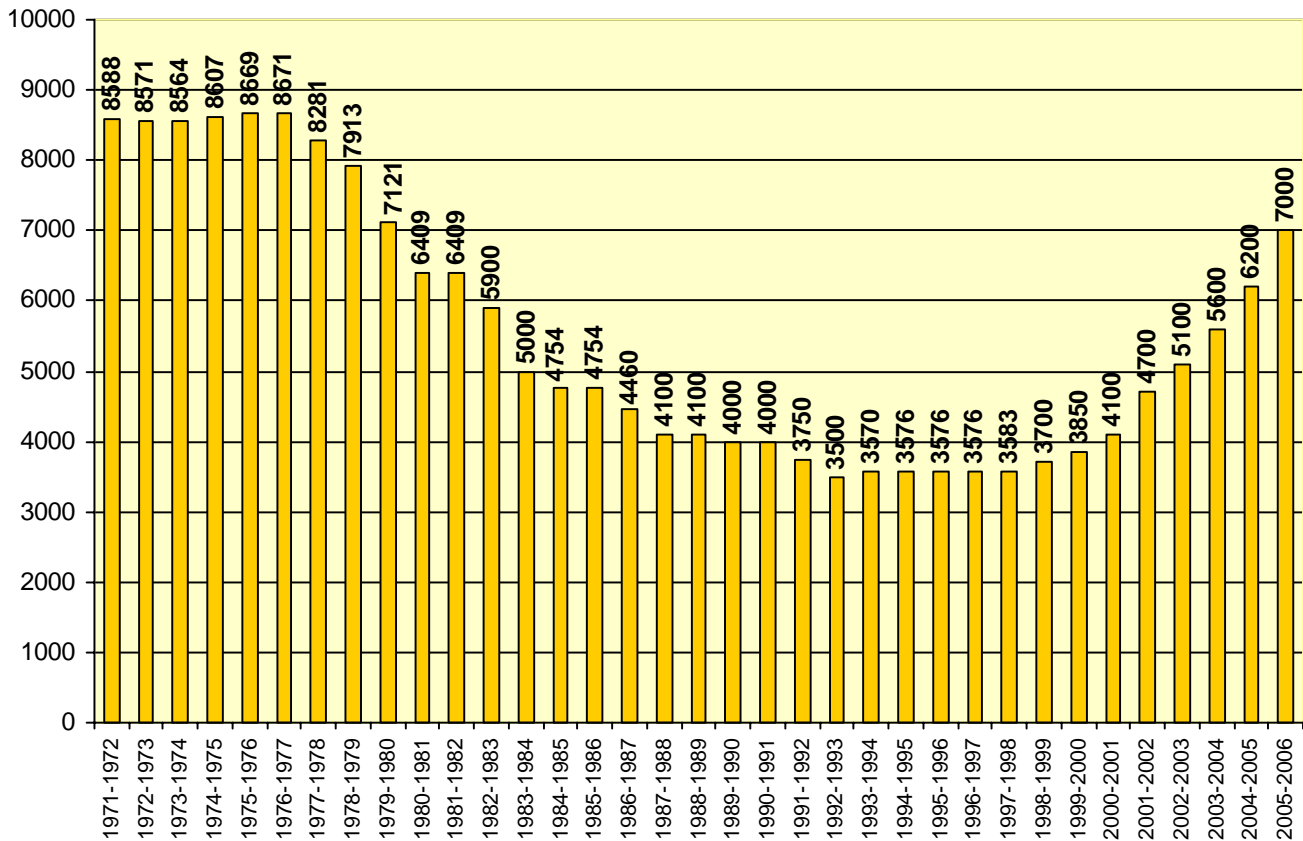
Ce numerus clausus (NC) est fixé chaque année par le ministère de l'éducation nationale et le ministère de la santé.

La répartition du nombre de postes par filière, par région et par faculté au terme de l'ECN est elle aussi déterminée annuellement.

La réduction drastique du numerus clausus dans les années 1992 - 1994 explique que le nombre de médecins entrant en activité actuellement est faible car à peu près égal au numerus clausus d'il y a 10 ans alors qu'il était à son niveau le plus bas.

Cette réduction du numerus clausus explique également le faible nombre d'internes que nous constatons actuellement puisqu'issus des promotions inférieures à 4 000 (graphique 5).

Graphique 5 : Evolution du numerus clausus.



Un certain nombre de remarques ont été faites ces dernières années concernant le déroulement des études médicales dont certaines concernent l'impact sur la démographie médicale tant en terme de répartition géographique que de répartition entre spécialités.

Ainsi, le constat est que les études médicales conduisent à une formation CHU centrée qui n'éclaire pas suffisamment les étudiants sur les grands champs disciplinaires et les différents modes d'exercices. La commission démographie médicale¹⁴ a, en 2005, particulièrement analysé cette question. « Les stages au cours du deuxième cycle des études médicales ne permettent pas aux étudiants de connaître les différentes disciplines. L'exemple de l'anatomopathologie est assez significatif, comme cela avait été identifié par l'ONDPS lors des auditions des professions de santé (rapport 2004 ONDPS). Il en découle un choix non éclairé des étudiants sur leur exercice futur et le risque pour certaines disciplines d'un dangereux effritement, totalement en opposition avec le besoin de santé publique. » « La formation largement centrée CHU a comme inconvénient de ne pas donner à l'étudiant la connaissance d'un exercice autre que spécialisé et très encadré. La conséquence est un souhait des étudiants de rester le plus longtemps possible au CHU et de s'installer autour des facultés de médecine et des CHU ».

1.7.2 L'Examen Classant National est l'objet de nombreuses critiques.

Plusieurs rapports ont souligné à la fois le caractère peu sélectif de l'ECN et son incapacité à réguler la répartition des médecins entre les régions et entre les spécialités.

Le sénateur Giraud¹⁵ écrivait « Tous nos interlocuteurs ont émis de très vives critiques sur l'examen classant national (ECN). Les étudiants ne portent d'attention qu'à la préparation de cet examen qui déterminera le choix d'une spécialité au détriment de leur présence à l'hôpital, ce qui est très préjudiciable. Les candidats connaissent les résultats avant que la Faculté valide ou non leur cursus du deuxième cycle. Certains ne font pas le stage d'été obligatoire s'ils pensent redoubler et tenter leurs chances une deuxième fois à l'ECN en espérant être mieux placés. Les candidats, étant parfois moins nombreux que les postes à pourvoir, on peut être classé avec une copie blanche. Cet examen de plus n'est pas assez discriminant. Les ex æquo sont trop nombreux. En définitive des postes restent vacants, notamment en médecine générale et cela aura des conséquences dramatiques et durables sur la démographie médicale... Le caractère national de l'examen accentue la mauvaise répartition des médecins sur le territoire. Cet examen devrait être interrégional car, à la fin de son internat l'étudiant retourne souvent dans sa région d'origine ou dans celle à laquelle il est attaché. »

Dans son rapport « L'odyssée des ECN »¹⁶, le Professeur André Quinton analyse les épreuves 2005 qui avaient accueilli 4 311 candidats, 590 n'avaient pas obtenu la note moyenne. Le constat est fait que la médecine générale sort dévalorisée des ECN puisque seulement 60 % des postes ouverts sont choisis par les étudiants. Les ECN sont un concours pour certaines spécialités (médicales et chirurgicales), elles ne reconstituent qu'un « banal examen sans autre enjeu que le lieu du temps d'internat pour la médecine générale, la psychiatrie, la médecine du travail ou la santé publique ».

Par ailleurs la Cour des Comptes note notamment que le mode actuel de répartition des internes pose un problème majeur dans la mesure où il ne permet pas de maîtriser la ventilation des futurs médecins spécialistes. En effet, « le nombre de postes est dans la plupart des régions supérieur à celui des internes. Cette marge de manœuvre de 10 à 15 % donne de la souplesse aux internes mais empêche toute régulation fine »¹⁷.

14 Rapport commission démographie médicale – avril 2005

15 Rapport au Premier ministre, Francis Giraud, sénateur « les centres hospitaliers et universitaires, réflexion sur l'évolution de leurs missions », 2006

16 Rapport Pr. André Quinton « L'odyssée des ECN », 2006

17 Cour des Comptes, rapport publique thématique mai 2006 : les personnels des établissements publics de santé

Enfin l'ONDPS dans son rapport 2005 soulignait la nécessité d'envisager une détermination pluriannuelle de la répartition des postes d'internes basées sur une évaluation faite par les comités régionaux de la démographie des professions de santé.

Les tableaux 1.7.1. et 1.7.2. ci-après montrent la répartition du numerus clausus et des postes d'internes dans les régions et les interrégions.

Tableau 1.7.1. : numerus clausus et postes d'internes (hors médecine générale) dans les régions

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Région	Numerus clausus Juin 2004	%	Postes d'internes (Hors MG) 2004	%	% de la population totale
Alsace	187	3,37%	78	3,63%	2,89%
Aquitaine	285	5,14%	95	4,42%	4,91%
Auvergne	129	2,32%	56	2,61%	2,13%
Bourgogne	138	2,49%	60	2,79%	2,60%
Bretagne	239	4,31%	104	4,84%	4,87%
Centre	144	2,59%	67	3,12%	3,98%
Champagne-Ardenne	132	2,38%	58	2,70%	2,13%
Corse					0,44%
Franche-Comté	114	2,05%	60	2,79%	1,83%
Ile-de-France	1288	23,21%	367	17,09%	18,17%
Languedoc-Roussillon	180	3,24%	74	3,45%	3,99%
Limousin	101	1,82%	39	1,82%	1,16%
Lorraine	208	3,75%	85	3,96%	3,73%
Midi-Pyrénées	203	3,66%	90	4,19%	4,37%
Nord-Pas-de-Calais	390	7,03%	159	7,41%	6,45%
Basse-Normandie	127	2,29%	60	2,79%	2,31%
Haute-Normandie	150	2,70%	79	3,68%	2,89%
Pays de la Loire	255	4,59%	123	5,73%	5,41%
Picardie	133	2,40%	73	3,40%	3,00%
Poitou-Charentes	128	2,31%	63	2,93%	2,72%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	390	7,03%	142	6,61%	7,59%
Rhône-Alpes	553	9,96%	186	8,66%	9,51%
France Métropolitaine	5474	98,63%	2118	98,65%	97,09%
Antilles	76	1,37%	29	1,35%	2,91%
France Métropolitaine et DOM	5550	100,00%	2147	100,00%	100,00%

Tableau 1.7.2. : numerus clausus et postes d'internes (hors médecine générale) dans les inter régions en 2004

Champ : France entière (hors services de santé des armées, autres publics et hôpitaux psychiatriques du privés faisant office de public, ex HPP) (Source SAE – Drees)

Interrégions	Numerus clausus 2004	%	Postes d'internes (Hors MG) 2004	%	% de la population totale
1. Nord Ouest (Nord Pas de Calais, Picardie, Basse-Normandie, Haute-Normandie)	800	14,41%	371	17,28%	14,65%
2. Nord Est (Alsace, Lorraine, Champagne Ardenne, Franche Comté, Bourgogne)	779	14,04%	341	15,88%	13,18%
3. Est (Rhône Alpes, Auvergne)	682	12,29%	242	11,27%	11,64%
4. Sud (Languedoc-Roussillon, Corse, PACA)	570	10,27%	216	10,06%	12,02%
5. Sud Ouest (Limousin, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Antilles, Guyane, Réunion)	665	11,98%	253	11,78%	13,35%
6. Grand Ouest (Centre, Poitou-Charentes, Bretagne, Pays de la Loire)	766	13,80%	357	16,63%	16,98%
7. Ile de France	1 288	23,21%	367	17,09%	18,17%
TOTAL	5 550	100,00%	2 147	100,00%	100,00%

Les numerus clausus de chaque région rapportés aux populations (Tableau 1.7.1.) font apparaître des déséquilibres assez marqués. L'Ile-de-France (NC 23,21 % pour une population de 18,17 %), le Limousin et l'Alsace se distinguent par un NC comparativement plus important. A l'inverse, le Centre (NC 2,59 % pour une population de 3,98 %) puis la Picardie, le Poitou-Charentes et les Pays de la Loire ont des NC comparativement plus faibles.

La répartition des postes d'internes (hors Médecine Générale) apparaît plus équilibrée (Tableau 1.7.1.). Certaines régions ont cependant un nombre de postes plus important comme le Limousin, la Franche-Comté, la Haute-Normandie et l'Alsace. D'autres disposent d'un nombre de postes comparativement plus faible comme le Centre, ainsi que la région PACA et dans une moindre mesure l'Ile-de-France.

Au sein des interrégions (Tableau 1.7.2.), les NC apparaissent plus faibles dans le Sud, le Sud-Ouest et surtout le Grand Ouest. L'Ile-de-France est beaucoup mieux dotée. La répartition des postes d'internes montre que le Nord Ouest et le Nord Est sont bien dotés. Le Sud, le Sud-Ouest et l'Ile-de-France sont comparativement moins bien dotés.

Ces données qui datent de 2004 ont quelque peu évolué en 2005 et 2006 mais sans en modifier les grandes tendances. On observe donc au sein des régions que les poids relatifs des NC et des postes d'internes ne correspondent pas. Ce manque de cohérence est regrettable et source vraisemblablement de dysfonctionnement.

A titre d'exemple, l'Ile de France dispose d'un tiers des postes de CCA et AHU et « seulement » de 17 % de postes d'internes (hors médecine générale) ; dès lors, on peut comprendre aisément l'attractivité du post internat en Ile de France.

Ainsi, la formule utilisée par l'IGAS dans son rapport de 2004 sur les conventions constitutives des CHU et reprise par de nombreux rapports, résume parfaitement la situation : « le système de formation produit – pour un coût plus élevé que pour les autres formations- des spécialistes dont on n'a pas forcément besoin, qui s'installent dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires, alors qu'il ne produit pas d'autres spécialistes ou des généralistes dont on a absolument besoin, pour s'installer là où ils seraient indispensables »¹⁸.

1.7.3 Les filières de formation de l'internat posent question.

L'ONDPS a formulé dans son rapport 2004¹⁰ un diagnostic précis sur cette question.

La diminution des flux d'internes en médecine a été inégalement répartie, avec un renforcement de la concurrence entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales.

La baisse des effectifs des étudiants en médecine, qui a résulté de la baisse continue du numerus clausus entre 1977 et 1997, ne s'est pas répercutée de façon homogène. D'une part, le rapport entre le nombre de médecins généralistes et de médecins spécialistes, qui était de 60 sur 40 dans les années 80, s'est inversé dans les années 2000 ; d'autre part, au sein des spécialités la répartition a différemment bénéficié aux unes et aux autres.

Certaines spécialités ont bénéficié de la création d'une filière, d'abord la psychiatrie, la santé publique et la biologie, ensuite la médecine du travail, et récemment en 2000 l'anesthésie réanimation, la gynécologie obstétrique, la gynécologie médicale et la pédiatrie. Les autres spécialités médicales et chirurgicales sont rassemblées dans une filière commune, soit la filière « spécialités médicales », soit la filière « spécialités chirurgicales ». La répartition annuelle du nombre d'internes se fait filière par filière, ce qui conduit à

¹⁸ Rapport IGAS/IGAENR Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, p.59, juillet 2004

¹⁰ Rapport ONDPS 2004. La documentation française. www.sante.gouv.fr/ondps

protéger les disciplines médicales et les disciplines chirurgicales filiarisées aux dépens des disciplines médicales et chirurgicales qui sont rassemblées dans la filière spécialités médicales et spécialités chirurgicales.

Les effets de la concurrence entre spécialités apparaissent d'autant plus forts qu'ils jouent à plusieurs niveaux. Ils se manifestent d'abord sur le choix initial de la spécialité, les spécialités filiarisées, qui bénéficient d'un nombre de places réservées, étant protégées de la concurrence qui s'opère entre les autres.

Un autre élément, qui concerne les procédures de choix de stages par les internes, pourrait également influencer la répartition inégale entre les spécialités. Les politiques régionales de définition des stages validants pour les internes sont très variables. Certaines régions définissent strictement le nombre de ces stages, en adéquation avec le nombre de candidats potentiels. La plupart des régions offrent toutefois un nombre de stages significativement supérieur au nombre d'internes disponibles, à la fois pour maintenir un choix pour les internes et pour ne pas afficher directement la suppression d'un poste d'interne dans un service. Le résultat est que certains services ont beaucoup de difficulté à attirer un jeune interne.

La mission démographie médicale¹⁴ a également évoqué cette question des filières de l'internat et a proposé des mesures concrètes en particulier la substitution aux 11 filières actuelles de 5 filières :

1. Filière médecine : regroupant les filières actuelles, spécialités médicales, gynécologie médicale, santé publique, médecine du travail, anesthésie réanimation.
2. Filière chirurgie.
3. Filière psychiatrie.
4. Filière biologie médicale et recherche biomédicale.
5. Filière médecine générale

La mission préconisait que chacune de ces nouvelles filières devait inclure dans son cursus un tronc commun de formation avant de donner accès aux différentes spécialités dont le schéma de formation devait être redéfini. Elle précisait qu'il était indispensable d'identifier une filière « recherche biomédicale » afin que les jeunes médecins puissent de nouveau investir les domaines de la recherche médicale.

¹⁴ Rapport de mission « démographie médicale » - avril 2005

2. Les évolutions annoncées

2.1 Les évolutions démographiques

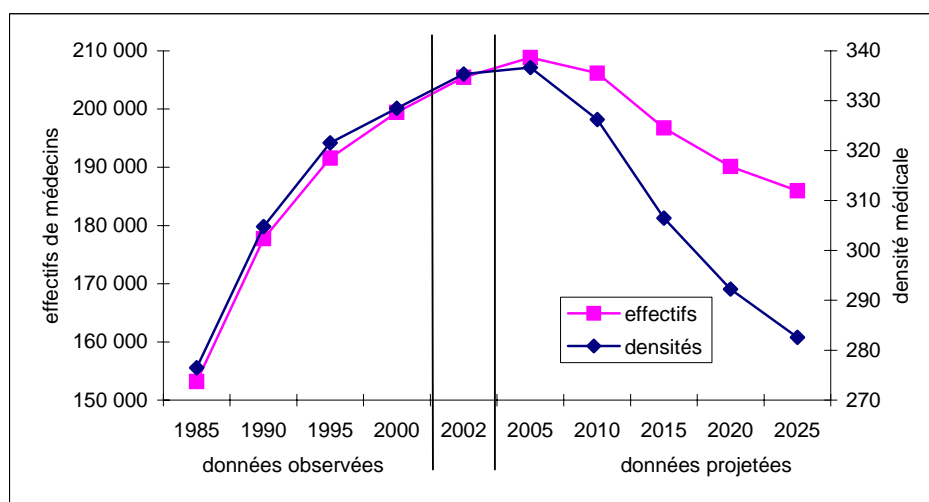
Les rapports 2004 et 2005 de l'ONDPS ont, avec la DREES, particulièrement analysés les évolutions prévisibles tant en terme d'effectifs que de modes d'exercice et de pratiques de la profession médicale. Les éléments indiqués dans ce chapitre concernent en général l'ensemble des médecins, y compris ceux ayant une activité de ville. Cela résulte de l'absence de données spécifiques aux établissements de santé mais aussi du fait qu'un certain nombre de constats s'applique de façon similaire à l'ensemble du personnel médical sans qu'il soit utile de distinguer les modes d'exercice.

2.1.1 *Les effectifs des médecins et la densité médicale vont considérablement diminuer, la profession va se féminiser.*

Le nombre de médecins en activité en France diminuera passant de 205 864 au 1^{er} janvier 2005 à 180 000 en 2025, soit une baisse de près de 10 %. La densité médicale projetée diminuerait d'avantage, de près de 16 % passant de 340 à 283 en 2025 du fait de l'augmentation de la population française pendant la même période.

Elle retrouverait ainsi en 2025 un niveau équivalent à celui du milieu des années 1980 alors que la demande de soins sera probablement bien plus importante et le temps médical consacré par chaque médecin à son exercice, moindre (graphique 6).

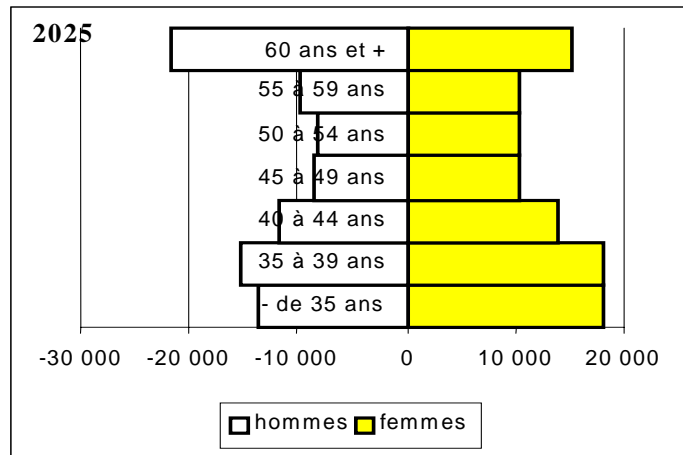
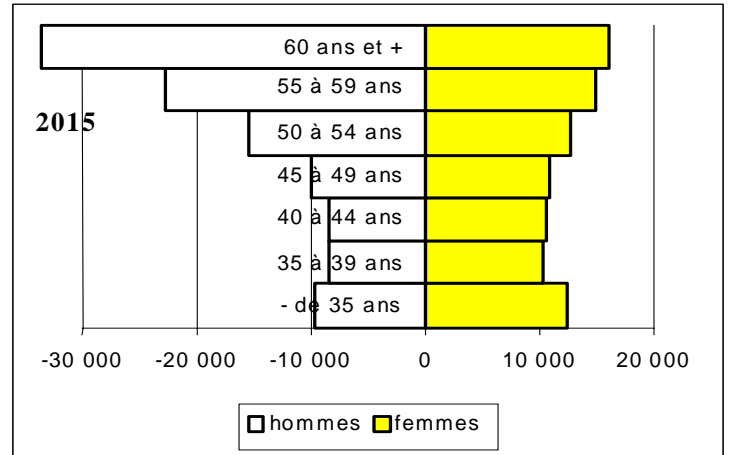
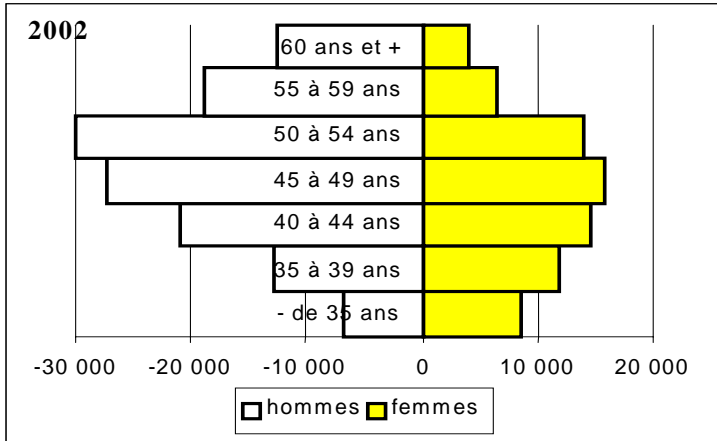
Graphique 6 : Evolution des effectifs et de la densité médicale entre 1985 et 2025 (rapport ONDPS 2004, tome 2).



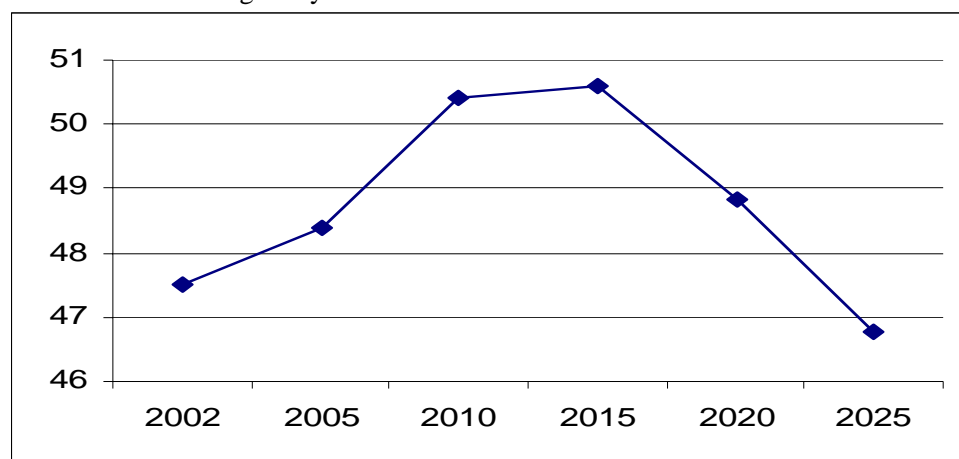
L'âge moyen des médecins actuellement de 48,5 ans atteindra 50,6 ans en 2015.

Le vieillissement des médecins va être sensible jusqu'à l'année 2015 avant de régresser pour atteindre en 2025 un âge moyen inférieur à 47 ans (graphique 7 et 8).

Graphique 7 : Evolution de la pyramide des âges des médecins entre 2002 et 2025.
(Rapport ONDPS 2004)



Graphique 8. : Evolution de l'âge moyen des médecins en activité

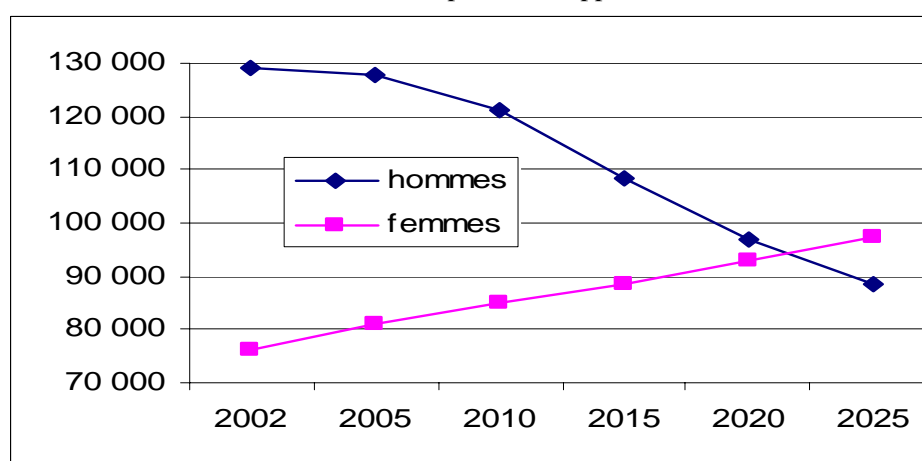


L'évolution sera marquée par une forte féminisation des médecins.

Au sein des médecins, le nombre d'hommes diminuera sensiblement avec une baisse de l'ordre de 30 % d'ici à 2025, les femmes médecins augmenteraient de 28 % (graphique 9). Dans les années 2020, il y aura autant de femmes médecins que d'hommes médecins (graphique 9) alors que le taux de féminisation n'était que de 13,7% en 1968.¹⁹ Or, il ressort d'une étude de la DREES que les femmes consacrent, toutes choses égales par ailleurs, environ 6 heures de moins par semaine que les hommes à leur exercice professionnel médical²⁰.

Ceci étant, il existe quelques incertitudes qui pèsent sur les comportements ainsi entre 1983 et 2004, la croissance des honoraires moyens des omnipraticiens (+27,5 % en euros constants) a été assortie d'une diminution de leur dispersion. Elle a en effet surtout bénéficié aux médecins dont les honoraires se situaient dans le bas de la distribution, au sein desquels les disparités se sont en outre réduites. La hausse de l'activité féminine s'est accompagné d'une croissance prononcée des honoraires des omnipraticiennes sur la période (+ 41 % contre + 4 % pour les hommes), et d'une homogénéisation des honoraires perçus par les femmes médecins²¹.

Graphique 9 : Evolution du nombre de médecins par sexe (rapport ONDPS 2004)



¹⁹Rapport conjoint IGAS/IGF – 1997 – <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974071590/index.shtml>

²⁰ Vilain A. et Niel X. : « le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques », DREES, Etudes et résultats n° 114, 2001.

²¹ DREES – Etudes et résultats n° 482 – avril 2006

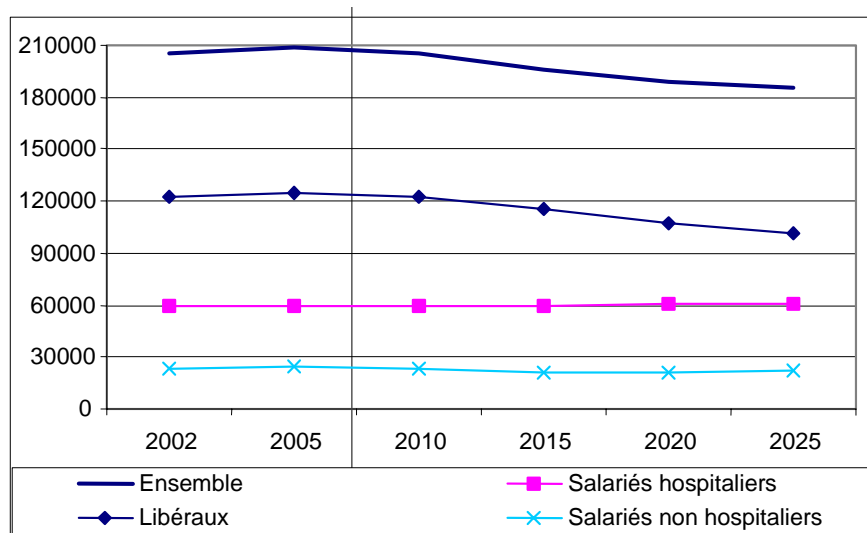
2.1.2 A l'horizon 2025 le secteur salarié hospitalier pourrait être moins affecté que le secteur libéral par la diminution des effectifs de médecins.

Selon les résultats d'analyses menées par la DREES et rapportées en 2005 par l'ONDPS ; le secteur salarié hospitalier serait protégé d'une baisse de ses effectifs contrairement au secteur libéral.

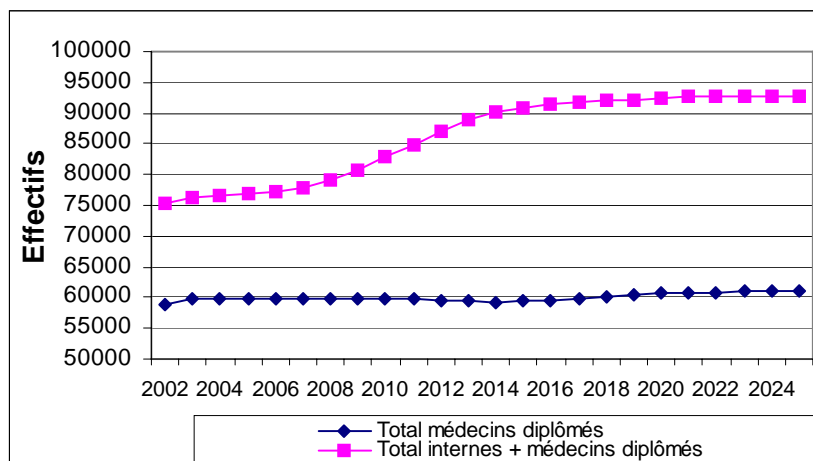
Les projections démographiques par modes d'exercice permettent de situer les tendances qui pourraient caractériser les modalités de partage de l'exercice médical à l'horizon 2025. Les résultats de ces projections attirent particulièrement l'attention sur les effets extrêmement contrastés que pourrait avoir la diminution du nombre de médecins. A comportements (notamment d'installation) constants et sans tenir compte de la limitation du nombre de postes hospitaliers ou encore de l'impact que pourraient avoir sur l'attractivité du secteur libéral les nombreux départs des médecins libéraux, la diminution de 10 % du nombre de médecins affecterait, avec une ampleur beaucoup plus importante, le secteur libéral (-17 %) que le secteur salarié non hospitalier (- 8 %). Le secteur salarié hospitalier verrait ses effectifs augmenter de 4 % sur la période, du fait notamment d'un moins grand nombre de cessations d'activité dans ce secteur (graphiques 10 et 11).

La situation plus favorable que pourrait connaître le secteur salarié hospitalier au vu de ces projections appelle un examen plus détaillé. La progression de l'effectif global constitue sans doute un préalable, mais elle ne garantit pas que les flux s'orienteront de façon satisfaisante dans les spécialités, les structures ou les territoires dans lesquels des besoins se font sentir.

Graphique 10 : Evolution des effectifs des médecins : évolution des effectifs de médecins par mode d'exercice à l'horizon 2025 selon les hypothèses de la variante retenant un ratio nombre de place de spécialistes aux ECN sur numerus clausus cinq ans auparavant égal à 60 % (ONDPS 2005).



Graphique 11 : Evolution du nombre de soignants de 2002 à 2025

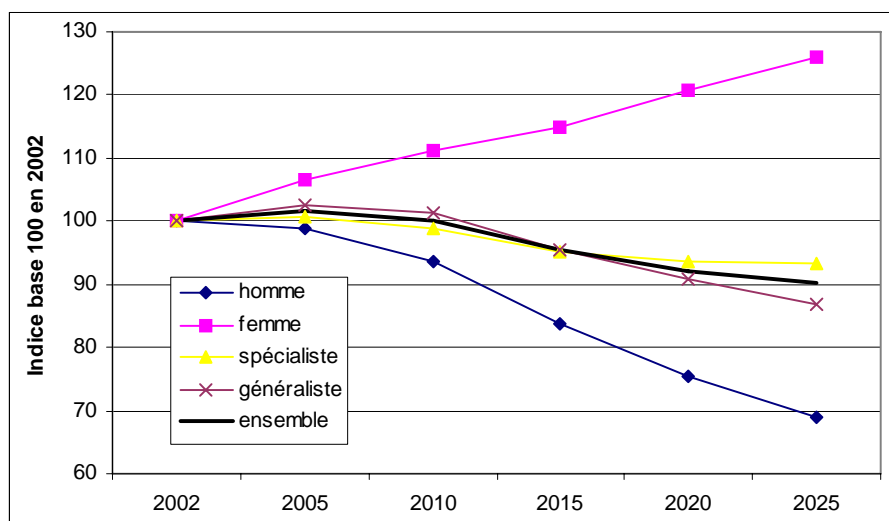


Anne Billaut du bureau des professions de santé de la DREES a apporté, pour le rapport 2005 de l'ONDPS une analyse des projections médicales hospitalières à l'horizon 2025.

En 2025, les médecins salariés hospitaliers représenteraient un tiers des effectifs médicaux, contre 29 % en 2002. Ils seraient alors un peu plus âgés que la moyenne : 47,2 ans contre 46,8 ans pour l'ensemble des médecins et présenteraient une pyramide des âges en forme de sablier : un tiers des médecins hospitaliers auraient ainsi moins de 40 ans et un autre tiers plus de 55 ans.

Les femmes, en constante augmentation sur cette période contrairement aux hommes et attirées dans les mêmes proportions par la carrière en hôpital, deviendraient quant à elles majoritaires dans ce secteur à partir de 2020 et représenteraient ainsi 52 % des effectifs hospitaliers en 2025, contre 40 % fin 2002 (graphique 12).

Graphique 12 : Evolution des effectifs des médecins salariés hospitaliers (hors internes) par genre et qualification (rapport ONDPS 2004).



2.2 Les évolutions organisationnelles

2.2.1 *La nouvelle gouvernance*

Dans l'ensemble, la nouvelle gouvernance apparaît notamment aux médecins, comme un moyen de reprendre toute leur place dans le processus décisionnel des établissements publics.

Elle apparaît comme pouvant offrir un champ de décision plus important qu'auparavant en remettant les médecins au centre de la gestion.

D'autres avis moins nombreux estiment que la nouvelle gouvernance ne contribue nullement à instaurer une démocratie participative d'autant que le pouvoir de la CME va disparaître et marque simplement la substitution d'une pyramide par une autre.

La question des pôles et de l'avenir des services est plus débattue.

Beaucoup reconnaissent le caractère structurant des services, notamment dans l'objectif de rendre visible les disciplines et de leur conférer une attractivité au travers d'une culture d'école.

Pour beaucoup de jeunes médecins, la fonction de chef de service a encore une connotation psychologique très forte et constitue un « bâton de maréchal » indispensable à la réussite d'une carrière et donc un objectif à atteindre dans la fonction publique.

Les problèmes pourraient naître de la prise de conscience de la position hiérarchique conférée par les textes aux chefs de pôles, même s'il n'y a pas superposition des missions, celle de chef de pôle étant davantage tournée vers la gestion. Ceci étant, il est aussi exprimé le risque non négligeable pour les chefs de pôles d'être mis en difficulté vis-à-vis de leurs collègues médecins.

Les étudiants en formation n'ont actuellement pas d'avis bien précis et ne peuvent savoir si cette nouvelle gouvernance des établissements donnera un caractère attractif à l'exercice hospitalier public pour les nouvelles générations.

2.2.2 *Le compte épargne temps*

Une grande souplesse d'abondement et d'utilisation

Comme nous l'avons décrit précédemment les dispositions réglementaires relatives au CET (articles R. 6152-702 à R. 6152-711 du Code la santé publique – nouvelle partie réglementaire) sont applicables aux différents statuts hospitaliers à l'exception des praticiens contractuels et des hospitalo-universitaires.

Le CET peut être alimenté par les 20 jours de réduction du temps de travail - proratisés selon la quotité de travail -, mais également par le report de congés annuels (sans que le nombre de jours de congés annuels pris dans l'année puisse être inférieur à 20) et le report de jours de récupération de temps de travail additionnel non indemnisés.

Le plafond annuel de dépôt est fixé à 30 jours et le CET est ouvert pour une durée de 10 ans, de manière glissante : le praticien peut solder la totalité des droits acquis au terme de la période de 10 ans ; il peut également exercer ses droits progressivement et, dans ce cas, les droits acquis au titre du CET au cours d'une année sont soldés avant l'expiration d'un délai de 10 ans à compter de leur année de dépôt.

Une « bombe à retardement »

Cette souplesse d'utilisation du compte ainsi que le nombre et la nature des jours déposables, rend particulièrement difficile la prévision et la modélisation des modalités selon lesquelles les praticiens vont exercer leurs droits. En tout état de cause, le montant total que pourra atteindre le CET (300 jours ouvrés) suffit à alerter sur le niveau des dépenses à provisionner.

En effet, dans l'esprit de la nomenclature comptable et des dispositions de la circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n°2003-533 du 19 novembre 2003 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable qui imposait la mise en provision des crédits spécifiques compensant une partie de la charge des CET, il appartient aux établissements de santé de provisionner la dépense future qu'induit l'utilisation ou le solde des CET par les agents bénéficiaires.

Par ailleurs, les incidences en termes de besoins en personnel de remplacement vont venir aggraver la crise démographique lorsque se produiront les départs massifs à la retraite de certaines classes d'âge, en permettant d'avancer la date de départ effectif d'un an et demi dans le cas d'un abondement maximal du CET. Les praticiens ayant ouvert ce CET en 2002, les effets peuvent fortement se ressentir à partir de 2012.

Quelques données chiffrées :

Dans le rapport 2006 sur les CET des personnels médicaux et non médicaux dans les établissements de santé, Dominique Acker rapporte qu'au 31 décembre 2005 ce sont 898 903 jours qui sont épargnés soit l'équivalent de 4 343 années de praticiens temps plein (probablement 4 600 avec les données manquantes).

Si le taux d'attractivité pour le PH temps plein et temps partiel en 2002 était de 58,7 %, il est passé à 62 % en 2005. A l'AP-HP, pour les PH temps plein, il est passé de 77 % à 86 %. Le lien entre recours au CET et densité médicale ne semble pas probant. Le nombre moyen de jours épargnés pour l'ensemble des régions passe de 11, la première année, à 23 jours en 2005.

2.2.3 La restructuration territoriale de l'offre de soins

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3ème génération (SROS 3) dessinent de nouveaux espaces pour la planification et la régulation de l'offre de soins hospitalière.

Les SROS 3 sont établis à un double niveau :

- régional,
- par territoire de santé.

Ils sont par ailleurs complétés par une approche interrégionale : celle des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) pour la neurochirurgie et neuroradiologie, le traitement des grands brûlés, la chirurgie cardiaque et les transplantations et greffes.

La réflexion sur la démographie médicale hospitalière doit donc être envisagée à ce triple niveau : interrégional, régional, territorial.

Le niveau du territoire est la base de l'organisation des soins et celui pour lequel les problèmes de démographie médicale risquent de poser le plus de difficultés, du fait même qu'il s'agit de la zone géographique la plus petite.

En effet, l'ordonnance du 4 septembre 2003 de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations remplace les « secteurs sanitaires » par les « territoires de santé ». Au delà du simple changement de dénomination, il s'agit de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales indépendamment des limites administratives. Cette démarche était déjà en filigrane dans plusieurs SROS dits de 2^{ème} génération

et servait de base de travail à l'élaboration des SROS 3 qui était en cours. Ceci montre bien que cette notion était ressentie comme nécessaire et pertinente par les acteurs de terrain de la planification.

Ces territoires doivent également être de véritables lieux de concertation au sein desquels les établissements et les professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopération, dans un véritable projet médical de territoire dont ils seront les acteurs de la mise en œuvre. Les projets individuels des établissements et des professionnels doivent être en cohérence avec ce projet médical de territoire. Pour répondre de façon coordonnée aux besoins de santé de la population, cette démarche engage à développer les coopérations dans une prise en compte des contraintes liées à la démographie médicale mais aussi dans une approche volontariste permettant d'assurer aux professionnels de santé des conditions d'exercice professionnel de qualité : travail en équipe, accès aux structures disposant de plateaux techniques et de possibilités diagnostics et thérapeutiques, conditions de travail et de vie satisfaisantes excluant les gardes ou astreintes trop rapprochées. Soulignons que la qualité des conditions d'exercice influe très positivement sur la sécurité et la qualité des soins. L'exercice isolé ne correspond plus ni aux évolutions de la médecine qui se technicise, s'informatise, se spécialise ni au souci de sécurité des soins, ni aux appétences et souhaits des jeunes praticiens. Ainsi les coopérations inter établissements sont également un gage de meilleure attractivité vis à vis des praticiens y compris et peut être surtout pour les structures les plus petites.

Néanmoins, en l'état actuel des choses, cette démarche d'élaboration de projet médical coordonné et sa mise en œuvre concrète repose sur la « bonne volonté » des acteurs et l'appropriation de cette évolution par ceux-ci. Or si la coopération ne peut pas se décréter et doit s'appuyer sur une participation active des acteurs à l'élaboration des modalités concrètes de sa mise en œuvre, la question est posée de savoir si l'on peut maintenant se contenter d'attendre que s'expriment ces « bonnes volontés » au gré des territoires ou si l'on doit avoir une politique plus volontariste d'incitation mais aussi d'accompagnement, de soutien et d'aide, notamment par une simplification des procédures et des statuts juridiques et réglementaires tant des structures que des praticiens.

2.3 L'évolution des pratiques

Dans son rapport 2004, l'ONDPS a particulièrement étudié cette question.

Nous ne ferons que reprendre l'analyse très complète qui en a été faite.

2.3.1 La demande et les modalités techniques de soins se transforment et font évoluer les ressources soignantes nécessaires.

Les transformations de l'activité soignante proviennent d'abord des évolutions démographiques de la population. Le vieillissement global de la population se traduit par un vieillissement des malades, qui accroît la demande de soins et transforme également les modes de prise en charge.

D'autres facteurs modifient également les conditions de la prise en charge. Quelques exemples permettent d'illustrer ce changement, ils se rapportent à la diminution des durées de séjour, à la médicalisation des prises en charge, aux exigences de sécurité et de qualité, et à l'augmentation des potentialités technologiques.

Le nombre global des journées d'hospitalisation, même si l'on ajoute les hospitalisations de jour, est, tendanciellement, en décroissance (- 4,4 % de 1998 à 2002) ; et le nombre de séjours hospitaliers davantage encore. Néanmoins, il apparaît que l'intensité en travail soignant d'une journée d'hospitalisation a augmenté et que les différents indicateurs ne rendent pas compte du travail réalisé par un nombre de professionnels de santé. Le temps accordé au patient est forcément réduit lors des courts séjours, or ce facteur constitue un attribut important de la perception du métier par le professionnel de santé.

Par ailleurs, la diminution des durées de séjour hospitalier implique une progression de l'activité dans d'autres secteurs, comme le secteur médico-social (en lien avec le vieillissement de la population) ou le secteur ambulatoire : le développement du court séjour, de l'hôpital de jour, de la chirurgie ambulatoire conduisant à déplacer des tâches traditionnellement assurées pendant le séjour, en amont et en aval de celui-ci.

Enfin, la part prise par l'activité des services d'urgence constitue un point particulièrement important à souligner. Le taux annuel de passage aux urgences, c'est-à-dire le nombre de passages aux urgences rapporté à la population au 1^{er} janvier de l'année, est passé de 17,5 % en 1996 à 23 % en 2002²².

La question de la médicalisation des prises en charge, c'est-à-dire de tout ce qui recouvre le contenu médical des interventions, renvoie à deux phénomènes contrastés. Le premier implique un accroissement des prises en charge médicales et peut être illustré par l'exemple de la grossesse ; le second renvoie à une remise en question des modes de prise en charge actuels, c'est le cas en santé mentale.

Les exigences accrues en matière de sécurité des prises en charge conduisent, quant à elles, à adopter des raisonnements en terme de seuil minimum de compétences. Ce seuil peut d'abord correspondre à un nombre minimal d'actes ou de patients. Il peut également renvoyer à un nombre minimal de praticiens, en deçà duquel des coopérations et des complémentarités indispensables à l'exercice ne sont pas envisageables. Des normes, édictées au niveau national et au niveau européen, définissent souvent ces pratiques de sécurité.

La sécurité de prises en charge se traduit également par la progression de tâches, généralement qualifiées d'administratives de par leurs caractéristiques, mais qui participent dorénavant d'une démarche de qualité et font partie intégrante du processus de soins. Il est probable que certaines de ces tâches vont continuer à se développer, en lien avec l'accroissement des démarches de contrôle qualité, de sécurisation des traitements, de protocoles, d'évaluation.

Les progrès scientifiques et les potentialités technologiques modifient aussi la nature des interventions des professionnels de santé. Ceux-ci ont souligné, lors des auditions, le temps grandissant pris par certaines techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétations et d'échanges. Le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose maintenant sur des outils technologiques dont le coût et l'utilisation exigent une mutualisation des savoir-faire. L'utilisation adéquate de ces possibilités technologiques implique également que soit préservée une part de l'activité programmée, afin de préserver le maintien des compétences spécialisées. Certains exercices, au dire des spécialités, en particulier les chirurgiens, requièrent impérativement le maintien d'une activité programmée²³. Plus largement, le déséquilibre entre activité programmée et activité en urgence au sein de l'hôpital peut être lu à la fois comme le résultat de certaines tensions et comme un facteur de tensions dans l'organisation, et pour l'accueil des patients.

L'augmentation du parc d'équipements suppose la présence d'un plus grand nombre de collaborateurs susceptibles d'en permettre l'utilisation, comme le montre le cas des manipulateurs d'électroradiologie médicale avec l'augmentation du parc des équipements lourds (IRM, TEP, équipements de radiothérapie).

2.3.2 Les comportements relatifs au choix d'activité professionnelle et d'exercice se transforment

Les variables sociodémographiques comme la féminisation ou le vieillissement des professions de santé ont à l'évidence un impact sur l'offre de l'activité de soins, mais les comportements de tous les professionnels se transforment au cours du temps et semblent sensibles à la fois aux évolutions de la demande de soins et à l'environnement de l'exercice. Il est donc essentiel de comprendre ces changements de comportements pour anticiper l'offre de soins qui sera effectivement disponible, car ils produisent des effets dont on ne saisit la portée qu'après coup. La prise en compte des aspirations et des comportements

²² Source SAE DREES

²³ *La chirurgie française en 2003. Les raisons de la crises et les propositions*, rapport présenté par le Pr Jacques Domergue et le Pr Henri Guidicelli à l'attention du Ministre, février 2003.

doit permettre d'apprécier de façon prospective la disponibilité des personnels dans chaque profession, et de mieux qualifier le degré d'attractivité des métiers ou des secteurs d'exercice.

L'augmentation de la proportion des femmes dans le corps médical pourrait notamment contribuer à faire évoluer fortement la répartition du mode d'exercice. Jusqu'à présent, les femmes privilégient en effet l'exercice salarié, ce qui conduirait, puisque leur nombre s'accroît fortement, à concentrer la majeure partie de la baisse à venir des effectifs sur l'exercice libéral, si leur comportement se maintenait à l'identique.

L'accroissement de la mobilité professionnelle des personnels de santé, c'est-à-dire les changements d'employeurs ou de secteur d'activité qui interviennent au cours de carrière, constitueraient également un facteur susceptible d'infléchir la structure de l'offre de soins, dans un contexte marqué par un marché du travail où certaines professions sont en position favorable vis-à-vis de la demande.

La durée des carrières apparaît aussi comme une variable de modulation qui peut jouer soit à travers les changements de trajectoires d'exercice, comme on a pu le voir pour les médecins généralistes qui ont des durées d'exercice en médecine générale plus courtes que leur durée de carrière en médecine.

Il est probable que, dans la réalité, les comportements connaîtront aussi une inflexion, sous l'effet du développement des cabinets de groupe souhaité par les professionnels exerçant en libéral, qui aspirent à des conditions de travail plus proches de celles considérées comme normales pour les salariés.

Les décisions publiques relatives au nombre de postes pourraient également évoluer en rééquilibrant la répartition entre exercice salarié et exercice libéral. Il n'en reste pas moins que la tendance à l'œuvre défavorise fortement la ville au profit de l'hôpital et pourrait prendre, s'il n'y était pris garde, à contre-pied les orientations retenues actuellement pour assurer une meilleure prise en charge des patients en ville.

2.4 La délicate question de l'avenir de la médecine générale

Les travaux de l'ONDPS en 2004 puis 2005 ont donné de plus en plus d'acuité à une interrogation forte sur l'avenir de la médecine générale et sur les risques de contradiction entre le rôle pivot que lui accordent les politiques publiques et la désaffection dont elle pâtit aujourd'hui.

Plusieurs éléments convergent pour dessiner un déclin quantitatif de l'exercice de la médecine générale.

Les projections effectuées par la DREES en 2005 pour envisager des scénarii d'évolution des effectifs médicaux soulignent le recul marqué de l'effectif des généralistes auquel pourraient conduire les tendances actuelles. Dans la variante retenue en 2005, avec un partage généralistes/spécialistes de 40/60 % à l'ECN, leur nombre diminuerait d'ici 2025 de 13 % contre 7 % pour les autres spécialistes²⁴. Les généralistes représenteraient alors 47 % des médecins contre 49 % en 2002.

La poursuite de ce scénario est sans doute peu vraisemblable compte tenu de ses conséquences mais il a le mérite d'illustrer quel pourrait être l'aboutissement des tendances actuelles.

Quels sont les mécanismes à l'œuvre pour expliquer le recul de la médecine générale?

Un tarissement du flux des renouvellements du fait d'une grande difficulté à pourvoir les postes offerts à l'examen classant national, compte tenu des règles actuelles de cet examen qui permettent qu'un nombre élevé de postes ne reçoivent pas de candidats en affectation.

Peu d'entrées donc [...] et beaucoup de sorties. Celles-ci peuvent intervenir avant même toute prise de fonction, avec une forme de réorientation initiale permise désormais par une inscription en DESC dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Les réorientations se font aussi tout au long de la carrière comme le montrait une étude du CREDES (actuel IRDES) sur la carrière libérale des médecins généralistes qui soulignait que, pour un généraliste sur cinq, la carrière en tant que médecin libéral ne dépassait pas dix-huit ans. Ces sorties sont facilitées par les passerelles universitaires qui permettent

²⁴ Les projections faites en 2004 sur la base d'une hypothèse de 50/50 à l'ECN conduisaient à une baisse bien moindre de 3%.

d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée (exemple DIU de médecine physique et de réadaptation) mais également par l'existence de passerelles hospitalières grâce auxquelles un omnipraticien peut exercer à l'hôpital soit en médecine d'urgence ou en gériatrie, soit même dans le cadre de la spécialité de psychiatrie au bénéfice des dérogations accordées pour passer le concours de praticien hospitalier dans cette spécialité.

En conséquence, une part importante des 100 000 omnipraticiens recensés a une activité autre que la médecine générale. Dans le fichier Adeli, seuls environ 80 000 d'entre eux déclarent un exercice en médecine générale, dont 24 700 salariés. En ce qui concerne les libéraux, les données de la CNAMTS, permettent de recenser un nombre de 54 405 généralistes effectivement en activité en se basant sur le décompte des actes de généralistes présentés par les patients au remboursement¹⁰.

Il existe un faisceau d'explications pour cette désaffection de la médecine générale, les professionnels mettent en avant trois types d'arguments :

- la méconnaissance du métier induite par l'organisation actuelle des parcours d'étudiants et par l'insuffisance des stages de médecine générale ;
- la pénibilité de l'exercice générée par les conditions de travail et les horaires, d'autant plus lourds qu'un professionnel est isolé et compense par sa sur activité les faiblesses de l'offre alentour ;
- le manque de perspectives et de possibilités d'évolution de carrière qui explique que, pour se ménager une seconde carrière, certains généralistes s'orientent vers un exercice hospitalier hors de la médecine générale, d'autres vers la santé publique ou la médecine du travail, certains enfin vers un exercice libéral particulier.

Une telle évolution est susceptible de contrarier les politiques publiques.

En effet une telle évolution de la médecine générale tranche avec les rôles accrus que les politiques publiques lui confèrent ou sont susceptibles de lui donner. Alors que, selon l'enquête santé de 2003, 71 % des premiers recours se font déjà chez les généralistes²⁵, une place accrue est accordée aujourd'hui au médecin traitant. La volonté d'organiser autour de lui les trajectoires de soins témoigne des attentes à l'égard du médecin généraliste pour la rationalisation des parcours et pour l'optimisation des soins apportés à un patient.

En ce qui concerne la médecine générale dans les établissements hospitaliers, la question posée est de savoir quelles sont les fonctions et surtout l'activité exercée par les médecins qualifiés en médecine générale salariés des établissements. Le référencement exact est aujourd'hui impossible même si l'on sait que bon nombre de médecins généralistes exercent aux urgences des établissements et en gériatrie mais il en existe également qui assurent des fonctions d'autres spécialités notamment en cancérologie.

¹⁰ Rapport ONDPS 2004. Page 30, tome 1. La documentation française. www.sante.gouv.fr/ondps

²⁵ Boisguérin, D.Raynaud Les trajectoires de soins en 2003, Etudes&Résultats, N°463, février 2006

3. Eléments de comparaison avec des pays européens concernant les établissements de santé et la démographie hospitalière

L'organisation hospitalière au sein des pays de l'Europe (CEE) est loin d'être uniforme tant en ce qui concerne l'offre de soins que par la nature des tutelles, l'administration et aussi par rapport à la densité médicale.

Il n'est que peu de sources exploitables pour connaître les démographies médicales et observer leur évolution. Les particularités locales rendent très difficiles les comparaisons et on doit se contenter de statistiques globales voire de simples tendances.

Pour avoir un aperçu qui apporte quelques éléments utiles à la réflexion, nous nous sommes attachés à obtenir des données concernant des pays proches de notre niveau socio-économique mais qui pouvaient différer par leur politique sociale. Nous avons choisi l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Espagne, la Suède et la Finlande.

3.1 Statistiques médicales globales

La densité médicale globale dans chacun des pays étudiés est relativement identique si l'on excepte le Royaume-Uni. Elle est comprise entre 316 et 337 médecins pour 100 000 habitants.

Les nombres peuvent varier avec les sources, selon qu'elles prennent en compte tous les médecins ou seulement les médecins prescripteurs et selon qu'elles comprennent ou non les odontologistes.

Nous avons retenu la statistique qui paraissait avoir utilisé les mêmes critères pour tous les pays (Tableau 3.1.1.)

Tableau 3.1.1.

	Année de référence	Nombre de médecins	/100 000 habitants
France	2004	203 487	337
Allemagne	2003	277 885	337
Espagne	2003	135 800	330
Suède	2002	29 122	328
Finlande	2002	16 446	316
Royaume-Uni	1997	133 641	230

Source : WHO 2006²⁶

²⁶ WHO : the World Health report 2006

3.2 Les établissements hospitaliers

3.2.1 Nombre d'hôpitaux et de lits

Une statistique récente²⁷ apporte des chiffres intéressants quant au nombre d'hôpitaux et de lits mais pas toujours comparables compte tenu de définitions différentes selon les pays à propos des « soins aigus » par rapport à l'hébergement au long cours ou aux lits de réadaptation (Tableau 3.2.1).

Tableau 3.2.1.

	Nombre d'Hôpitaux	Nombre de lits aigus	Lits/1000 habitants
France	3 055* dont 1 031 publics	235 800 (65 % publics)	4 %
Allemagne	3 600	516 200 (77 % publics)	6,3 %
Espagne	799 dont 359 publics	122 000 (67 % publics)	2,5 %
Suède	80	20 400 (81 % publics)	2,3 %
Finlande	391 dont 61 publics	12 000 (97 % publics)	2,3 %
Royaume-Uni	721 dont 481 publics (trusts)	230 000 (96 % publics)	2,4 %

* 2024 privés dont 772 PSPH. 1 211 à but lucratif.

Source : Dexia 2006²⁷

Il existe une véritable évolution du nombre de lits aigus si l'on en juge sur quelques exemples (Tableau 3.2.2.)

Tableau 3.2.2.

	1990	2000	2006	%
France	292 852	240 772	235 800	20 %
Allemagne	817 692	749 473	516 200	35 %
Royaume-Uni	340 000	243 000	230 000	30 %

Source : CREDES 2004

Source : Dexia 2006²⁷

3.2.2 La répartition public/privé

Dans tous les pays étudiés, il existe une coexistence d'hôpitaux publics, d'hôpitaux privés à but non lucratif (certains participant au service public hospitalier) et d'hôpitaux privés à but lucratif. Cependant, en Finlande, par exemple, les établissements privés, s'ils paraissent nombreux, ne possèdent que peu de lits aigus et il en est de même au Royaume Uni et en Suède. Pour ce dernier pays, on assiste depuis peu à un accroissement rapide du secteur privé, si bien qu'en 2001, le Parlement a voté une loi interdisant tout transfert de l'hôpital public vers le secteur privé.

²⁷ Les hôpitaux dans les 25 pays de l'Union Européenne – Dexia – Mars 2005

3.3 La démographie médicale hospitalière

→ Nous avons retenu deux statistiques, l'une de l'année 2002²⁸ et l'autre de 2005²⁷ pour permettre, autant que faire se pouvait, des aperçus évolutifs et surtout disposer de 2 paramètres : le nombre de médecins hospitaliers rapporté à la population générale et le pourcentage d'hospitaliers par rapport à la population médicale (Tableau 3.3.1.)

Tableau 3.3.1.

	année de référence	nombre de médecins hospitaliers	/ 100 000 habitants	année de référence	nombre de médecins hospitaliers	% du nombre total de médecins
France	2003	56 851	94	2005	22 700**	16 %
Allemagne	2001	130 822		2005	104 000	38 %
Espagne*	1998		110	2005	54 750	47 %
Suède	2002	13 500	150	2005		
Finlande	2002	7 000	135	2005	8 700	53 %
Royaume Uni	2002	77 031	156	2005		67 %

* (secteur public) Source : HOPE 2004²⁸

** praticiens hospitaliers Source : Dexia 2006²⁷

→ L'attractivité des hôpitaux reste, pour les médecins, toute relative. Si on comprend bien que, du fait de la durée d'inoccupation d'un poste lors d'un changement de titulaire, il existe un nombre de postes vacants incompressible, il apparaît cependant que les chiffres sont très au-delà de ce qu'on aurait pu attendre, d'autant qu'il existe un nombre non négligeable de médecins « chômeurs » dans chaque pays. (Tableau 3.3.2.)

Tableau 3.3.2.

	Nombre de postes vacants	% des postes	% médecins non employés
France	3 000	9 %	
Allemagne	3 000	2,3 %	6,75 %
Espagne	non renseigné	non renseigné	5 %
Suède	1 000	7 %	non renseigné
Finlande	911	19 %	4,2 %
Royaume Uni	1 264	4,7 %	0,49 %

Source HOPE 2004²⁸

Source AEMH 2006²⁹

→ Il n'existe pas, dans la littérature européenne, de publication de chiffres précis à propos de l'impact de la Directive 200/34/EC concernant le temps de travail sur le coût médical pour les hôpitaux qu'il s'agisse d'heures supplémentaires (plages horaires rémunérées), ou de la rémunération des comptes épargne temps ou encore de recrutement supplémentaire des médecins.

²⁸ HOPE – Healthcare Workforce in Europe –2004

²⁷ Les hôpitaux dans les 25 pays de l'Union Européenne – Dexia – Mars 2005

²⁹ Labour Conditions of the Doctors in European public hospitals Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (AEMH) – Avril 2006

Cependant, dans le Final report of HOPE's study group on workforce issues de Mai 2004, les auteurs font état d'une augmentation des coûts estimée à :

- **France** : 10 à 15 % de médecins supplémentaires et 200 M€
- **Allemagne** : 25 % de médecins supplémentaires et 1,75 bn€
- **Espagne** : non renseigné
- **Suède** : 10 à 15 % des médecins supplémentaires et 200 à 250 M€
- **Finlande** : non renseigné
- **Royaume Uni** : plusieurs milliers de médecins supplémentaires et plusieurs millions d'€

sans compter les coûts indirects engendrés par la diminution de la productivité médicale.

→ Une étude de l'AEMH²⁹ parue en 2006 fait état de quelques paramètres concernant les conditions de travail des médecins dans les hôpitaux publics en Europe.

	Salaires annuels	Durée de travail/semaine	Nombre de gardes
France	82 328 / 50 600	38	< 6
Allemagne	145 585 / 99 694	38,5	7 à 10
Espagne	41 870 / 32 621	35	4 à 8
Suède	79 896 / 41 844	40	sur appel
Finlande	57 863 / 42 315	37	5 à 6
Royaume Uni	61 667 / 27 860		6 à 10

Source AEMH 2006²⁹

On constate une importante disparité des salaires selon les pays que ne motive pas la durée de travail ni le nombre de gardes (dont, d'ailleurs, la rémunération n'est pas toujours intégrée dans le salaire).

3.4 Les enseignements tirés de ces comparaisons sont limités.

Il est difficile de tirer partie des statistiques publiées dans la littérature européenne de la situation hospitalière dans les différents pays en raison des sources disparates et des critères variables pris en compte.

Cependant, on constate, en s'attachant à des données globales, certains faits et certaines tendances :

- hormis la France et l'Allemagne qui sont plus largement dotées, le nombre de lits aigus rapporté à la population est uniforme ;
- il existe une diminution progressive du nombre de lits aigus sur les 15 dernières années, témoin d'une volonté politique délibérée de regroupement et de rationalisation mais aussi de l'évolution et des progrès des techniques médicales ;
- les statistiques concernant le nombre des médecins hospitaliers laissent supposer un déficit important en France. Cette constatation tient très probablement au fait que les décomptes n'intéressent pas les mêmes populations (médecins titulaires uniquement ou plus largement avec les médecins contractuels) ;
- il est intéressant de noter une attraction très relative des hôpitaux si l'on en croit les pourcentages de postes hospitaliers non pourvus. On observe que l'Allemagne qui rémunère mieux ses médecins hospitaliers a le taux de postes vacants le plus faible.

Enfin, l'éventail des salaires médicaux hospitaliers est large à l'intérieur de chaque pays et surtout, il existe une très forte différence entre les pays, allant pour les plus importants salaires, de 1 à 3,5.

²⁹ Labour Conditions of the Doctors in European public hospitals Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (AEMH) – Avril 2006

4 Analyse

Le présent chapitre propose, sur la base de l'état des lieux, des évolutions annoncées, des commentaires de récents rapports, de l'avis des professionnels de santé et l'expertise apportée par les membres de la mission, une analyse des enjeux de la démographie des établissements de santé. Il s'articule autour de trois problématiques : la répartition des effectifs entre établissements, la répartition entre les régions et la répartition entre spécialités.

En préalable est abordée la question des systèmes d'information et des outils de connaissance et de pilotage de la démographie.

4.1 Un système d'information précaire conduisant à un pilotage approximatif des ressources médicales.

4.1.1 Des sources d'information multiples

Actuellement sont disponibles des informations fournies par des sources multiples, pas forcément concordantes notamment parce que les définitions sur lesquelles sont basées le classement des différentes disciplines médicales ne sont pas les mêmes.

En ce qui concerne les effectifs des médecins hospitaliers, Sabine BESSIERE et Marc COLLET ont établi dans une contribution pour le rapport 2005 de l'ONDPS (contribution 1 ONDPS 2005 tome 1) une note de cadrage sur les effectifs des médecins hospitaliers en France faisant état des différentes sources disponibles et résultats obtenus.

Nous pouvons reprendre quelques éléments de cette note :

« Trois sources statistiques permettent de dénombrer les médecins hospitaliers en tant que personnes physiques sur le champ hospitalier dans son ensemble : le répertoire ADELI de la DREES, le fichier du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et l'enquête emploi de l'INSEE.

ADELI est un répertoire dans lequel tous les médecins en exercice sont tenus de déclarer leur diplôme et de signaler toute modification d'exercice à la DDASS. Les professionnels y indiquent non seulement leur activité principale mais aussi leur activité secondaire. Il est donc en théorie exhaustif sur le champ des médecins hospitaliers. En pratique, les médecins salariés ont tendance à s'y inscrire un peu moins que les libéraux.

Le fichier de l'ordre des médecins recense quant à lui, de façon exhaustive les médecins en activité et permet de dénombrer les médecins par mode d'exercice, en distinguant toutes les configurations possibles d'activité lorsque leur activité est mixte. Mais 15000 médecins environ, remplaçants ou en cessation temporaire d'activité, ne déclarent par leur mode d'exercice chaque année. Le fichier de l'ordre permet ainsi de dénombrer les médecins hospitaliers dont l'activité est régulière mais ne donne pas d'estimation de l'ensemble des hospitaliers en activité.

L'enquête emploi est une enquête trimestrielle par sondage. Elle constitue une des pièces centrales du dispositif public de connaissance de l'emploi et du chômage de notre pays. La nomenclature des professions utilisée distingue au sein des médecins les salariés hospitaliers, les salariés non hospitaliers, les libéraux spécialistes et les libéraux généralistes mais ne permet pas d'appréhender les médecins ayant des activités mixtes, libérales et salariés. En outre, s'agissant d'une enquête par sondage couvrant l'ensemble des professions l'échantillon est relativement petit pour la seule profession des médecins.

La source ADELI paraît la plus adaptée pour dénombrer les effectifs de médecins hospitaliers en terme d'individus exerçant une activité salariée. Sous la terminologie de médecin hospitalier, sont comptabilisés, des médecins exclusivement salariés ayant une activité principale hospitalière.

D'autres sources d'informations dénombrent des emplois de médecins hospitaliers, un individu étant compté autant de fois qu'il occupe de postes simultanément. Il s'agit alors d'une autre approche des effectifs de personnels médicaux en terme de nombre de postes occupés à temps partiel ou à temps plein qui inclut par définition un certain nombre de doubles comptes par rapport au dénombrement des individus présentés ci-dessus.

C'est le cas des **déclarations annuelles de données sociales de l'INSEE (DADS)**, de la **statistique annuelle des établissements** de la DREES (SAE) ou encore du répertoire ADELI dans la mesure où il recense non seulement les professionnels mais aussi toutes leurs activités.

Pour comptabiliser les emplois de médecins hospitaliers, SAE apparaît la plus adaptée de ces trois sources dans la mesure où elle permet de distinguer au sein du personnel médical les différentes professions et en particulier de comptabiliser les médecins ainsi que les internes.

En outre, elle permet de comptabiliser non seulement le personnel salarié mais aussi les médecins libéraux intervenants dans les établissements de santé particulièrement nombreux dans les cliniques privées.

SAE est une enquête réalisée chaque année par la DREES auprès des établissements de santé. Elle décrit l'activité (entrées, journées, hospitalisations partielles) et les facteurs de production associés (lits, places).

D'autres sources complètent le dispositif d'information sur les médecins hospitaliers. C'est le cas de la source **SIGMED** gérée par la DHOS, qui est une source administrative utilisée pour la gestion des praticiens hospitaliers, annuelle depuis 2000. L'activité statistique, l'individu et le champ, les établissements publics sont donc concernés par cette source les praticiens hospitaliers à temps plein et temps partiel. Pour les biologistes il n'est pas possible de faire la distinction entre médecins et pharmaciens. Les effectifs sont classés par spécialités et discipline du concours de praticiens hospitaliers (qui peuvent différer des spécialités « usuelles ». SIGMED renseigne sur toutes les questions des personnels durant leur carrière (position statutaire, détachement, disponibilité, établissement).

C'est donc la source SAE que nous avons utilisée pour établir l'état des lieux des personnels médicaux des établissements de santé et SIGMED chaque fois que nous souhaitons avoir des informations concernant essentiellement les praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel.

Ceci étant il y a une très grande difficulté à pouvoir avec précision disposer d'informations rapidement accessibles permettant de connaître les acteurs médecins des établissements de santé, leur quotité de travail, leurs spécialités d'exercice, et leur activité.

4.1.2 Les conséquences de la faiblesse du système d'information sur la gestion des personnels et le pilotage des effectifs

En fait, c'est surtout dans les établissements publics que l'information manque. Ainsi le rapport thématique de la Cour des Comptes publié en mai 2006 « les personnels des établissements publics de santé¹⁷ » est particulièrement sévère.

S'agissant de la gestion prévisionnelle, on peut y lire : « il existe de multiples données sur les effectifs des personnels des établissements de santé, mais le recueil obéit à des objectifs différents et leurs résultats ne permettent pas de dresser un tableau suffisamment précis globalement. Ainsi, en ce qui concerne les médecins il n'est pas toujours fait de distinction entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral, et la nomenclature des disciplines utilisée n'est pas toujours la même, chacune ayant un emploi bien défini. Des initiatives récentes devraient améliorer la situation. Plusieurs études sont actuellement menées par le ministère de la santé pour améliorer la connaissance et l'analyse des effectifs... Il existe encore peu d'analyses prospectives centrées sur les établissements de santé. Les travaux engagés par l'ONDPS

¹⁷ Cour des Comptes, rapport publique thématique mai 2006 : les personnels des établissements publics de santé

devraient permettre une meilleure connaissance. La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences des personnels hospitaliers, initiée en 1997, se met quant à elle en place avec lenteur... ».

Ces carences du système d'information ne permettent pas de cerner et d'anticiper les besoins en ressources médicales. En conséquence, la fixation du numerus clausus et la répartition des internes par filières ne repose pas sur des bases fiables.

Le rapport de l'IGAS³⁰ fait un constat analogue : « Faute d'outils adéquats, l'analyse des effectifs annuels des étudiants en médecine reste sommaire. Au bout du compte, le système de formation produit pour un coût plus élevé que pour les autres formations des spécialistes, dont on n'a pas forcément besoin, qui s'installent dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires alors qu'il ne produit pas d'autres spécialistes ou généralistes, dont on a absolument besoin pour s'installer là où ils seraient indispensables».

La mission a pu faire le constat, malgré la collaboration efficace de la DREES, de la DHOS et des nombreuses informations apportées par les travaux de l'ONDPS, de la très grande difficulté à obtenir facilement toutes les données nécessaires à un état des lieux des effectifs des établissements de santé publics ou privés de notre pays.

³⁰ Rapport IGAS 2004 – Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires – Lalande Françoise, Debeaupuis Jean, Malan Thierry, Simon Thierry.

4.2 Les établissements de santé seront confrontés à une baisse significative des acteurs médicaux.

Les prochaines années seront marquées par plusieurs évolutions dont il faudra absolument tenir compte :

- la diminution du nombre de médecins ;
- la féminisation de la profession ;
- le souhait des plus jeunes de ne pas privilégier leur vie professionnelle aux dépens de leur vie personnelle et familiale ;
- l'aspiration à des modes d'exercice différents notamment travail à temps partiel et salariat ;
- la nécessité de solder les Comptes épargnes temps accumulés.

Un ensemble d'éléments qui seront des facteurs de réduction de l'offre de soins.

Dans le même temps, il faudra prendre en compte l'augmentation de la demande de soins.

La réduction de l'offre et l'augmentation de la demande de soins doivent être les fondements à toute réflexion sur l'évolution de la démographie hospitalière.

Partant de là, la question de la démographie médicale des établissements de santé peut s'analyser à trois niveaux :

- la répartition des médecins entre les différents types d'établissements publics (CHU, CH, CHL) et privés (non lucratifs et lucratifs), entre les établissements publics d'une part et les établissements privés d'autre part ;
- la répartition des médecins des établissements de santé entre les régions ;
- la répartition des médecins entre les différentes spécialités médicales et les différentes spécialités chirurgicales.

4.2.1 La répartition des médecins entre les différents types d'établissements

4.2.1.1 Une offre hospitalière très diversifiée

Au 1^{er} janvier 2005, la France comptait 3 175 établissements sanitaires, 1 000 de statut public et 2 175 de statut privé disposant pour l'activité MCO de 229 067 lits d'hospitalisations à temps complet (151 177 dans le public et 77 890 dans le privé) et de 18 531 places en hospitalisations à temps partiel (8 339 dans le public et 10 192 dans le privé). Ce système hospitalier fait cohabiter des établissements de trois types de statuts combinant des modes très différents d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont également très variés.

Dans ces établissements, ce sont, dans le secteur public, 78 440 médecins salariés (51 773 ETP) temps pleins (44 324) ou temps partiels (34 116) et 2 350 médecins libéraux non exclusifs essentiellement dans les CHL qui y exercent.

Dans le secteur privé, on dénombre 13 098 salariés (8 358 ETP) à temps plein (5 160) ou temps partiel (7 938) et 15 543 libéraux exclusifs et 26 029 libéraux non exclusifs.

Si entre 1992 et 2003, ce sont un peu plus de 380 hôpitaux et cliniques qui ont disparus et près de 83 000 lits d'hospitalisation complète qui ont été fermés³¹ le nombre des acteurs médicaux n'a cessé d'augmenter. Par exemple s'il est fait référence aux médecins salariés, pour la période 1998-2005, pour les établissements CHU, CH, CHS, CLCC, PSPH il y a eu une augmentation de près de 19 % des ETP.

³¹ Avis et rapport du Conseil économique et social « l'hôpital public en France : bilan et perspectives » 2005 – étude présenté par M. Eric Molinié.

Ces chiffres traduisent d'une part une concentration de l'activité des établissements sur un plus petit nombre de structures et d'autre part, une réduction du temps de travail dans les établissements publics, en moyenne, pour chacun des acteurs médicaux.

D'importants déséquilibres dans l'évolution des effectifs médicaux selon le mode d'exercice pourraient survenir comme le montre les projections faites par la DREES dans le cadre du rapport 2005 de l'ONDPS. En effet, dans un contexte de baisse de 10 % des médecins, une baisse de 17 % des effectifs médicaux affecterait le secteur libéral alors que le secteur salarié hospitalier verrait ses effectifs augmenter de 4 % sur la même période 2005-2025.

Bien évidemment ces prévisions sont établies à partir des règles aujourd'hui connues et ne tiennent pas compte des incitations apportées par les établissements privés et des futurs comportements des jeunes médecins qui vont être soumis à des choix plus larges que ceux de leurs aînés. Elles ne tiennent pas compte également des possibilités de postes hospitaliers qui seront effectivement offerts.

En effet, le rapport d'ensemble sur la démographie médicale note que, « à la différence de la démographie globale - régie par le jeu du numerus clausus - [...] la répartition entre médecins libéraux et médecins salariés n'obéit à aucune règle affichée »¹⁹. Aussi, dans un contexte de liberté de choix d'exercice en vigueur dans notre pays, les critères d'attractivités des établissements sont importants à considérer.

4.2.1.2 *Les critères d'attractivité d'exercice dans un établissement hospitalier*

Les auditions nous ont permis de les définir auprès des professionnels et des représentants des établissements.

Les plus jeunes, étudiants du deuxième cycle et troisième cycle, insistent sur un certain nombre de facteurs qu'ils jugent essentiels: travail en équipe, pluridisciplinarité, plateaux techniques performants, projet d'établissement, absence de hiérarchie lourde, effectifs suffisants pour éviter les gardes trop fréquentes. Ils insistent aussi sur la possibilité dans les établissements d'exercer une activité mixte publique et libérale, sur la possibilité de garder le contact avec l'enseignement ou la recherche. Ils sont enfin très attachés à pouvoir choisir leur lieu géographique d'exercice sans contrainte.

Les syndicats des médecins hospitaliers insistent eux sur l'attractivité des carrières. Cette attractivité repose sur un statut unique garantissant l'indépendance professionnelle même si certains considèrent que les médecins doivent participer à la gestion. S'agissant des rémunérations les avis divergent sur la pertinence de recourir à la part variable complémentaire. Pour certains il s'agit d'une mesure qui pourrait inviter les médecins à se tourner vers l'hôpital public. Tous insistent sur les conditions d'exercice et sur la nécessité d'une organisation rigoureuse pour éviter que les médecins ne soient absorbés par les tâches administratives. Enfin il est mis en avant qu'un nombre important de postes non pourvus dans un établissement a un caractère particulièrement dissuasif pour les établissements qui en font l'objet. Certains insistent sur la nécessité de favoriser la mobilité entre les établissements et une activité mixte publique libérale.

Dans les établissements privés à but non lucratif, l'accent est mis sur l'intérêt de la sécurité juridique que procure la carrière hospitalière. Il est aussi mentionné l'attrait financier de l'exercice en PSPH dans la mesure où la rémunération est de 15% à 30 % supérieure à celle du secteur public même si l'activité libérale n'est pas autorisée. Il est également mentionné une gouvernance moins hiérarchique qu'à l'hôpital public et des relations plus faciles et plus directes entre Direction et Chefs de service. Deux points de difficulté sont cependant mentionnés le constat que rien n'a été fait pour intégrer les gardes dans le temps de travail et les difficultés à attirer certains spécialistes notamment en radiologie du fait de la concurrence avec le secteur libéral lucratif.

Les représentants des CLCC soulignent quelques éléments d'attractivité de ces établissements en particulier la qualité des équipes, la richesse de la recherche clinique, la Direction toujours médicale, la

¹⁹ Rapport conjoint IGAS/IGF – 1997 – <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974071590/index.shtm>

rémunération de 20% supérieure à celle des Centres Hospitaliers publics. A l'inverse, il est exigé dans ces établissements de ne pas avoir d'activité libérale.

Les représentants administratifs et médicaux des établissements privés attirent l'attention sur les caractéristiques de leurs établissements qui en font des entreprises attractives : souplesse de fonctionnement, réactivité, absence de hiérarchie, gestion d'entreprise avec une maîtrise du rapport activité/rémunération.

Ainsi, statut des médecins, mission des établissements, organisation de l'établissement, environnement médical et plateaux techniques performants, sont un ensemble de facteurs d'attractivité pour un exercice hospitalier auxquels il faut y associer incontestablement le niveau de rémunération.

4.2.1.3 La question des rémunérations

Les revenus des médecins libéraux

Les revenus des médecins libéraux en 2004 ont été publiés par plusieurs organismes (Tableau 4.2.1.).

Tableau 4.2.1.

REVENUS LIBERAUX 2004 (€) (nets avant impôts)	CARMF Bénéfice Non Commercial			DREES provisoire 2004 revenu libéral	Quotidien du Médecin source UNASA revenus avant impôts
	secteur 1	secteur 2	secteurs 1 et 2		
Effectif global	71 513	90 144	75 692		
Médecine générale	63 282	59 750	62 871	63 666	72 300
Moyenne des spécialistes	85 674	102 451	91 697		
Anatomie cytologie pathologie	97 012	138 375	101 593		
Anesthésie réanimation	122 387	168 956	133 296	150 117	142 700
Cancérologie et radiothérapie	151 465	121 571	147 659		
Chirurgie	78 539	134 395	118 301	115 520	126 300
Dermato vénéréologie	62 495	75 383	67 537	60 581	74 000
Endocrinologie et métabolisme	44 296	51 338	48 403		53 300
Gastro entérologie hépatologie	81 941	93 688	85 984	90 239	94 800
Génétique médicale					
Gynécologie médicale	48 995	60 670	53 628	78 832	64 400
Gynécologie obstétrique	68 946	101 547	86 681		83 700
Hématologie					
Médecin biologiste	160 160		159 435		
Médecine interne	57 952	60 563	59 350		
Médecine nucléaire	152 819		154 348		
Médecine physique et de réadaptation	59 745	82 460	67 961		
Néphrologie	96 446		94 349		114 500
Neurologie	64 875	82 596	69 782		76 900
Ophthalmologie	90 329	130 381	109 711	111 252	118 600
Oto-rhino laryngologie	73 212	84 222	79 062	79 698	89 200
Pathologie cardio vasculaire	101 097	98 708	100 685	103 960	105 900
Pédiatrie	56 333	71 558	60 936	63 056	67 300
Pneumologie	70 793	68 986	70 510	68 062	88 000
Psychiatrie	61 144	66 054	62 359	57 207	71 000
Radiologie imagerie médicale	130 623	140 669	131 459	196 126	140 600
Rhumatologie	69 885	72 747	71 054	68 062	82 100
Stomatologie	102 782	124 235	110 429	102 346	
Spécialité non précisée	30 668		31 240		

La CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) présente les revenus nets (bénéfices non commerciaux : honoraires moins frais et charges) des médecins libéraux. L'affiliation à cette caisse est obligatoire pour tous médecins exerçant une activité médicale libérale : installation au cabinet, activité de remplacement, d'expertise pour les compagnies d'assurances ou les laboratoires privés, le secteur privé à l'hôpital et celle exercée par un associé au sein d'une société d'exercice libéral ou toute autre activité rémunérée sous forme d'honoraires.

Parmi les spécialités ayant les revenus les plus élevés, on retrouve l'anesthésie réanimation, la radiologie et imagerie médicale, la cancérologie et radiothérapie, la biologie et la chirurgie orthopédique et traumatologique. Parmi les spécialités ayant les revenus les moins élevés, on relève l'endocrinologie, la gynécologie médicale, la médecine interne, la pédiatrie et la psychiatrie.

En ce qui concerne la différence entre le secteur 1 et le secteur 2, les spécialistes du secteur 2 gagnent 19,6 % de plus.

La DREES a publié en janvier 2006 une étude sur les revenus des médecins libéraux en 2003 et 2004. Les revenus de 2004 sont estimés en appliquant les taux de débours et de rétrocession et les taux de charges issues des déclarations de bénéfices non commerciaux relatifs à l'année 2003 aux honoraires de 2004 données par les fichiers SNIR de la CNAMTS. Le champ de l'étude comprend l'ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année.

Enfin, le Quotidien du Médecin dans un article de septembre 2005 rapporte les données du bilan fiscal du réseau des AGA de l'UNAPL (Union Nationale des Professions Libérales) et de l'UNASA (Union Nationale des Associations Agréées). Ce bilan sur les bénéfices imposables des médecins libéraux confirme que les disciplines techniques sont les plus rémunérées : anesthésie réanimation, radiologie et chirurgie.

Les revenus des médecins en établissement public de santé

Les émoluments bruts des différentes catégories de praticiens sont publiés au journal officiel. Un praticien qui n'exerce pas une activité libérale reçoit un salaire ainsi qu'une indemnité de service public.

Le tableau 4.2.2. ci-dessous reprend les rémunérations au 1^{er} février 2005.

REVENUS ANNUELS (€) ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	Emoluments bruts	Part universitaire	Indemnité de service public	Total brut	Total net
PU-PH après 12 ans	52 948,66	69 932,76	5 581,92	128 463,34	
PU-PH avant 3 ans	31 981,40	34 833,84	5 581,92	72 397,16	
MCU-PH après 18 ans	42 454,43	51 004,80	5 581,92	99 041,15	
MCU-PH avant 3 ans	25 388,81	24 017,88	5 581,92	54 988,61	
PHU 8 ^{ème} échelon	30 825,31	30 825,36	5 581,92	67 232,59	
PHU 1 ^{er} échelon	23 368,66	23 368,68	5 581,92	52 319,26	
CCA et AHU 2 ^{ème} échelon	19 502,24	18 573,24	5 581,92	43 657,40	
CCA et AHU 1 ^{er} échelon	16 747,06	15 949,68	5 581,92	38 278,66	
PH temps plein 13 ^{ème} échelon	84 869,53		5 581,92	90 451,45	73 265,67
PH temps plein 1 ^{er} échelon	46 737,31		5 581,92	52 319,23	42 378,58
PH temps partiel 13 ^{ème} échelon	47 311,96			47 311,96	38 322,69
PH temps partiel 1 ^{er} échelon	25 492,71			25 492,71	20 649,10
Assistant généraliste 5 ^{ème} et 6 ^{ème} année	32 872,69			32 872,69	26 626,88
Assistant généraliste 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	26 219,13			26 219,13	21 237,50
Assistant spécialiste 5 ^{ème} et 6 ^{ème} année	37 146,86			37 146,86	30 088,96
Assistant spécialiste 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	30 196,14			30 196,14	24 458,87
Praticien adjoint contractuel 7 ^{ème} niveau	44 924,92			44 924,92	36 389,19
Praticien adjoint contractuel 1 ^{er} niveau	26 219,13			26 219,13	21 237,50
Praticien attaché 12 ^{ème} échelon 10 demi-journées	52 131,45			52 131,45	42 226,47
Praticien attaché 1 ^{er} échelon 10 demi-journées	28 707,88			28 707,88	23 253,38

Un praticien hospitalo-universitaire reçoit une indemnité hospitalière et un salaire universitaire. Sur ces émoluments hospitaliers, il n'a pas de prélèvements sociaux (sécurité sociale et retraite). Le praticien hospitalo-universitaire ne cotise donc pas pour sa retraite sur cette partie de rémunération.

Pour un praticien hospitalier les charges sur son salaire sont évaluées à 19 %. Il commencera sa carrière avec un salaire net annuel de 42 378,58 € et la finira à 73 265,67 €

À cela peuvent s'ajouter :

- une indemnité de charges administratives de directeur de l'UFR ou de président d'université. Une indemnité exceptionnelle, non soumise à retenue, fixée à 3,1 % des émoluments hospitaliers et versée mensuellement aux médecins nommés avant le 1^{er} janvier 1998.
- une indemnité pour activité exercée sur plusieurs établissements : 4 761,84 € (brut annuel)
- une indemnité de sujétion correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires :
 - pour une nuit, un dimanche ou un jour férié : 252,51 €
 - pour une demi nuit ou un samedi après-midi : 126,26 €
- une indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli de jour, du lundi matin au samedi après-midi inclus, sur la base du volontariat et au-delà des obligations de service hebdomadaire
 - pour une période : 303,01 €
 - pour une demi-période : 151,51 €
- une indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli la nuit, le dimanche ou jour férié sur la base du volontariat et au-delà des obligations de service hebdomadaires
 - pour une période : 452,25 €
 - pour une demi-période de 126,13 €
- une indemnité forfaitaire pour une astreinte opérationnelle de nuit ou de journée : 36,96 €
- une indemnité forfaitaire pour une astreinte de sécurité de nuit ou de journée : 24,18 €

Le montant cumulé des indemnités forfaitaires versées au titre de l'astreinte de sécurité ne peut excéder pour quatre semaines 338,52 € ou pour cinq semaines 435,24 €

- déplacement au cours d'astreinte : 62,42 €
- les indemnités versées au titre d'une astreinte ne peuvent excéder le taux fixé pour une période de temps de travail additionnel de nuit réalisée au-delà des obligations de service.

Les personnels enseignants et hospitaliers exerçant leurs fonctions dans les CHU et les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent exercer une activité libérale.

Cette activité peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation. Elle s'exerce sous la triple condition :

- que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public,
- que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens hospitaliers,
- que le nombre de consultations et des actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et des actes effectués au titre de l'activité publique.

La Cour des Comptes, dans son rapport public de mai 2006 sur les personnels des établissements publics de santé, publie les honoraires perçus par les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital en 2004 selon les données provisoires de la CNAMTS (tableau 4.2.3.).

Tableau 4.2.3.

ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS	Effectifs	Honoraires moyens perçus dans l'année €	Honoraires maxima perçus dans l'année €
Mode d'exercice particulier	1	27 172	58 946
Généralistes	15	47 345	100 058
Total omnipraticiens	27	38 379	100 058
Anesthésie	131	43 573	115 631
Cardiologie	397	68 668	429 539
Chirurgie	709	67 623	1 019 657
Dermatologie vénéréologie	48	35 524	108 481
Radiologie	487	86 411	535 526
Gynécologie obstétrique	613	57 895	361 877
Appareil digestif	174	45 544	161 876
Médecine interne	150	35 588	138 203
Neurochirurgie	58	69 728	331 204
O.R.L.	166	59 380	322 169
Pédiatrie	101	32 794	103 961
Pneumologie	110	36 714	121 880
Rhumatologie	51	34 513	115 532
Ophtalmologie	135	96 815	568 324
Urologie	92	88 141	652 898
Neuropsychiatrie	26	32 687	69 796
Stomatologie	33	66 685	217 211
Rééducation, réadaptation fonctionnelle	21	38 619	215 946
Neurologie	94	36 884	91 856
Psychiatrie	152	31 579	111 854
Néphrologie	53	32 382	77 579
Anatomopathologie.	19	46 131	149 467
Chirurgie orthopédique	324	68 832	442 035
Endocrinologie	41	27 884	73 541
Total spécialistes	4 185	61 126	

Ce même rapport de la Cour des comptes est sévère sur ces rémunérations puisqu'il titre « l'opacité des rémunérations complémentaires des médecins ». Il précise que ce sont les seuls revenus complémentaires connus de l'administration hospitalière puisque le plus souvent elle n'est pas informée des autres : études cliniques, actions de formation, rédaction d'articles, expertises...

Il relève que le respect de la triple condition d'exercice d'activité libérale à l'hôpital est malaisé à contrôler, bien que les chambres régionales et la Cour relèvent régulièrement des dérives.

Le rapport de l'IGAS de 2002 sur la gestion des praticiens hospitaliers faisait apparaître déjà un contrôle de l'activité libérale très insuffisant et des conditions d'exercice de l'activité d'intérêt général apparaissant laxistes.

L'activité d'intérêt général fait partie du statut du PH. Le praticien peut, après accord du directeur, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures et extérieures à son établissement d'affectation. Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions de cette activité et prévoit le cas échéant le remboursement total ou partiel des émoluments versés par l'hôpital.

Certaines différences de rémunération entre secteur libéral et secteur hospitalier peuvent conduire les médecins en poste dans les établissements de santé publics à quitter leurs fonctions. Le rapport de la Cour des Comptes 2006 cite les données de la commission de déontologie, chargée, en vertu de la loi du 28 juin 1994 d'apprécier la compatibilité avec leurs fonctions précédentes des activités privées que souhaitent

exercer des agents de la fonction publique hospitalière cessant temporairement ou définitivement leurs fonctions. Ainsi, en 2004, près de 2 500 dossiers ont été enregistrés dont 90% de personnels soignants ; 44 % de ces personnels envisageant d'exercer en libéral et 23 % dans les établissements privés¹⁷.

Les revenus des médecins en établissements adhérents à la FEHAP

Le tableau 4.2.4. donne les rémunérations brutes annuelles dans les établissements adhérents à la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP).

Tableau 4.2.4.

Brut annuel non chargé en € en 2006		
Médecin généraliste	début de carrière	50 153
	fin de carrière	75 229
Médecin spécialiste moyen ou long séjour	début de carrière	55 505
	fin de carrière	83 258
Médecin spécialiste en court séjour A1	début de carrière	57 379
	fin de carrière	86 068
Médecin spécialiste en court séjour A2	début de carrière	59 520
	fin de carrière	89 279
Médecin spécialiste en court séjour A1 ancien interne de CHR ou ancien chef de clinique	début de carrière	66 478
	fin de carrière	99 717
Médecin spécialiste en court séjour A2 ancien interne de CHR ou ancien chef de clinique	début de carrière	68 619
	fin de carrière	102 928
Médecin chef de service en moyen ou long séjour	début de carrière	64 069
	fin de carrière	96 104
Médecin chef de service en court séjour A1	début de carrière	71 027
	fin de carrière	106 541
Médecin chef de service en court séjour A2	début de carrière	73 168
	fin de carrière	109 753
Médecin chef de service en court séjour A1 ancien interne de CHR ou ancien chef de clinique	début de carrière	80 127
	fin de carrière	120 190
Médecin chef de service en court séjour A2 ancien interne de CHR ou ancien chef de clinique	début de carrière	82 268
	fin de carrière	123 401

Les médecins salariés relèvent de la convention collective nationale de 1951 (CCN 51) et sont soumis aux règles de droit privé.

¹⁷ Cour des Comptes, rapport public thématique mai 2006 : les personnels des établissements publics de santé

La rémunération des médecins n'est pas uniforme mais varie en fonction de divers critères, tels que :

- la détention d'une spécialité,
- l'encadrement d'un service,
- le type d'établissement (court, moyen ou long séjour).

Les gardes effectuées dans les établissements sont du temps de travail effectif et font partie intégrante de leur durée de travail et ne donnent pas lieu à rémunération supplémentaire.

Il n'existe donc pas en l'absence de rénovation du dispositif conventionnel de mécanisme d'indemnisation des plages de travail de nuit et de week-end.

Rémunération des astreintes :

- 25,488 € la nuit,
- 38,232 € le dimanche et les jours fériés,
- 63,72 € la nuit, dimanche et les jours fériés si activité intense et présence médicale constante.

Les temps d'intervention sont rémunérés comme du temps de travail effectif (heures supplémentaires,...).

Si les règles résultant de la CCN 51 et du code du travail constituent un socle de mesures incontournables à respecter, les établissements peuvent négocier en interne des mesures plus avantageuses.

Ce qui suppose qu'ils disposent de moyens financiers leur permettant de supporter cette charge supplémentaire.

Les revenus des médecins dans les CLCC

Les rémunérations des praticiens des CLCC sont présentées au 1^{er} septembre 2006.

Les praticiens peuvent bénéficier d'une indemnité d'exclusivité au prorata temporis de leur temps de travail. Elle est versée chaque mois par douzième. Cette prime n'est pas attribuée aux praticiens spécialistes, celle-ci étant incluse de fait dans leur barème.

Avril 2006		Rémunérations brutes annuelles	Rémunérations brutes annuelles avec prime
Assistant généraliste	après 2 ans	39 742 €	
	début	26 693 €	
Assistant spécialiste	après 2 ans	44 252 €	
	début	38 797 €	
Consultant	après 24 ans	58 388 €	
	début	31 375 €	
Praticien	après 24 ans	86 404 €	92 087 €
	début	47 583 €	53 266 €
Praticien spécialiste	après 27 ans	104 361 €	
	début	64 224 €	

4.2.1.4 *Le statut unique des praticiens hospitaliers*

L'IGAS en 2002 émettait le constat suivant : « le statut unique, censé répondre à des situations variées, n'est plus adapté.

Les émoluments et indemnités diverses, dont bénéficient les PH, ont été fortement revalorisés ces dernières années, et les différences constatées avec les revenus des médecins libéraux une fois les charges de ces derniers déduites, se sont notablement atténuées. Mais cette revalorisation s'est faite uniformément et sans contrepartie. De même, le mode d'avancement automatique, à l'exception des postes à recrutement prioritaires, n'a jamais permis de prendre en compte la diversité des exercices, le caractère variable de la pénibilité ou de la charge de travail et l'absence d'attractivité de certains sites. Les responsabilités (chef de service, chef de département, président de CME...) ou la participation à des activités transversales utiles à l'hôpital et aux malades (lutte contre les infections nosocomiales, soins palliatifs, douleur, DIM, etc.) ne font l'objet d'aucune compensation.

Les adaptations ne sont guère possibles : les procédures de recrutement sont lourdes et longues, enlevant toute réactivité au système. La mobilité géographique est faible (moins de 2,5 % de l'effectif total des PH chaque année). Les passerelles entre spécialités, qui permettraient de réorienter les médecins pour mieux répondre aux besoins hospitaliers ou à un désir d'évolution, sont pratiquement absentes. »

Le nouveau statut des praticiens hospitaliers devrait prévoir une indemnité correspondant à une part complémentaire variable de la rémunération. L'attribution de cette indemnité serait subordonnée au respect d'un engagement contractuel collectif des praticiens à effet individuel fondé sur les principes suivants pouvant être cumulés : un engagement dans une démarche d'accréditation des praticiens ou d'engagement institutionnel, un engagement pour l'efficacité des soins et des actes médico-techniques déterminant les objectifs de qualité et d'activité mesurés par des indicateurs définis par arrêté.

Les syndicats de médecins hospitaliers sont divisés sur le sujet.

4.2.1.5 *Les missions confiées aux établissements*

La détermination des missions confiées à tel ou tel type d'établissement peut être un facteur de choix pour les futurs médecins. Ceci étant il n'y a pas de frontière bien tracée entre les missions dévolues aux différents types d'établissements publics et privés en dehors des CHU qui ont la responsabilité de la formation et de la recherche, des CHL, des CLCC et des CHS.

Par ailleurs la tarification à l'activité (T2A) pourrait uniformiser les objectifs de l'ensemble des établissements rendant encore plus équivalentes leurs missions ou plus précisément, celles formulées par leurs dirigeants.

En définitive en l'absence de meilleure définition des missions confiées à chaque type d'établissement public et privé nous prenons le risque de rendre impossible toute prévision de choix par les médecins de leur secteur d'activité et par là nous prenons le risque d'être confronté à un manque cruel d'acteurs médicaux dans certains types d'établissements. Le plus grand risque pèserait, du fait de son manque de réactivité, sur le secteur public qui ne pourrait plus répondre à ses missions de service public et à certaines activités telles que la prise en charge de l'infection par le VIH, les traumatismes graves, la psychiatrie lourde et l'addiction, les brûlures, la transplantation d'organes dont il assure souvent de manière exclusive la prise en charge.

Plusieurs rapports ont préconisé des restructurations de l'offre hospitalière. Le conseil économique et social dans son rapport 2005¹⁷ s'appuyant sur ces avis a fait des propositions.

¹⁷ Cour des Comptes, rapport publique thématique mai 2006 : les personnels des établissements publics de santé

« Il est possible d'imaginer que dans un avenir proche le système public hospitalier se décomposera en trois catégories d'hôpitaux : les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers (généralistes et spécialisés), les centres hospitalo-universitaires, selon un ordre de technicité croissant :

- au niveau 1 : les hôpitaux locaux seront bientôt les plus nombreux, très insérés dans un territoire de santé, centrés sur la gériatrie, la prévention, les réseaux de soins, et véritables plateaux pour les professionnels libéraux ;
- au niveau 2 : les centres hospitaliers en nombre plus réduits, qui seront les pôles « ressources » des hôpitaux locaux ;
- au niveau 3 : les pôles de haute technicité que sont les CHU en moins grand nombre et tournés vers l'innovation. La mission de proximité revendiquée par les CHU devrait donc s'exercer en fonction du degré de technicité requis par la prise en charge d'un patient donné, ce qui signifie l'adjonction dans ou à côté d'un CHU de plateaux techniques de niveau 1 et 2. ».

Sur les missions des différents types d'établissement, les auditions ont apporté des visions différentes et sur certains points totalement opposés.

Pour ce qui est du **soin** :

Les représentants des CHU considèrent que les CHU doivent avoir un rôle spécifique en terme d'innovation et de pilotage notamment, sans remettre en cause la qualité des équipes dans les autres établissements. Ils considèrent que la répartition des rôles entre le secteur public et le secteur libéral doit se faire sur une base égalitaire et considèrent que le secteur libéral ne peut pas laisser au seul secteur public le soin d'assurer les spécialités les plus coûteuses et ou à forte connotation sociale ou les urgences. Le risque avec l'introduction de la T2A étant de voir le secteur libéral se délester de plus en plus des activités non rentables.

Les syndicats des praticiens hospitaliers ont également insisté sur la crispation générée par la question de la permanence des soins et la nécessité que les médecins libéraux y participent plus clairement.

Les représentants des centres hospitaliers insistent sur la nécessité d'une répartition des rôles avec le secteur privé au niveau de la région au sein des projets de territoires que devraient décliner les SROS.

La fédération hospitalière de France s'inquiète de la chute d'activité de chirurgie au sein des hôpitaux publics et considère qu'il y a nécessité d'harmoniser les rémunérations des praticiens hospitaliers avec le secteur libéral y compris en permettant aux praticiens d'opter pour une rémunération à l'acte ou d'accepter des rémunérations différenciées gérées par la Direction de l'hôpital.

Les représentants des PSPH souhaitent un traitement équivalent en matière de charges sociales et de missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) au secteur public en considérant que la mission prévaut sur le statut de l'établissement.

La fédération hospitalière privée considère quant à elle que le secteur lucratif peut faire face à toutes les missions mais que c'est à l'ARH de faire dans la région le choix a priori de ce que tel ou tel établissement doit faire afin d'éviter la concurrence.

Les représentants des médecins libéraux considèrent qu'il est nécessaire de construire une véritable complémentarité entre le secteur public et le secteur privé en estimant qu'il n'existe pas de schéma type. La construction doit se faire en tenant compte des particularités locales au travers des SROS sous la Direction des ARH.

Pour ce qui est de **l'enseignement** :

Cette question, fait débat tant au sein des établissements publics que de la part du secteur privé. En effet, malgré le souhait affirmé des représentants des CHU de garder le monopole de la formation des étudiants en médecine tant les Centres Hospitaliers que le secteur libéral et surtout les plus jeunes en contestent l'exclusivité voire la légitimité.

Pour les Directeurs Généraux et les Présidents de CME de CHU, la formation des internes doit se faire prioritairement dans les CHU dont c'est la mission. Néanmoins, les spécificités de certains établissements, privés ou publics, la qualité des équipes qui y travaillent, des modalités d'exercice adaptées doivent permettre à ces établissements ou à certaines activités de légitimement prétendre à participer à la formation des internes ; ceci toutefois ne peut se faire qu'au cas par cas, sur des critères bien définis, en fonction des besoins de formation régionaux et sans pour autant que soient modifiés les statuts des établissements ou des personnels concernés.

Les Doyens de Faculté de Médecine considèrent que si le CHU doit conserver son rôle spécifique en matière de formation, cela n'empêche pas d'envisager des stages dans le secteur libéral quand il y a encombrement des lieux de stage comme c'est le cas actuellement en gynécologie obstétrique. L'agrément de ces lieux de stages devant être parfaitement encadré par les instances universitaires.

Les représentants des Centres Hospitaliers n'ont pas d'objections à la formation de principe des internes dans les établissements privés tout en considérant que cela ne peut s'envisager dans les conditions actuelles de fonctionnement et d'organisation de l'offre de soins. En effet il est objecté que le secteur public supporte les contraintes en terme de permanence des soins et doit donc bénéficier de l'offre apportée par les internes.

Les représentants syndicaux des praticiens hospitaliers soulèvent les questions de responsabilité et surtout les problèmes financiers que générerait la formation des internes par les cliniques privées. Par ailleurs, ils considèrent que la diversification des lieux de formation ne doit pas masquer la nécessité de rechercher un rôle commun de formation.

Les plus jeunes étudiants, internes, et surtout les Chefs de clinique considèrent que les étudiants doivent aller dans les établissements du privé. Ils considèrent en effet que ce qui manque aux étudiants ce n'est pas la qualité de la formation reconnue comme excellente mais la possibilité de connaître l'activité dans les différentes catégories d'établissement de soin pour exercer un choix éclairé le moment venu.

Les représentants de la FEHAP sont favorables à accueillir des étudiants en médecine pour participer à leur formation d'autant plus que cela se pratique déjà dans certains PSPH.

La FHP y est aussi très favorable notamment en chirurgie dans la mesure où les établissements privés à but lucratif assurent la plus grande partie de l'activité de chirurgie et parfois sont les seuls à avoir des chirurgiens qui pratiquent des techniques innovantes dans certaines spécialités. Ceci étant les médecins de ce secteur sont plus mesurés dans la mesure où la rémunération des médecins formateurs et leur responsabilité juridique sont des questions qu'ils considèrent devoir être bien précisées.

Pour ce qui est du rôle des centres hospitaliers dans la formation il y a un large consensus pour considérer que ces établissements devraient y participer beaucoup plus également dans le deuxième cycle, que cela s'est fait dans les dix dernières années. L'objectif étant triple : participation au moins des internes au service public, connaissance d'autres pratiques que celles CHU centrées, et connaissance d'autres modes de vie professionnelle que celles des grandes villes de CHU.

La question de la **recherche** :

La recherche est également abordée et revendiquée par tous les représentants des différents types d'établissements. Mais souvent comme un terme à accoler implicitement à celui d'enseignement sans que chacun appréhende semble t-il l'exigence et les contraintes d'une telle activité dans une compétition qui ne doit pas être locale mais internationale. La recherche est plus souvent apparue comme un prétexte que comme un réel objectif.

4.2.1.6 *L'accessibilité aux plateaux techniques*

Une autre question importante qui conditionne la répartition des médecins entre les différents types d'établissements est celle de l'accessibilité aux plateaux techniques par les acteurs médicaux quel que soit leur lieu d'exercice.

Il est clair qu'aujourd'hui les plateaux techniques peuvent être développés, au moins pour la plupart, aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public même si ce dernier a la maîtrise des équipements les plus lourds et les plus sophistiqués.

Un établissement ne peut espérer attirer des acteurs médicaux que dans la mesure où ceux-ci, sortant des habitudes du CHU, pourraient avoir accès aux plateaux techniques nécessaires à un exercice plein et entier de leur art.

Les difficultés d'accès aux plateaux techniques sont souvent un sujet de préoccupation des praticiens exerçant en secteur public notamment dans les CH.

Les auditions à l'ONDPS rapportées dans le rapport 2005 illustrent les points de vue de certains professionnels sur cette question et des organisations mises en place pour contourner les difficultés.

L'exemple des radiologues du Nord Pas de Calais a été cité : à partir de centres hospitaliers pivots sont créés les postes de praticiens et se développent des coopérations avec d'autres structures hospitalières soit sous forme de vacations partagées, soit sous forme de télétransmission d'images. Une telle réorganisation conduit à admettre le fait qu'en dessous d'une certaine masse critique, il n'est plus possible d'assurer de manière satisfaisante la gestion d'un service d'imagerie par des praticiens hospitaliers.

Des chirurgiens infantiles ont pour leur part préconisé l'organisation d'une réponse hiérarchisée basée sur les collaborations entre les structures à l'instar de celles mises en place entre le CH de Saint-Denis et le service de chirurgie pédiatrique Robert DEBRE. Un certain nombre de praticiens formés par celui-ci ont été nommés PH à Saint-Denis. Pour conserver leur technicité, ils peuvent toutefois opérer certains patients à Robert DEBRE.

Les auditions par la mission ont fait émerger la nécessité pour les établissements publics de s'organiser pour permettre aux praticiens hospitaliers un accès à tous les plateaux techniques quel que soit le type d'établissement qui est leur lieu d'exercice.

Il est apparu également comme une nécessité de favoriser les coopérations publiques/privées autour des plateaux techniques. Ceci étant, il est clairement souligné aussi lors des auditions par les praticiens du secteur public que le rapprochement public/privé souhaitable sur le principe n'est pas facile à mettre en œuvre. En général, lorsqu'un plateau technique est mis en commun, il est difficile de se mettre d'accord sur des règles communes de fonctionnement, le secteur libéral souhaitant d'avantage une juxtaposition plutôt qu'une complémentarité.

Ainsi si la mutualisation des plateaux techniques est devenue une opinion partagée, sa mise en application entre le public et le privé se heurte aux différences de statut des médecins dont les modes de fonctionnement et de rémunération sont différents.

L'offre hospitalière en France est importante et très diversifiée. Les missions dévolues aux différents types d'établissements ne permettent pas de les distinguer clairement, bien au contraire certaines missions réservées aux CHU sont aujourd'hui revendiquées par d'autres structures publiques et privées.

Dans ce contexte et avec la perspective d'une baisse de la ressource médicale, les critères d'attractivité, pour un exercice hospitalier, mis en avant par les professionnels vont être utilisés pour mettre en compétition les établissements afin d'attirer les médecins.

4.2.2 *La répartition des acteurs entre les régions.*

4.2.2.1 *Une grande hétérogénéité de répartition géographique des établissements et des acteurs médicaux*

Il existe une très grande hétérogénéité entre les régions aussi bien de répartition des établissements que des médecins.

Pour ce qui concerne la répartition des établissements, quelques exemples peuvent illustrer ce constat, ceci étant les différents tableaux que nous apportons plus haut, amènent tous les détails nécessaires à une analyse précise.

Certaines régions ont deux CHU, d'autre un seul, sans que l'effectif de la population puisse expliquer ces différences. De la même manière, certaines régions ont un seul CLCC, d'autres n'en ont pas. Il existe même des régions avec deux CHU et deux CLCC.

Ces constats sont le fruit de l'histoire qui s'est construite à partir de décisions politiques dont on cherche aujourd'hui les justifications. Globalement l'Île de France, l'Aquitaine, PACA, Languedoc-Roussillon dénombrent beaucoup plus d'établissements publics et privés que le reste des régions françaises.

Le rapport du CES 2005 constatait : « certes, un vaste mouvement de restructuration de l'offre de soins a été engagé depuis plus de dix ans. Il s'est traduit par la baisse de 13 % du nombre de lits entre 1992 et 2000 et par une réduction du nombre de lits autorisés, le taux moyen de lits passant de 5,1 % lits pour 1 000 habitants en 1994 à 4,4 en 2002. Le risque de l'évolution de restructuration si elle n'est pas assortie d'un cahier des charges, est qu'elle fasse apparaître les secteurs géographiques entiers où seules les cliniques avec médecins du secteur 2 seront présentes dans les disciplines de la médecine, chirurgie, obstétrique. La réduction des inégalités de l'offre de soins a bien été amorcée mais beaucoup reste à faire. Certes l'écart entre les régions les mieux dotées en lits et celles les moins bien dotées a baissé de 5 % depuis 1990. Mais plusieurs régions souffrent toujours d'un équipement insuffisant : Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Haute-Normandie et Centre, alors que d'autres présentent des excédents importants. En soins de suite et de réadaptation, on observait par exemple en 2002 une surcapacité de 40 % en région PACA et en Corse et un déficit de 10 % en Ile de France. Le redéploiement de l'offre hospitalière apparaît ainsi très incomplet ».

En ce qui concerne les acteurs médicaux, l'état des lieux que nous avons fait révèle des situations régionales très contrastées avec des effectifs importants en Ile-de-France dans tous les établissements publics et privés et en PACA, dans le secteur privé lucratif.

Les effectifs dans le CHU en Ile-de-France sont proportionnellement beaucoup plus importants que ce qu'ils sont dans les autres régions, ce constat ne peut pas être sans incidence sur le système de formation et la recherche.

Le contraste entre les régions est également important pour les CHS avec des régions telles l'Auvergne où les effectifs sont particulièrement bas.

De même, les chiffres relatifs aux vacances de poste (Tableau 4.1.2.) sont éloquentes. Certes, comme l'indique à juste titre la Cour des Comptes, dans son rapport 2006, cet indicateur a des limites : le nombre réel de vacances n'est pas connu avec précision et, sauf à admettre l'hypothèse que tous les postes correspondent à un besoin, il ne constitue pas une mesure satisfaisante de la pénurie de médecins à l'hôpital¹⁷. Néanmoins, les données disponibles sont significatives des disparités régionales avec des taux de vacances pour les PH à temps complet de plus de 20 % en Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et Picardie pour la seule métropole.

Il est essentiel d'insister sur le fait que le nombre de médecins va diminuer et que certains établissements publics ou privés ne pourront plus fonctionner. Les projections établies par le rapport de l'ONDPS, en 2005, laissent à penser que le secteur public serait bénéficiaire par rapport au secteur privé, dans la mesure

¹⁷ Cour des Comptes, rapport publique thématique mai 2006 : les personnels des établissements publics de santé

où, chose fort improbable, les comportements des médecins ne seraient pas modifiés. Ce qui est plus probable par contre, c'est que certaines régions déjà en difficultés pourraient demain l'être beaucoup plus.

De nombreux rapports (notamment du CES) se sont penchés sur les relations entre santé et aménagement du territoire. Cette préoccupation repose sur le fait que 'l'installation des professionnels est libre dans notre pays [et] qu'elle paraît donc déterminée par le libre arbitre individuel et à ce titre insoumise à de quelconques régularités statistiques qui permettraient d'envisager sa maîtrise.»³².

De même, elle appelle des réponses pour résoudre ce qui est considéré comme « le paradoxe fondamental du système de santé français, provenant du fait qu'en général l'offre la plus abondante et la plus variée n'est pas là où les besoins sont les plus grands »³³.

4.2.2.2 *Les éléments les plus marquants de cette hétérogénéité interrégionale de la ressource médicale hospitalière*

La répartition géographique des moyens en personnels médicaux (salariés et libéraux) est révélatrice de très nombreuses disparités interrégionales qui peuvent nuire à l'égalité d'accès aux soins.

La région Ile de France, à elle seule, emploie 24,5 % des praticiens salariés (en équivalents temps plein), près de 16% des médecins libéraux exclusifs et environ 20% des médecins libéraux, soit plus des deux tiers du potentiel médical exerçant en établissements de santé alors qu'elle ne rassemble que 18 % de la population.

La région Provence-Alpes-Côte-d'Azur emploie 7,5 % des praticiens salariés et la région Rhône-Alpes 8,7 %. Or, si ces deux régions emploient à peu près la même proportion de médecins libéraux exclusifs (8,3 % pour la première, 9,7 % pour la seconde), en revanche la région PACA emploie près de 21 % de médecins non exclusifs (près de 20 % en Ile de France et « seulement » 7,8 % en Rhône Alpes).

La région Languedoc-Roussillon et la région Lorraine emploient la même proportion de praticiens salariés (3,6 %), en revanche la première bénéficie d'une proportion de médecins libéraux plus de trois fois supérieure à la seconde en ce qui concerne les médecins exclusifs et plus de deux fois supérieure à la seconde pour les libéraux non exclusifs.

Si la région Aquitaine et la région Pays de la Loire disposent de praticiens hospitaliers salariés en proportion identique, la première est mieux dotée que la seconde en effectifs de médecins libéraux exclusifs et non exclusifs.

La région Alsace et la région Centre disposent de personnels médicaux salariés comparables mais la région Centre est mieux dotée en emploi de médecins libéraux exerçant en établissements de santé pour une population générale plus importante en région Centre.

Ces divers éléments montrent que le maillage médical est très hétérogène entre les régions. Mais certaines d'entre elles bénéficient d'une homogénéité intrarégionale entre les différents modes d'exercice en établissements. C'est le cas de la région Rhône-Alpes, de la région Poitou-Charentes, en Guadeloupe et dans une moindre mesure la région Nord-Pas-de-Calais, la région Aquitaine et la Corse. En revanche d'autres sont marquées par de très forts déséquilibres intrarégionaux comme la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou la région Languedoc-Roussillon et cela au bénéfice de l'exercice libéral.

³² Santé publique et aménagement du territoire, Emmanuel Vigneron, Marion Glatron et Jean-Yves Jacob, DATAR, 2000

4.2.2.3 *Les professionnels de santé favorables à un traitement régional plus coercitif de l'offre de soins hospitalière.*

Les auditions ont fait émerger un certain nombre de positions :

La réflexion sur l'offre de soins hospitalière doit se faire à l'échelle de la région voire pour certaines activités innovantes, de l'inter région. Les Conseils Régionaux doivent s'impliquer et être impliqués sur cette question de l'offre de soin hospitalière, l'ARH doit voir son autorité évoluer sur l'ensemble de l'offre de soin, hospitalière et autre.

L'organisation de l'offre de soins hospitalière doit être pensée en associant le secteur public et le secteur privé. Le souci majeur qui doit être présent à l'esprit est d'assurer une complémentarité entre les établissements permettant à chaque médecin du secteur public d'éviter l'isolement et d'accéder aux différents plateaux techniques dont il a besoin dans l'exercice de son métier.

Il est également fait allusion, avec insistance, aux rôles des hôpitaux locaux dont la situation est liée à celle des médecins libéraux. L'objectif est que l'hôpital local permette de regrouper les médecins libéraux pour qu'ils travaillent en partenariat avec les centres hospitaliers. L'hôpital local doit autoriser l'exercice d'une activité mixte en médecine, SSR et USLD et doit disposer d'un plateau technique suffisant pour faire face aux soins de proximité et aux soins de suite, sans maternité et sans chirurgie. L'hôpital local doit être un élément essentiel d'une régulation plus homogène des médecins de premier recours dans chaque région.

En fait les avis convergent pour penser que chaque région doit s'organiser de telle manière que l'hôpital local permette l'exercice dans un environnement sécurisé de l'offre de soin de proximité, que les centres hospitaliers soient regroupés et suffisamment bien équipés en plateaux techniques avec une masse critique de médecins suffisante pour les rendre attractifs et efficaces.

4.2.2.4 *Le numerus clausus et l'examen classant national sont des outils de régulations démographiques inadaptés*

Mais la question de la répartition géographique des médecins et notamment des spécialistes sur le territoire national se construit très tôt lors des études médicales. Actuellement, ni la répartition du numerus clausus, ni celle de l'ECN, ni la formation CHU centrée, ne sont des outils de régulation efficaces de la démographie hospitalière et des choix d'installation.

Nous avons vu que l'ECN allait à l'encontre des objectifs souhaités et ne ferait donc qu'aggraver à terme la répartition inhomogène des médecins sur le territoire national.

A l'exception des étudiants et des internes, tous y compris les Chefs de cliniques assistants condamnent l'ECN dans sa formule nationale actuelle et souhaitent un examen régional ou inter régional afin d'apporter plus d'efficacité dans la répartition géographique des médecins dont on sait qu'ils sont attachés dès le début de leur formation à leur région. En effet le rapport de la DRESS en 2005¹² révèle que, suivant les régions, 61,5 % à 80 % des étudiants ayant eu leur diplôme dans la région s'y installent. Par ailleurs il y a un consensus pour penser aux limites que constitue en matière de démographie hospitalière la formation CHU centrée qui exclut toute connaissance des différents modes d'exercice.

¹² Rapport DREES – Série statistiques - Les médecins - estimations au 1er janvier 2005 Daniel SICART n° 88 – octobre 2005

Il existe une grande hétérogénéité de répartition sur le territoire national à la fois des établissements hospitaliers et des acteurs médicaux. Quelques très fortes inégalités interpellent. Dans un contexte de baisse annoncée des effectifs et du temps médical, on pourrait craindre que certains territoires soient plus en souffrance que d'autres et que certaines structures hospitalières ne soient plus en mesure de fonctionner faute de temps médical suffisant. Afin que les tâches des différents établissements soient mieux réparties, les professionnels de santé appellent à une plus forte implication des ARH dans l'organisation hospitalière régionale.

Le numerus clausus des études médicales et l'examen classant national n'apparaissent à l'évidence pas comme des outils de régulation de la démographie hospitalière.

4.2.3 La répartition par spécialités

Il existe un grand nombre de spécialités médicales et chirurgicales qui sont obtenues au terme de l'internat et sanctionnées par un diplôme qualifiant DES ou DESC de type II. Certains métiers médicaux qui ne font pas l'objet d'un de ces diplômes peuvent cependant s'exercer au terme d'une formation acquise au travers de capacités, DESC de type I (non qualifiant), voir de diplômes universitaires.

C'est aujourd'hui toute l'ambiguïté qui existe entre le métier réellement exercé et le diplôme acquis au terme de l'internat qualifiant. Nous avons convenu dans l'état des lieux de rassembler sous la terminologie « spécialités médicales » l'ensemble des spécialités médicales y compris anesthésie réanimation et pédiatrie, de la même manière pour les spécialités chirurgicales, nous y avons inclus la gynécologie obstétrique. La psychiatrie, la médecine générale et la biologie ont été chacune individualisée.

4.2.3.1 Les principaux éléments révélés par l'état des lieux

L'ensemble des « spécialités médicales » rassemble plus de 50 % des médecins du public et des médecins salariés et libéraux du secteur privé.

L'ensemble « spécialité chirurgicale » ne rassemble que 17 % des ETP du secteur public alors qu'il compte pour 36 % des libéraux exclusifs et 31 % de libéraux non exclusifs du secteur privé.

La médecine générale est très représentée dans le secteur public en représentant 15 % des acteurs médicaux de ce secteur.

En ce qui concerne les spécialités médicales :

- dans le secteur public on note que l'anesthésie réanimation représente 20 % des ETP à l'inverse la cancérologie (oncologie et radiothérapie) ne représente que 2,2 % ;
- dans le secteur privé l'anesthésie réanimation représente 16 % des médecins, la radiologie 13 %, la cardiologie 17 %. Dans ce secteur la radiothérapie et l'anesthésie réanimation ont un exercice très majoritairement libéral exclusif, contrairement aux autres spécialités médicales qui ont majoritairement un exercice non exclusif.

En ce qui concerne la chirurgie :

- dans le secteur public c'est la gynécologie obstétrique qui rassemble le plus d'ETP, 26,4 %. L'orthopédie et la chirurgie traumatologique rassemblent 15,2 %. A l'inverse la chirurgie plastique et reconstructive ne compte que pour 1,1 % des ETP ;
- dans le secteur privé ce sont les ophtalmologistes qui représentent la part des chirurgiens la plus importante 18 %, les gynécologues obstétriciens, les orthopédistes et les chirurgiens ORL représentent chacun 14 %. A l'inverse la neurochirurgie ne compte que pour 0,8 % des chirurgiens du secteur privé.

En ce qui concerne la répartition régionale, les médecins spécialistes exercent majoritairement en PACA, Rhône-Alpes, Ile-de-France. PACA concentrent une part très importante des médecins exerçant en secteur privé comparativement à la population qu'elle représente.

Au sein d'une spécialité, la répartition entre les secteurs d'exercice peut être très contrastée d'une région à une autre. Par exemple pour la cardiologie en PACA le secteur public compte pour 7,5 % des ETP, le secteur privé pour 20,4 % des libéraux alors que par exemple en Rhône-Alpes les cardiologues représentent 7,9 % des ETP du public et 6,8 % des libéraux en Ile de France 20 % des ETP du public et 16,5 % des libéraux.

4.2.3.2 *La question de la médecine générale et de sa place dans les établissements de santé est à considérer.*

Actuellement on peut constater que le nombre de médecins généralistes exerçants dans les établissements de santé est important. En secteur public, près de 7 500 ETP salariés, en secteur privé 1 500 ETP salariés exercent.

Le plus souvent ces médecins exercent dans les services d'urgence ou dans ceux de gériatrie, notamment. Cela signifie que ces médecins sont diplômés en médecine générale et ont acquis la capacité d'urgence ou de gériatrie. Demain ils seront issus du DES de médecine générale, et seront diplômés du DESC de gériatrie ou de médecine d'urgence pour ne parler que de ces deux exercices.

On voit là une confusion extrêmement préjudiciable qui est en train de s'installer dans la mesure où la spécialité médecine générale conduira à des exercices très diversifiés, soit la médecine ambulatoire, soit la médecine polyvalente qualifiée urgence, gériatrique ou autre avec un exercice en établissement de santé.

Les auditions nous ont permis d'aborder la question de la place de la médecine générale en établissement de santé.

Les plus jeunes considèrent que la spécialité médecine générale doit correspondre à la médecine ambulatoire et au métier de médecin de famille. Ils revendiquent d'ailleurs de manière cohérente une formation de troisième cycle tournée vers la médecine ambulatoire.

D'autres professionnels considèrent que dans certains services des établissements, notamment de chirurgie, il y a un besoin de médecine polyvalente pour la prise en charge après les interventions chirurgicales des pathologies médicales. Antérieurement cette mission était dévolue aux anesthésistes réanimateurs qui actuellement ne souhaitent plus l'exercer. Ceci étant là encore, une dichotomie claire devra être faite avec la médecine interne.

La médecine générale regroupe donc, en fait la médecine ambulatoire, la médecine polyvalente en établissement de santé, et les exercices qui n'ont rien à voir avec la médecine ambulatoire tels que l'urgence, la gériatrie, notamment qui s'exercent en établissement de santé.

Il n'est pas certain que l'on puisse plus longtemps maintenir ces ambiguïtés, voire ce flou qui peuvent à terme énormément pénaliser la médecine ambulatoire et qui quoiqu'il en soit ne permettent pas des prévisions cohérentes au niveau de la formation des différents spécialistes.

4.2.3.3 *L'exercice de la psychiatrie dans les établissements de santé soulève des questions très spécifiques.*

Sur les 552 établissements ayant une activité de psychiatrie, 265 sont de statut public dont 90 sont des établissements publics de santé mentale (CHS). Parmi les 287 établissements privés, 24 sont des « hôpitaux psychiatriques privés » qui exercent une mission de service public, notamment la politique de sectorisation et les hospitalisations sous contrainte, ils ne sont répartis que sur 12 régions. Par ailleurs, plus de la moitié sont des établissements privés à but lucratif.

Au regard de leur poids démographique, on note un nombre d'établissements plus important en Aquitaine, Languedoc-Roussillon, PACA, Ile-de-France et Corse. A l'inverse, l'Alsace et la Martinique comptent peu d'établissements par rapport à leur population.

Ce sont au total 86 743 lits et places dont 71 % dans le secteur public qui sont installés.

Au sein des établissements publics, les CHS représentent plus des deux tiers des lits et places et les CH le quart des capacités. Parmi les établissements privés, les UPP regroupent un quart des lits et la moitié des places et les privés à but lucratif plus de 60 % des lits et 5 % des places.

En terme d'activité, sont réalisées en psychiatrie 564 344 entrées en hospitalisation et 5 033 587 venues, en hospitalisation à temps partiel. Le secteur public réalise 70 % des entrées et près de 80 % des venues.

Au sein des établissements privés, les UPP réalisent une part des entrées en hospitalisation complète et des venues en hospitalisation à temps partiel correspondant à leur part respective de capacité.

Les auditions des syndicats de psychiatres ont fait ressortir les principaux points suivants :

- le pénibilité et la dangerosité du travail en milieu hospitalier ne sont pas assez prises en compte, notamment dans les rémunérations, ce qui conduit de plus en plus les jeunes à se tourner vers le secteur libéral. La comparaison public/privé est jugée, par les syndicats du secteur public, toujours défavorable au premier, que ce soit en termes de conditions de travail ou de rémunération ;
- les psychiatres ont le sentiment d'être instrumentalisés par l'ordre public, notamment s'agissant de l'obligation de soins ;
- le service public doit être réparti de façon équitable sur le territoire. Or, il existe de fortes disparités régionales et à l'intérieur des régions, entre les métropoles et la périphérie. Il faut compenser les surcoûts liés notamment aux transports. La répartition des médecins doit se faire sur une base sociodémographique ;
- même si le phénomène est moins accentué pour la psychiatrie que pour les autres filières, la formation des internes reste encore CHU-centrée, notamment par les nombreuses formations obligatoires uniquement dispensées par les universitaires ;
- la présence des médecins généralistes dans les structures psychiatriques est indispensable car beaucoup de maladies somatiques sont encore mal diagnostiquées. Les internes en médecine générale devraient passer par un service psychiatrique au cours de leur formation ;
- une association plus grande des psychologues et des personnels para-médicaux au travail des psychiatres va dans le bon sens ; elle doit néanmoins s'accompagner d'une adaptation de la formation des psychologues, qui actuellement n'ont pas de formation clinique. Il faut également tenir compte du fait que le psychiatre reste le seul compétent pour prendre un certain nombre de décisions sur le protocole thérapeutique et que c'est lui qui porte la responsabilité du suivi du patient.

4.2.3.4 *Les orientations vers les différentes spécialités ne sont pas dictées par des critères fondés sur les besoins.*

Comme nous l'avons vu précédemment, l'orientation vers les différentes spécialités n'est actuellement pas satisfaisante. Elle se fait d'une part, au travers des postes attribués dans les différentes filières de l'ECN en sachant que les filières « disciplines médicales » et « disciplines chirurgicales » rassemblent un grand nombre de spécialités qui correspondent à autant de métiers différents. D'autre part, pour les disciplines non filiarisées, par les postes qui sont ouverts localement dans les hôpitaux par les DRASS en sachant là encore que le taux d'inadéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre d'étudiants varient considérablement (de 0 à 20 %) d'une région à une autre.

Le rapport de la Commission Démographie Médicale d'avril 2005 relevait : « Ainsi la répartition des internes par filière et par région ne s'appuie pas de façon évidente sur des critères qui tiennent compte à la fois des besoins de santé et des données démographiques. Elle est plus une réponse aux lobbies qui fondent leurs argumentations sur des données partiales et non pas sur des données objectives et stabilisées. »

Ainsi l'orientation vers les différentes disciplines après l'ECN se fait habituellement très précocement et elle est fondée sur un certain nombre de facteurs dont les principaux sont notamment :

- la connaissance de la discipline acquise au cours du deuxième cycle des études médicales
- la pénibilité de la spécialité
- la rémunération
- le dynamisme des services du CHU d'affectation.

La rémunération est un critère de choix de la spécialité qui explique en partie l'orientation vers les spécialités à forte valence médico-technique telle la radiologie ou la cardiologie. En effet, et les rémunérations différentes des spécialistes exerçant dans le secteur privé à but lucratif le démontrent, la rémunération de l'acte intellectuel est trop faible en comparaison de celle qui est apportée à l'acte technique.

A aucun moment le critère besoin est un élément imposant une quelconque orientation. Dans des périodes où les effectifs n'ont fait qu'augmenter, on peut imaginer que les besoins aient pu être couverts. Mais dans des périodes à venir où les effectifs vont baisser de manière importante, le risque est que certains besoins, au moins dans certains établissements et dans certaines régions, ne soient plus assurés.

4.2.3.5 *Des filières de formation de l'internat qui ne répondent pas aux besoins.*

Le 3^{ème} cycle des études médicales ne répond pas aux exigences démographiques.

D'une part il a été pointé du doigt dans plusieurs rapports que nous avons cité dans l'état des lieux que les filières de formation ont conduit à protéger certains métiers médicaux ou chirurgicaux aux dépens de tous les autres. Ce constat a été rendu d'autant plus évident que sont arrivées en 3^{ème} cycle des promotions issues de très faibles numerus clausus des études médicales instaurés entre les années 1990 et 2000. Ainsi en 2003, 39 % des postes de l'ensemble « spécialités chirurgicales » plus gynécologie obstétrique ont été réservés à la seule spécialité gynécologie obstétrique, les 12 autres spécialités se partageant les 61 % restant. Le même constat peut être fait pour les disciplines médicales ou sur l'ensemble anesthésie réanimation, pédiatrie, spécialités médicales, l'anesthésie réanimation s'est vue réservée 22 % des postes et les « spécialités médicales » 60 %. C'est à la suite de ce constat que la commission démographie médicale a proposé en 2005 de substituer aux onze filières, cinq filières qui sont : médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie médicale et recherche biomédicale, médecine générale.

D'autre part il est apparu, notamment à la Conférence des doyens de médecine que la formation au cours de l'internat est d'emblée trop spécialisée et n'offre pas aux internes une culture médicale ou chirurgicale initiale assez large. Les étudiants en médecine passent d'une formation de 2^{ème} cycle à une formation souvent très spécialisée, ils passent d'un statut d'étudiant à un statut de spécialiste sans avoir été entre

temps un peu médecin ou un peu chirurgien. Pour cette raison il a été proposé, par la Conférence des doyens et par la Commission démographie médicale d'envisager en début d'internat « des tronc communs de formation, d'une part pour les disciplines chirurgicales d'autre part pour les disciplines médicales avant la spécialisation dans chacune de ces grandes voies, afin que les internes acquièrent une culture médicale de 3^{ème} cycle de base avant toute spécialisation ».

Une naturelle recombinaison des filières de formation pourrait répondre au double objectifs, celui de faciliter l'orientation des internes vers les spécialités médicales ou chirurgicales où des besoins émergent, aucune spécialité, aucun métier ne devant être négligé au profit d'autres. Celui d'assurer une formation de base médicale et chirurgicale permettant justement de répondre plus facilement aux besoins.

4.2.3.6 Une interdépendance des différentes professions de santé

Un autre élément qui va devoir être pris en compte est celui du type d'exercice qui, dans une spécialité sera pratiqué.

Précédemment, c'est-à-dire jusqu'à la réforme de l'internat avec l'introduction du DES en 1984, bon nombre de spécialités pouvaient être accessibles soit par le CES soit par l'internat. Actuellement seule la voie de l'internat conduit à la spécialisation.

Or, dans certaines spécialités chirurgicales les médecins formés par le CES avaient pour beaucoup, une activité plutôt de la partie médicale de la spécialité. C'était le cas notamment en ophtalmologie et en ORL.

Les spécialistes actuels sont dans ces disciplines formés de manière très spécifique à la partie chirurgicale de la discipline.

Les générations CES vont partir à la retraite, la question est de savoir si l'activité importante qu'ils avaient aura la possibilité d'être pleinement assurée. Probablement pas.

Il est donc nécessaire dans la période qui s'ouvre de revoir l'organisation de l'offre de soins dans les établissements de santé.

Aussi il est préconisé dans le rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »³³ de mener une réflexion sur les délégations de tâches des médecins vers d'autres acteurs de santé existants ou à créer afin que les médecins puissent se recentrer sur leur cœur de métier qui justifie 9 à 11 ans de formation. Les cinq expérimentations³⁴ qui ont été menées et dont les résultats ont été récemment rapportés sont en ce sens très prometteuses et doivent conduire les établissements de santé à s'emparer de cette problématique.

Par ailleurs il est indispensable pour les établissements de santé de ne pas tenir compte de la seule démographie des médecins mais de porter au moins autant d'attention à celle des professions paramédicales. En effet il y a une forte dépendance des uns et des autres pour conduire une activité de soins. L'imagerie médicale a besoin de manipulateurs en électroradiologie, les chirurgiens des IADE et IBODE, toutes spécialités médicales et chirurgicales des IDE, les exemples pourraient être multipliés. La réflexion sur l'offre de soins notamment dans les établissements de santé doit être globalisée et non conduite en tuyaux d'orgue métier par métier.

Les spécialités médicales rassemblent plus de 50 % des médecins des établissements de santé publics ou privés. Les acteurs des spécialités chirurgicales sont plus nombreux dans le secteur libéral que dans le secteur public. Les choix de la spécialité ne sont pas orientés par des critères de besoins notamment parce que les filières de formation de l'internat n'intègrent pas cette dimension.

Les métiers issus de la formation par la médecine générale nécessaire aux établissements de santé doivent être clairement identifiés.

³³ Rapport « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » - Pr Yvon Berland octobre 2003.

³⁴ Rapport « cinq expérimentations de coopération et de délégations de tâches entre professions de santé » - Pr Yvon Berland et Dc Yann Bourgueil – juin 2006

L'exercice de la psychiatrie souffre d'une mauvaise répartition des acteurs entre le secteur libéral et le secteur hospitalier.

L'interdépendance des professions de santé doit être prise en compte dans la réflexion de la démographie médicale des établissements de santé.

4.3 Organisation infrarégionale et interrégionale des établissements de santé

Un certain nombre d'arguments ont été avancés ces dernières années pour favoriser à la fois l'organisation infrarégionale et interrégionale des établissements de santé. Il est utile de les rappeler et de les commenter.

4.3.1 La réorganisation infrarégionale de l'offre de soins

L'accès à un plateau technique performant et l'intégration dans une équipe médicale de masse critique suffisante sont des facteurs d'attractivité indéniables pour l'exercice médical dans les établissements de santé.

Ces conditions de travail sont difficilement remplies dans les établissements de petite taille qui sont souvent aussi situés en dehors des centres urbains importants et qui sont chargés d'assurer les soins de proximité.

Dans le cadre des coopérations interétablissements, des réseaux de santé et des complémentarités que préconisent les SROS de 3^{ème} génération (SROS3), ces établissements peuvent s'intégrer à des structures coopératives au sein des territoires (au niveau des secteurs sanitaires dans le cadre des SROS1 et 2) pour assurer des soins dans de meilleures conditions de qualité et de sécurité pour les patients comme pour les professionnels de santé.

Les SROS3 prévoient l'élaboration concertée de projets médicaux de territoire (PMT) au niveau de chaque territoire de santé. Ces PMT ont notamment pour objectif de favoriser une réorganisation territoriale de l'offre de soins conforme aux orientations du SROS, coordonnée entre les établissements de santé du territoire. Ils serviront de cadre de référence lors de la négociation des nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui doivent être conclus avant le 31 mars 2007 entre chaque établissement et l'ARH.

L'enjeu est, en tenant compte des exigences de la qualité et de la sécurité des soins, de mettre en place les coopérations utiles et de mutualiser les compétences et les ressources. Plusieurs outils facilitent cette mise en commun : l'exercice médical multisites qui ouvre droit dans certaines conditions au versement d'une prime spécifique (cf. rémunérations), les postes partagés, le développement régional et territorial des réseaux, la télémédecine, les groupements divers prévus par la loi...

Dans ce registre, plusieurs formules se sont succédées : syndicat interhospitalier (loi du 31 décembre 1970), groupement d'intérêt public (GIP) ou d'intérêt économique (GIE) prévus dans la loi du 31 juillet 1991, groupement de coopération sanitaire créé par l'ordonnance du 24 avril 1996, fédération médicale interhospitalière instituée par la loi de 1998 portant création de la couverture maladie universelle.

Il convient de noter que la disposition relative aux fédérations médicales interhospitalières n'a pas été supprimée par l'ordonnance du 2 mai 2005 et que la modalité reste envisageable bien que non prônée par les ARH. Beaucoup d'acteurs regrettent que l'organisation des établissements en pôles interhospitaliers n'ait pas été rendue possible dans la « nouvelle gouvernance ».

L'organisation de coopération avec des établissements plus importants est possible par le biais de convention ou la constitution de Groupement de coopération sanitaire (GCS). La législation autorise désormais les GCS à bénéficier d'autorisation d'activités de soins et ainsi du statut d'établissement de santé. Dans la pratique toutefois, les GCS sont le plus souvent organisés sans être directement employeurs de personnels médicaux ou non médicaux.

De nombreux observateurs et acteurs du système de soins hospitaliers s'accordent à considérer qu'il devient nécessaire de concevoir de nouveaux modes de gestion des ressources humaines à l'hôpital et de nouvelles modalités d'exercice des professionnels de santé, médicaux notamment.

Aussi il pourrait être évoqué l'intégration de l'ensemble des centres hospitaliers d'un territoire de santé au sein d'une seule et même entité juridique multisite, groupement hospitalier territorial, qui permettrait la constitution d'équipes médicales étoffées ce qui faciliterait également l'organisation de la permanence des soins au sein de ce territoire. La possibilité d'avoir accès pour leur propre exercice à un plateau technique performant serait offerte à tous les praticiens y compris à ceux qui exerceraient dans les sites les moins importants. Elle donnerait également la possibilité de constituer des pôles d'activités médicales multisites. Ceci aurait également l'avantage d'afficher clairement la volonté politique d'une indispensable complémentarité et solidarité intersites dans le souci d'organiser des soins hospitaliers répondant aux besoins de la population dans des conditions permettant d'assurer sécurité et qualité des soins.

Les modalités concrètes de cette organisation seraient déterminées par les instances de ce groupement hospitalier territorial en conformité avec le SROS et en cohérence avec le projet médical de territoire.

Ce groupement hospitalier territorial pourrait constituer avec les établissements de santé privés et les médecins libéraux un réseau ou un GCS permettant d'optimiser la gestion des plateaux techniques et des moyens d'hospitalisation qu'ils soient publics ou privés y compris pour l'accès des médecins libéraux dits de ville à ceux-ci ; toujours dans le cadre du projet médical de territoire qui serait élaboré par les établissements de santé avec les représentants des médecins libéraux.

Des conventions entre les CHU et ces groupements hospitaliers territoriaux pourraient déterminer les possibilités et modalités d'accès des praticiens aux plateaux techniques « universitaires » et de leur participation à la formation.

Par ailleurs au sein des territoires de santé la place des hôpitaux locaux en tant que plateau d'exercice pour les médecins libéraux doit être clairement affirmée.

Cependant l'intégration des équipes médicales à des structures supra-établissements reste un sujet de réflexion et de progrès. On ne peut sous-estimer le poids des statuts des personnels et de l'autonomie des établissements dans cette problématique.

4.3.2 La logique de l'interrégion

Parallèlement à l'émergence d'une approche territoriale de plus en plus marquée, se développe la logique de l'interrégion.

Cette approche est notamment celle des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) prévus par le décret n°2006-73 du 24 janvier 2006 pour décrire l'évolution de l'offre de soins dans cinq activités :

- la chirurgie cardiaque ;
- le traitement des grands brûlés ;
- la neurochirurgie ;
- les activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- les greffes d'organe et greffes de cellules hématopoïétiques.

Ces SIOS doivent être élaborés en 2006 en coordination par les ARH concernées. Ils vont permettre d'identifier des masses critiques suffisantes tant en terme de besoin de santé et de flux de patients, que pour ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins et la coopération entre les établissements de santé.

Cette approche va contribuer au développement de nouvelles coopérations inter hospitalières interrégionales, en plus de celles existantes dans des domaines comme la recherche clinique entre les CHU (mise en place des directions interrégionales de recherche clinique) et l'enseignement (révision des effectifs, échanges d'internes, échanges de formations) entre les CHU et les Universités.

Plusieurs CHU ont déjà choisi de se regrouper à l'échelle interrégionale pour créer des synergies dans certaines activités hospitalo-universitaires, à l'image des CHU de Lille, Caen, Rouen et d'Amiens qui ont fondé le « G4 ».

La recherche de limites interrégionales communes aux problématiques sanitaires et universitaires apparaît pertinente tant au niveau national qu'à l'échelle européenne, notamment pour ce qui concerne les appels d'offre européens concernant la santé (DG SANCO : Direction générale santé et protection des consommateurs, DG INFSO : Direction générale société de l'information).

L'interrégion est considérée par la plupart des acteurs comme un échelon pertinent pour la formation des internes sous réserve de :

- une évaluation partagée des besoins de formation appuyée par une évaluation partagée des besoins de santé et de l'évolution de l'offre de soins au niveau interrégional ;
- l'organisation d'un concours interrégional pour l'accès au 3^{ème} cycle ;
- une coordination organisée des Doyens et des CHU avec les DRASS et les ARH, dans le respect des identités propres à chaque région ;
- une participation plus affirmée des représentants des fédérations des établissements, des représentants des filières de formation, des représentants des internes et des URML ;
- la mise en place d'une animation interrégionale de la gestion des postes d'internes.

La pérennité de l'exercice des praticiens hospitaliers dans les différentes catégories d'établissements publics de santé passe par un accès à des plateaux techniques performants et l'intégration dans des équipes médicales de masse critique suffisante. Cela demande une réorganisation infrarégionale de l'offre de soins.

Parallèlement à l'émergence d'une approche territoriale se développe la logique de l'interrégion pour la formation, l'innovation et la recherche dans les établissements de santé.

5- Propositions

5.1 La nécessaire mise en place d'un système d'information performant et adapté au pilotage de la démographie des établissements de santé.

Proposition n°1 : Il n'existe actuellement aucun système d'information permettant de connaître aisément les effectifs médicaux des différents types d'établissements et les métiers réellement exercés. Les sources sont multiples et leur recueil obéit à des logiques différentes. Le risque est que l'on compte des acteurs dans un métier alors qu'ils ne l'exercent pas. Les meilleurs exemples dans les établissements sont celui de la médecine générale que bon nombre de titulaires exercent comme urgentiste ou gériatre et l'anesthésie réanimation dont certains sont affectés dans les établissements à d'autres missions que le soin. Aussi aucune régulation et aucun pilotage ne sont réellement possibles.

- Il est essentiel que soit mis en place, au plus vite, un système d'information permettant chaque année, à chaque médecin intervenant dans un établissement de santé, de renseigner quelques éléments essentiels pour permettre un suivi réel de l'offre de soin hospitalière.
- Ce système d'information doit prendre en compte non seulement le diplôme obtenu, DES ou DESC de type II, au cours des études mais aussi surtout le métier médical réellement exercé.

Proposition n°2 : La base de données nationale PMSI ne permet pas, en l'état, de mettre directement en relation l'activité avec les effectifs médicaux par spécialité.

- Une méthode de traitement des données PMSI permettant une mise en perspective de l'activité médicale des établissements avec le personnel médical par spécialité doit être élaborée au niveau national.

5.2 Une réorganisation profonde de l'offre de soins et des établissements de santé au niveau territorial.

Proposition n°3 : La pérennité de l'exercice des praticiens hospitaliers dans les différentes catégories d'établissements publics de santé, du niveau de proximité au niveau de référence, le recrutement et la fidélisation des personnels médicaux en zone non urbaine et en zone de sous densité médicale sont de réels sujets de préoccupation à présent et plus encore pour le futur.

- Il convient de favoriser la création d'un nouvel échelon d'établissement que la mission a dénommé « Groupement Hospitalier Territorial ». A l'image du Groupement de coopération sanitaire (GCS), ce groupement serait une structure de coopération interhospitalière. Etabli au niveau de chaque territoire de santé, il aurait vocation à être une structure de gestion mutualisée de ressources, notamment en personnel médical, et d'activités.
- Les médecins qui y seraient affectés, exerceraient une activité multisites donnant lieu au versement d'une prime plus attractive que celle existante, et auraient accès à la totalité des plateaux techniques des établissements membres du groupement.
- L'organisation des activités et la répartition des moyens au sein du groupement seraient définies dans un projet médical territorial, élaboré en commun par les établissements membres et validé par une conférence médicale territoriale.
- L'objectif serait de constituer des équipes médicales territoriales par spécialité à même d'intervenir aux différents niveaux de l'offre de soins et d'assurer une permanence des soins coordonnée et accessible à tous les patients selon un maillage territorialisé.
- Le Groupement Hospitalier Territorial pourrait participer par ailleurs à des GCS avec les établissements de santé privés, à des réseaux de santé régionaux ou territoriaux, et être associé à la formation médicale via une convention avec le CHU et l'Université.

- L'articulation du groupement territorial avec les hôpitaux locaux et la médecine libérale devrait également être recherchée.
- La mise en place de cette nouvelle organisation nécessite une adaptation de la loi qui pourrait passer par une première phase d'expérimentation dans plusieurs régions, sous le pilotage des ARH, avec des établissements volontaires par territoire.

5.3 Des missions des établissements de santé à préciser

Proposition n° 4 : Il existe actuellement une grande diversité d'établissements ayant des statuts différents et dont les missions ne sont en fait pas clairement définies de sorte que l'offre de soin hospitalière manque singulièrement de lisibilité.

- Dans une région donnée, dans les territoires de santé définis en tenant compte des spécificités régionales (population, ruralité, géographie, transport), chaque établissement de santé public et privé doit se voir affecté des missions en fonction d'un classement (1 à 3) permettant de lui définir un niveau de technicité.
 - le niveau 3 doit être celui réservé au CHU ;
 - tous les établissements de niveau 2 et 3 doivent avoir obligation de participer à la permanence des soins et à la réception des urgences générales ;
 - s'agissant du secteur public, un territoire de santé ne peut comporter qu'un Groupement Hospitalier Territorial pouvant comprendre plusieurs établissements géographiquement distincts ;
 - s'agissant des établissements privés, une coopération doit les lier soit à un Groupement Hospitalier Territorial soit à un autre établissement privé leur permettant d'atteindre une masse critique suffisante pour remplir les missions des établissements de niveau 2 dont la participation à la permanence des soins et à la réception des urgences ;
 - les hôpitaux locaux doivent dans ces territoires de santé être confortés pour jouer le rôle de plateau d'exercice pour les médecins libéraux y associant soins hospitaliers non spécialisés de premier recours en lien avec les maisons médicales mais aussi les soins de suite.

Proposition n°5 : Les évolutions qui se sont faites au cours des vingt dernières années ont élevé certains établissements publics ou privés à un niveau de compétence dans le soin et par là à une légitimité à enseigner, équivalente à celles des CHU. Comme le souligne, le sénateur Giraud dans son rapport « la spécificité des CHU se trouve menacée. Faute d'être suffisamment identifiée et rappelée aux établissements et structures concernés, son appréhension est faussée ».

Les réformes en cours, notamment la nouvelle gouvernance, la tarification à l'activité apparaissent comme des réformes techniques dont on peut craindre que la seule vocation soit économique. Même si cet aspect est à prendre en compte dans les établissements publics y compris dans les CHU, il ne saurait être le seul objectif car le risque serait grand de faire « taire l'envie » pour les plus jeunes d'exercer en CHU.

- Il convient donc de donner au CHU un nouvel élan et une nouvelle vocation de référence :
 - en recentrant ses missions ;
 - en actualisant les conventions entre d'une part les CHU, entité hospitalière, et d'autre part les UFR de médecine et les universités dans le cadre du CH et U et en imposant un volet médical dans le contrat quadriennal des universités pour un plus grand engagement universitaire des CHU ;
 - en évaluant régulièrement ses performances, et pas seulement économiques, et celles des médecins qui le composent par des bilans d'activités quadriennaux ;
 - en incitant les établissements à réserver un volant conséquent de postes de médecins et chirurgiens des hôpitaux engagés sur contrat pour un temps défini, par exemple 3 à 5 ans, éventuellement renouvelables pour donner aux équipes le dynamisme nécessaire à toute structure qui se veut performante et innovante ;

- en maintenant des structures médicales (services, unités fonctionnelles ou toute autre appellation librement retenue par l'établissement), garantes de l'attractivité et de la pérennité de chaque spécialité, dans une configuration leur assurant une masse critique d'acteurs suffisante pour leur conserver une labellisation universitaire ;
- en créant des pôles de compétence médicaux interrégionaux, sept au total, structures socles du soin innovant, de la formation des internes de spécialités, d'une recherche médicale collaborative capable de jouer un rôle dans le concert international.

5.4 Les ARH doivent veiller à une meilleure organisation de l'offre de soins régionale

Proposition n°6 : La multiplicité des établissements hospitaliers, notamment dans certaines régions, entretient la concurrence et favorise le « gaspillage du temps médical ».

- Les ARH doivent, au travers des SROS et SIOS, répartir les missions des établissements au sein des régions et interrégions avec plus d'autorité que ce le fut jusqu'à présent.
- Le SROS doit inévitablement tenir compte de la démographie médicale et de son évolution pour qu'il soit réellement opérationnel. Pour cela il doit s'appuyer sur les données transmises par les comités régionaux de l'Observatoire de la démographie des professions de santé.

Proposition n°7 : Il existe en France un très grand nombre d'établissements et l'évolution annoncée de la démographie médicale ne permettra pas de les faire fonctionner tous de manière optimale. C'est-à-dire notamment en assurant une masse critique suffisante de médecins pour répondre à un niveau de sécurité minimal.

- Il faut donc éviter de faire naître de nouveaux établissements et de nouveaux plateaux techniques mais conforter, et surtout rassembler, l'existant en concentrant les nouveaux plateaux techniques et en incitant à une collaboration entre les secteurs publics et privés.

5.5 Une modification du système de formation permettant d'influencer la démographie hospitalière

Proposition n°8 : Les différentes spécialités médicales et chirurgicales correspondent à autant de métiers différents rarement interchangeables. Il est actuellement impossible de faire des prévisions sur les nouveaux effectifs en dehors de l'anesthésie réanimation, de la gynécologie obstétrique, de la gynécologie médicale, de la pédiatrie, de la psychiatrie, de la santé publique et de la médecine du travail qui sont autant de filières individualisées au cours de l'internat. Le risque est grand de connaître une diminution dramatique des effectifs dans certaines spécialités indispensables au fonctionnement des établissements dont certaines missions spécifiques ne pourraient plus être assumées.

- Il convient de revoir les filières de l'internat, cinq filières doivent être identifiées : filière médecine, filière chirurgie, filière psychiatrie, filière biologie médicale et recherche biomédicale, filière médecine générale.
- Un tronc commun doit initier la formation dans chacune de ces cinq filières au début de l'internat.
- Au sein de ces filières, chaque spécialité devra faire l'objet d'une attention particulière afin d'éviter d'en privilégier certaines aux dépens de toutes les autres aussi indispensables.

Proposition n°9 : Il existe actuellement entre les régions - et les interrégions - une répartition inégale du nombre d'étudiants admis en PCEM2 (numerus clausus) et en 3^{ème} cycle (internes). Ces inégalités ne se superposent pas et ne recourent pas non plus complètement les inégalités régionales de répartition des médecins en exercice.

- Un rééquilibrage régional ou, de préférence, interrégional des affectations des étudiants (numerus clausus et internes) est essentiel si l'on souhaite atténuer les différences observées en matière de démographie médicale hospitalière.
- Ce rééquilibrage doit se faire au travers de plans pluriannuels.

Proposition n°10 : Les années qui vont suivre seront marquées par une augmentation très importante du nombre d'internes en médecine en formation. Dans certaines spécialités, ils ne pourront pas accéder à une formation de qualité au sein du CHU du fait d'un nombre limité de services formateurs.

- Il convient de favoriser dans les maquettes de formation des stages au sein de l'ensemble des CHU de l'interrégion, des stages hors CHU, dans les hôpitaux généraux d'abord mais aussi dans les établissements privés qui répondront au cahier des charges établi par les facultés de médecine et les coordonnateurs interrégionaux des spécialités.
- Afin que cette possibilité devienne véritablement opérationnelle et déclinée de manière volontaire par les facultés de médecine il conviendra de veiller à ce que les procédures de choix permettent que les postes affichés dans les CHU soient pourvus.

5.6 Une réponse à l'inadéquation entre demande de soins et offre, dans les établissements hospitaliers par une plus grande collaboration entre les professions de santé

Proposition n°11 : Quel que soit le numerus clausus, les trente prochaines années seront marquées par une diminution des effectifs médicaux et chaque acteur génèrera dans les établissements hospitaliers une production de soins moindre que celle des années antérieures. Considérer que les restructurations des services et des établissements ou une meilleure collaboration du secteur public et du secteur privé notamment, permettront à elles seules de combler le fossé qui ne va pas manquer de se creuser entre une offre médicale qui diminuera et des besoins qui ne cesseront d'augmenter, est un leurre.

- Il convient donc d'envisager au plus vite, dans un premier temps dans les établissements de santé public et privé, la délégation de tâches et la collaboration des professionnels de santé en identifiant, domaine de santé par domaine de santé, les métiers non existants qu'il convient de faire émerger au travers d'une formation universitaire. Ces nouveaux acteurs collaboreront avec les différents spécialistes médicaux et chirurgicaux qui pourront ainsi se recentrer sur leur cœur de métier et sur des missions qu'eux seuls peuvent exercer, au regard de leurs neuf à onze ans de formation.

5.7 Les différences de rémunération entre les secteurs d'activités et entre les spécialités sont à prendre en compte dans la réflexion démographique médicale

Proposition n°12 : La rémunération des médecins et chirurgiens des hôpitaux est dans certaines spécialités très différente entre le secteur public et le secteur privé. Ce constat fait craindre d'une part que les plus jeunes ne s'orientent de manière préférentielle vers les spécialités les plus rémunératrices d'autre part, que dans ces spécialités, l'orientation ne se fasse vers le secteur privé. « Dès l'instant où la politique démographique se fixe pour objectif d'infléchir la répartition spontanée des médecins entre les différentes spécialités, elle ne peut ignorer l'arme tarifaire »¹⁹.

- Il faut, d'une manière générale, que l'acte intellectuel soit revalorisé aux dépens de l'acte technique pour éviter que les écarts entre les spécialités génératrices d'actes techniques et les autres ne se creusent de manière injustifiée.
- Il faudrait permettre aux médecins et chirurgiens salariés des établissements de santé d'opter pour une rémunération à l'activité voire à l'acte.

¹⁹ Rapport conjoint IGAS/IGF – 1997 – <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974071590/index.shtm>

5.8 Une nécessaire attention à porter à l'accueil des jeunes médecins dans les établissements de santé publics

Proposition n°13 : Il ressort que l'attractivité de certains établissements de santé publics repose sur un certain nombre de facteurs tels l'existence d'un projet médical ambitieux et fédérateur, d'orientations médicales lisibles et responsabilisantes, d'une organisation interne médico-administrative fondée sur la recherche de l'efficacité.

Mais, de jeunes générations de futurs praticiens hospitaliers ne viendront grossir les rangs de leurs aînés que dans la mesure où ils s'estimeront reconnus et positionnés dans la structure hospitalière non seulement sur un plan médical, mais plus généralement quant à leur statut social.

- Il serait opportun d'ajouter un volet médical au projet social de l'établissement de santé afin de pouvoir offrir des services notamment aux jeunes praticiens hospitaliers et portant sur l'accès à un internat doté de moyens hôteliers significatifs, aux crèches hospitalières ou municipales, à l'harmonisation des conditions matérielles d'exercice (secrétariat, matériel informatique, accès aux outils de communication internes et externes modernes).

5.9 Une harmonisation à apporter entre établissements publics et privés participant au service public

Proposition n°14 : Il existe une grande diversité de statuts, d'une part des établissements publics ou participants au service public, d'autre part des médecins salariés de ces établissements. Cette diversité de statut et de rémunération introduit entre les établissements, une concurrence dans le recrutement des médecins qui est en défaveur des CH et CHU.

- Il est indispensable d'apporter une harmonisation aux conditions de rémunération et d'exercice des médecins entre ces établissements pour faire cesser la concurrence et favoriser la collaboration.

5.10 Désamorcer la bombe à retardement que constitue dans le secteur public le compte épargne temps

Proposition n°15 : Le processus de compte épargne temps va permettre, dans les dix prochaines années, aux médecins de s'extraire pendant de longues périodes de temps de l'activité hospitalière voire d'anticiper leur départ à la retraite de nombreux mois avant la date prévue. Ainsi l'offre de soins va se voir amputée d'un nombre d'ETP très important. Le risque est grand de voir les établissements dans l'impossibilité de pourvoir au remplacement des acteurs médicaux, utilisant leur CET, faute de ressources médicales disponibles, étant donnée la diminution annoncée du nombre de médecins.

- Les établissements doivent dès à présent avoir une attitude proactive sur la question du CET et non pas comme c'est le cas actuellement, une attitude attentiste.
- La possibilité doit être donnée aux établissements de rémunérer les jours du CET pour ne pas risquer, dans un avenir proche, une chute importante et brutale de la ressource médicale.

5.11 Une identification clarifiée de la médecine générale dans les établissements hospitaliers

Proposition n°16 : L'avenir de la démographie de la médecine générale ambulatoire est incertaine compte tenu qu'actuellement il y a peu d'entrées dans cette spécialité et beaucoup de sorties. Les établissements hospitaliers contribuent à cette incertitude car bon nombre de médecins qualifiés généralistes y exercent dans différents métiers, urgentistes, gériatres, médecins polyvalents notamment.

- Les métiers issus du diplôme (DES) de médecine générale nécessaires aux établissements de santé doivent être clairement identifiés.
- Les besoins de ces métiers par les différentes catégories d'établissements doivent être quantifiés.
- Ces besoins doivent être pris en compte lors de l'évaluation des besoins de formation de la filière médecine générale de l'internat.

5.12 Permettre aux psychiatres des établissements de santé de se recentrer sur leur cœur de métier.

Proposition n°17 : La psychiatrie est une des spécialités qui verra une chute des plus importantes des effectifs au cours des vingt prochaines années. Les établissements de santé notamment publics risquent d'être mis en grande difficulté.

- Les médecins psychiatres doivent pouvoir se recentrer sur leur métier et ne pas être confrontés à une multitude de missions, dans le domaine social ou juridique notamment.
- Des collaborations, dans les établissements, avec leurs partenaires naturels que sont les infirmiers et les psychologues doivent être favorisées par une formation adaptée de ces partenaires.
- Le plan santé mentale doit être incontestablement complété par un volet démographique.

Synthèse des 17 propositions

1. Mettre en place un **système d'information** performant adapté au pilotage de la démographie des établissements de santé.
2. Permettre à la base de données nationale **PMSI** de mettre directement en relation l'activité avec les effectifs médicaux par spécialité.
3. Créer dans chaque territoire de santé un **Groupement Hospitalier Territorial**.
4. Affecter à chaque établissement de santé des **missions en fonctions d'un classement de 1 à 3** permettant de lui définir un niveau de technicité.
5. Donner au **CHU** un nouvel élan et une nouvelle **vocation de référence**.
6. Répartir réellement au travers des **SROS** et des **SIOS** les **missions** des établissements au sein de chaque région et interrégion.
7. Eviter de faire naître de nouveaux établissements et de nouveaux plateaux techniques mais **conforter et rassembler l'existant** en incitant à une collaboration entre les secteurs publics et privés.
8. **Réviser les filières de l'internat**, cinq filières doivent être identifiées : médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie médicale et recherche biomédicale, médecine générale.
9. **Rééquilibrer les affectations** des étudiants et des internes au travers de plans pluriannuels.
10. Améliorer la formation des internes en favorisant **des stages** interrégionaux dans les CHU, dans les CH et de manière ciblée dans des établissements privés.
11. Favoriser **la collaboration des professionnels de santé** notamment à partir de la délégation de tâches en identifiant les nouveaux métiers à faire émerger dans les établissements de santé.
12. **Revaloriser l'acte intellectuel** aux dépens de l'acte médico-technique et permettre, dans les établissements de santé, aux médecins salariés de pouvoir opter pour une rémunération à l'activité voire à l'acte.
13. **Améliorer l'accueil des jeunes médecins** dans les établissements de santé publics en ajoutant un volet médical au projet social de l'établissement de santé.
14. **Harmoniser** les conditions de rémunération et d'exercice des médecins des établissements publics et privés participant au service public.
15. Désamorcer la bombe à retardement que constitue dans le secteur public **le compte épargne temps** en donnant aux établissements la possibilité de rémunérer les jours de CET.
16. Définir les besoins des établissements de santé en médecins issus de la filière **médecine générale**.
17. Permettre aux **psychiatres** des établissements de santé dont le nombre va beaucoup diminuer dans les prochaines années de se recentrer sur leur cœur de métier et d'avoir des conditions d'exercice qui ne soient pas dissuasives.

Liste des personnes auditionnées

Acker Dominique	Chargée de mission – DHOS
Alezrah Charles	Chef du service psychiatrie du CH de Thuir
Allaire Luc	Chef de service – DHOS
Autret Alain	Président du syndicat de la coordination nationale des médecins hospitalo-universitaires
Barguy Frédéric	Syndicat national des professeurs hospitalo-universitaires (SNPHU)
Besse Antoine	Président du Syndicat national des psychiatres privés (SNPP)
Bougerol Thierry	Président du Syndicat universitaire de la psychiatrie (SUP)
Boyer Fabrice	Inter syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH)
Chaleix Mylène	DREES
Charpentier Bernard	Président de la conférence des doyens
Chauvin Gilles	Président de la CME du CH de Mont de Marsan – Vice-président de la conférence des présidents de CME de CH
Cuneo Philippe	DREES
Danis Ken	Président de la Fédération hospitalière privé (FHP)
Dupuis Yves-Jean	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)
Echarrar Xavier	Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)
Elhadad André	Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)
Fuentes Pierre	Président de la conférence des présidents de CME
Gaget Sarah	Inter syndicale nationale autonome des résidents internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
Garnier Jean-Pierre	Coordination médicale hospitalière (CMH)
Genet Jean Pierre	Président de la Conférence des CME des PSPH
Gidde Gisèle	Secrétaire générale de l'URML Languedoc Roussillon
Halimi Yvan	Président de la conférence des présidents de CME de CHS
Halligon Jean	Président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
Hardy Patrick	Vice-président du Syndicat universitaire de la psychiatrie (SUP)
Jacob Alain	Président du syndicat national des hôpitaux généraux, membre de l'inter syndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)
Juhan Pierre	Mission nationale d'appui au plan santé mentale (MNASM)
Leguay Denis	Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)
Litrico Stéphane	Président de l'Inter syndicat des chefs de clinique assistants des hôpitaux de ville de faculté (ISNCCA)
Lorson Patrice	Président de l'association nationale des hôpitaux locaux
Maigne Dominique	Délégué général de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)
Malapert Eric	Président des psychiatres d'exercice public (SPEP)
Masse Gérard	Mission nationale d'appui au plan santé mentale (MNASM)
Mir Olivier	Président de l'Inter syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH)
Montet Isabelle	Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)
Paresys Pierre	Président de l'union syndicale de la psychiatrie (USP)
Paul Castel	Président de la conférence des DG de CHU
Pech Jeanne	Chargée de mission à l'URML Languedoc Roussillon
Pelloux Patrick	Confédération des praticiens hospitaliers (CPH)
Piette François	Syndicat de la coordination nationale des médecins hospitalo-universitaires
Piquemal Angel	Président de la conférence des directeurs de CH
Piquet Bernard	Président du Syndicat national hospitalo-universitaire (SNHU)
Rahmouni Alain	Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)

Revel Myriam	Sous-directrice de l'Organisation du système de soins – DHOS
Rolland Jacques	Président du Conseil national de l'ordre des médecins
Rousset Alain	Président de l'Association des régions de France (ARF)
Schuers Matthieu	Président de l'Inter syndicale nationale autonome des résidents internes de médecine générale (ISNAR-IMG)
Scotton Jean-Marie	Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)
Skurnick Norbert	Président du Syndicat des psychiatres de secteur (SPS)
Somonnot Anne-Laure	Confédération des praticiens hospitaliers (CPH)
Staël Pierre	Président du syndicat des psychiatres français (SPF)
Vallet Guy	Directeur général de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille
Vignier Michel	Confédération des praticiens hospitaliers (CPH)
Vincent Gérard	Délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF)

ANNEXES

Répartition des différentes spécialités dans les établissements de santé publics et privés

SPECIALITES MEDICALES

ANATOMIE ET CYTOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	361	290	651	353,08		0
CH-CHR	163	83	246	189,75		0
CHS	3	4	7	4,60		
total public	527	377	904	547	0	0
CLCC	75	47	122	93,36		2
autres privés non lucratifs PSPH	14	9	23	19,16		4
autres privés non lucratifs non PSPH						69
privés lucratifs	0	0	0	0,00	62	1 318
total privé	89	56	145	113	62	1 393
total	616	433	1 049	660	62	1 393

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	9	2	11	8,95		2
Aquitaine	11	29	40	25,70		71
Auvergne	9	10	19	9,59	15	26
Bourgogne	12	3	15	10,30		22
Bretagne	12	12	24	16,00	5	64
Centre	23	6	29	22,05	5	34
Champagne-Ardenne	18	8	26	16,95	1	28
Corse	2		2	1,10	2	13
Franche-Comté	12	3	15	11,60		13
Ile-de-France	244	150	394	247,93	3	242
Languedoc-Roussillon	17	18	35	20,80	0	103
Limousin	6	7	13	7,20		16
Lorraine	16	15	31	16,80	2	68
Midi-Pyrénées	21	21	42	26,70	6	56
Nord-Pas-de-Calais	24	15	39	25,11	5	65
Basse-Normandie	13	5	18	11,47		17
Haute-Normandie	19	7	26	18,70	1	24
Pays de la Loire	28	8	36	27,10	1	22
Picardie	8	6	14	8,90		36
Poitou-Charentes	15	10	25	14,30		31
Provence-Alpes-Côte d'Azur	40	31	71	40,10	3	289
Rhône-Alpes	39	67	106	58,60	8	138
France métropolitaine	598	433	1 031	645,95	57	1 380
Guadeloupe	3		3	3,00		8
Guyane	6		6	2,00		
Martinique	4		4	4,00		
Réunion	5		5	5,00	5	5
France métropolitaine et DOM	616	433	1 049	659,95	62	1 393

ANESTHESIE-REANIMATION

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	2 824	387	3 211	2 832,69		0
CH-CHR	2 216	379	2 595	2 356,54		4
CHS	16	18	34	20,22		0
total public	5 056	784	5 840	5 209	0	4
CLCC	101	25	126	115,32		
autres privés non lucratifs PSPH	376	197	573	473,37	2	7
autres privés non lucratifs non PSPH	7	7	14	9,87	119	125
privés lucratifs	2	8	10	4,19	2 507	879
total privé	486	237	723	603	2 628	1 011
total	5 542	1 021	6 563	5 812	2 628	1 015

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	234	44	278	245,51	52	1
Aquitaine	263	89	352	297,54	181	70
Auvergne	121	6	127	122,05	56	6
Bourgogne	127	12	139	129,19	63	3
Bretagne	280	41	321	288,81	126	30
Centre	168	45	213	180,40	90	18
Champagne-Ardenne	102	31	133	108,04	59	20
Corse	20		20	18,86	21	
Franche-Comté	102	3	105	95,50	38	
Ile-de-France	1 189	332	1 521	1 304,02	450	181
Languedoc-Roussillon	219	29	248	229,73	138	79
Limousin	67	8	75	68,75	28	6
Lorraine	215	33	248	211,81	80	18
Midi-Pyrénées	249	8	257	248,69	173	14
Nord-Pas-de-Calais	295	47	342	298,80	93	97
Basse-Normandie	136	14	150	136,70	49	5
Haute-Normandie	139	15	154	142,30	68	5
Pays de la Loire	268	33	301	276,71	160	37
Picardie	126	30	156	131,54	36	41
Poitou-Charentes	140	17	157	138,09	72	14
Provence-Alpes-Côte d'Azur	463	56	519	473,70	286	279
Rhône-Alpes	472	120	592	512,87	274	77
France métropolitaine	5 395	1 013	6 408	5 659,61	2 593	1 001
Guadeloupe	21	1	22	22,00	7	3
Guyane	8	7	15	16,33		3
Martinique	47		47	43,66	8	1
Réunion	71		71	70,60	20	7
France métropolitaine et DOM	5 542	1 021	6 563	5 812,20	2 628	1 015

CANCEROLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	174	86	260	171,49		0
CH-CHR	180	149	329	216,69		0
HL		1	1	0,20		
CHS	2	2	4	2,20		
total public	356	238	594	391	0	0
CLCC	201	96	297	239,13	8	
autres privés non lucratifs PSPH	32	46	78	49,01		11
autres privés non lucratifs non PSPH	3	3	6	3,98	8	32
privés lucratifs	1	3	4	101,70	233	416
total privé	237	148	385	394	249	459
total	593	386	979	784	249	459

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	27	20	47	29,83	17	6
Aquitaine	19	11	30	21,55	20	49
Auvergne	11	6	17	13,90	7	7
Bourgogne	10	7	17	12,82	4	13
Bretagne	24	20	44	31,37	15	16
Centre	23	7	30	22,03	4	21
Champagne-Ardenne	12	6	18	12,37	9	5
Corse	2		2	2,00	4	
Franche-Comté	7	1	8	6,05	2	
Ile-de-France	145	128	273	278,97	44	118
Languedoc-Roussillon	12	9	21	14,05	16	31
Limousin	7	4	11	8,60	2	5
Lorraine	13	5	18	14,14	1	5
Midi-Pyrénées	20	12	32	22,93	22	22
Nord-Pas-de-Calais	16	21	37	22,46	15	30
Basse-Normandie	12	3	15	12,57	4	7
Haute-Normandie	10	7	17	10,72	12	5
Pays de la Loire	42	20	62	46,60	10	8
Picardie	13	15	28	15,17	6	3
Poitou-Charentes	27	9	36	25,70	1	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	72	38	110	82,75	14	81
Rhône-Alpes	63	37	100	71,82	20	25
France métropolitaine	587	386	973	778,40	249	457
Guadeloupe	2		2	2,00		2
Réunion	4		4	4,00		
France métropolitaine et DOM	593	386	979	784,40	249	459

CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	534	850	1 384	612,30		0
CH-CHR	974	1 131	2 105	1 319,65		6
HL	0	4	4	0,81		2
CHS	3	41	44	9,49		0
total public	1 511	2 026	3 537	1 942	0	8
CLCC	1	9	10	3,32		
autres privés non lucratifs PSPH	144	258	402	231,52	5	78
autres privés non lucratifs non PSPH	15	29	44	21,36	56	244
privés lucratifs	32	95	127	71,86	976	2 476
total privé	192	391	583	328	1 037	2 798
total	1 703	2 417	4 120	2 270	1 037	2 806

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	55	48	103	62,21	35	42
Aquitaine	56	112	168	90,32	107	178
Auvergne	34	45	79	41,78	20	29
Bourgogne	55	50	105	63,16	27	63
Bretagne	89	119	208	122,10	31	91
Centre	80	61	141	94,03	39	75
Champagne-Ardenne	39	44	83	50,03	30	36
Corse	12	3	15	9,70	9	20
Franche-Comté	32	34	66	39,79	14	19
Ile-de-France	320	670	990	460,13	174	460
Languedoc-Roussillon	52	76	128	66,52	49	241
Limousin	34	39	73	41,46	27	1
Lorraine	84	87	171	102,24	11	107
Midi-Pyrénées	71	122	193	103,04	117	98
Nord-Pas-de-Calais	125	124	249	160,12	55	141
Basse-Normandie	31	56	87	53,52	12	24
Haute-Normandie	42	51	93	54,21	26	42
Pays de la Loire	71	85	156	86,68	45	106
Picardie	79	70	149	99,12	17	35
Poitou-Charentes	60	65	125	73,98	20	65
Provence-Alpes-Côte d'Azur	134	220	354	171,38	80	705
Rhône-Alpes	108	215	323	179,26	82	181
France métropolitaine	1 663	2 396	4 059	2 224,78	1 027	2 759
Guadeloupe	13	4	17	13,47	1	12
Guyane	1	1	2	1,50		5
Martinique	10	10	20	11,86	3	6
Réunion	16	6	22	18,70	6	24
France métropolitaine et DOM	1 703	2 417	4 120	2 270,31	1 037	2 806

DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	201	612	813	262,90		0
CH-CHR	61	374	435	141,92		1
HL		1	1	0,05		
CHS	2	27	29	5,23		0
total public	264	1 014	1 278	410	0	1
CLCC	3	11	14	4,13		2
autres privés non lucratifs PSPH	3	47	50	13,15	1	20
autres privés non lucratifs non PSPH		8	8	1,38	7	65
privés lucratifs	0	2	2	0,29	144	489
total privé	6	68	74	19	152	576
total	270	1 082	1 352	429	152	577

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	13	21	34	13,24	5	32
Aquitaine	8	54	62	20,75		47
Auvergne	7	24	31	9,55	3	8
Bourgogne	7	22	29	9,28	2	10
Bretagne	11	50	61	17,96	6	20
Centre	9	31	40	12,30	31	24
Champagne-Ardenne	10	28	38	12,55	7	6
Corse	3	1	4	1,10		11
Franche-Comté	7	20	27	9,77		15
Ile-de-France	60	324	384	111,77	16	57
Languedoc-Roussillon	8	32	40	14,04	11	27
Limousin	2	11	13	4,65	5	6
Lorraine	10	23	33	13,70		14
Midi-Pyrénées	10	39	49	17,22	9	28
Nord-Pas-de-Calais	16	54	70	22,83	11	24
Basse-Normandie	5	19	24	8,27	2	5
Haute-Normandie	9	23	32	12,25	2	29
Pays de la Loire	17	49	66	21,36	4	16
Picardie	6	23	29	8,43	2	9
Poitou-Charentes	4	22	26	7,42	4	7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	98	120	31,56	14	112
Rhône-Alpes	15	109	124	35,75	17	61
France métropolitaine	259	1 077	1 336	415,75	151	568
Guadeloupe	5		5	4,50		5
Guyane	3		3	3,00		1
Martinique	3	4	7	5,20		1
Réunion		1	1	0,60	1	2
France métropolitaine et DOM	270	1 082	1 352	429,05	152	577

ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	239	436	675	281,89		0
CH-CHR	241	242	483	308,18		0
HL		2	2	0,15		1
CHS	0	4	4	1,20		0
total public	480	684	1 164	591	0	1
CLCC	3	3	6	3,15		
autres privés non lucratifs PSPH	26	54	80	44,91	4	22
autres privés non lucratifs non PSPH		4	4	1,27	11	27
privés lucratifs	3	23	26	10,73	95	292
total privé	32	84	116	60	110	341
total	512	768	1 280	651	110	342

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	10	12	22	12,75	5	18
Aquitaine	9	25	34	17,15	3	27
Auvergne	12	8	20	11,70	1	3
Bourgogne	19	12	31	20,08	1	9
Bretagne	20	23	43	25,12	3	2
Centre	11	14	25	15,90	4	7
Champagne-Ardenne	18	25	43	23,11	2	1
Corse	1	2	3	1,05	0	10
Franche-Comté	13	7	20	14,70		8
Ile-de-France	89	205	294	127,42	20	37
Languedoc-Roussillon	27	46	73	36,13	9	23
Limousin	8	7	15	9,02	2	4
Lorraine	30	12	42	30,97	2	11
Midi-Pyrénées	31	57	88	41,58	20	22
Nord-Pas-de-Calais	40	57	97	50,57	11	12
Basse-Normandie	11	5	16	10,05	1	
Haute-Normandie	14	11	25	16,40	1	
Pays de la Loire	25	20	45	23,05	9	13
Picardie	21	23	44	26,55	2	5
Poitou-Charentes	11	12	23	11,36		5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47	87	134	53,61	8	82
Rhône-Alpes	28	90	118	54,21	5	33
France métropolitaine	495	760	1 255	632,48	109	332
Guadeloupe	5	2	7	5,80	1	1
Guyane						3
Martinique	4	1	5	4,20		1
Réunion	8	5	13	9,00		5
France métropolitaine et DOM	512	768	1 280	651,48	110	342

GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	410	575	985	442,07		0
CH-CHR	649	623	1 272	819,50		2
HL		2	2	0,50		
CHS	0	6	6	1,29		0
total public	1 059	1 206	2 265	1 263	0	2
CLCC	14	14	28	16,61		2
autres privés non lucratifs PSPH	39	138	177	80,70	12	72
autres privés non lucratifs non PSPH		15	15	1,84	67	168
privés lucratifs	1	5	6	2,87	690	2 183
total privé	54	172	226	102	769	2 425
total	1 113	1 378	2 491	1 365	769	2 427

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	27	36	63	33,30	37	47
Aquitaine	48	58	106	63,94	49	115
Auvergne	23	13	36	23,08	26	45
Bourgogne	30	18	48	32,43	30	22
Bretagne	51	65	116	67,34	34	118
Centre	45	40	85	51,21	15	80
Champagne-Ardenne	23	17	40	26,48	17	32
Corse	6	4	10	7,27	11	15
Franche-Comté	30	22	52	32,57	7	30
Ile-de-France	245	423	668	311,80	117	562
Languedoc-Roussillon	32	60	92	45,38	23	161
Limousin	16	14	30	18,85	17	
Lorraine	46	38	84	51,91	12	91
Midi-Pyrénées	43	43	86	49,78	69	54
Nord-Pas-de-Calais	64	85	149	82,56	32	155
Basse-Normandie	35	25	60	37,73	12	32
Haute-Normandie	32	36	68	36,40	30	17
Pays de la Loire	54	47	101	57,48	49	93
Picardie	42	31	73	47,38	11	48
Poitou-Charentes	40	22	62	43,19	22	56
Provence-Alpes-Côte d'Azur	85	122	207	101,51	56	438
Rhône-Alpes	81	142	223	123,54	72	191
France métropolitaine	1 098	1 361	2 459	1 345,13	748	2 402
Guadeloupe	3	4	7	5,20	6	9
Guyane					2	
Martinique	6	2	8	5,85		6
Réunion	6	11	17	9,20	13	10
France métropolitaine et DOM	1 113	1 378	2 491	1 365,38	769	2 427

MEDECINE INTERNE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	680	893	1 573	786,35		0
CH-CHR	537	237	774	599,24		0
HL		5	5	1,58		5
CHS	14	7	21	16,19		
total public	1 231	1 142	2 373	1 403	0	5
CLCC	10	1	11	10,30		1
autres privés non lucratifs PSPH	67	62	129	99,27	1	2
autres privés non lucratifs non PSPH	1	5	6	3,69	11	17
privés lucratifs	5	11	16	10,55	46	90
total privé	83	79	162	124	58	110
total	1 314	1 221	2 535	1 527	58	115

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	40	32	72	38,65	2	3
Aquitaine	56	53	109	73,46	3	5
Auvergne	18	18	36	20,43	2	0
Bourgogne	31	10	41	28,92	1	0
Bretagne	49	9	58	49,30		2
Centre	48	45	93	52,00	1	12
Champagne-Ardenne	27	32	59	30,95		
Corse	4	2	6	3,70	1	
Franche-Comté	19	5	24	18,20		
Ile-de-France	469	706	1 175	619,27	21	20
Languedoc-Roussillon	47	32	79	52,25	3	11
Limousin	20	18	38	25,28		
Lorraine	57	30	87	59,98		2
Midi-Pyrénées	43	20	63	41,50	3	3
Nord-Pas-de-Calais	47	27	74	50,59	2	5
Basse-Normandie	17	3	20	15,62		1
Haute-Normandie	21	3	24	18,30	1	1
Pays de la Loire	43	28	71	47,45	4	5
Picardie	36	8	44	32,70	3	2
Poitou-Charentes	38	7	45	38,10		1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	95	52	147	96,49	1	15
Rhône-Alpes	58	75	133	79,53	10	14
France métropolitaine	1 283	1 215	2 498	1 492,67	58	102
Guadeloupe	4	1	5	4,50		
Guyane	3	0	3	3,00		13
Martinique	14	5	19	17,00		
Réunion	10		10	10,00		
France métropolitaine et DOM	1 314	1 221	2 535	1 527,17	58	115

MEDECINE NUCLEAIRE

Typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	209	121	330	183,78		0
CH-CHR	84	34	118	92,45		0
total public	293	155	448	276	0	0
CLCC	49	41	90	66,04	1	1
autres privés non lucratifs PSPH	4	6	10	6,54		
autres privés non lucratifs non PSPH					5	8
privés lucratifs					45	69
total privé	53	47	100	73	51	78
total	346	202	548	349	51	78

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	10	1	11	8,71	2	
Aquitaine	10	21	31	20,20	2	1
Auvergne	1	7	8	7,14	1	
Bourgogne	6	8	14	7,07		1
Bretagne	11	8	19	12,80	1	2
Centre	17	13	30	13,21	2	2
Champagne-Ardenne	9	2	11	10,10		
Corse	2		2	1,97		
Franche-Comté	8		8	6,50	2	
Ile-de-France	107	56	163	99,18	7	8
Languedoc-Roussillon	10	7	17	11,25	3	
Limousin	3	1	4	3,50	1	
Lorraine	18	4	22	13,60	2	8
Midi-Pyrénées	25	5	30	20,30	8	11
Nord-Pas-de-Calais	19	10	29	16,56	5	4
Basse-Normandie	4		4	4,00	3	1
Haute-Normandie	4	2	6	4,80	4	5
Pays de la Loire	16	13	29	17,60	4	7
Picardie	3	2	5	4,20	2	2
Poitou-Charentes	13	2	15	10,01	1	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	23	45	26,40		8
Rhône-Alpes	19	17	36	21,08	1	18
France métropolitaine	337	202	539	340,18	51	78
Guadeloupe	2		2	2,00		
Martinique	4		4	3,63		
Réunion	3		3	3,00		
France métropolitaine et DOM	346	202	548	348,81	51	78

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	206	320	526	256,83		0
CH-CHR	318	213	531	407,76		0
HL	13	19	32	19,53		11
CHS	1	5	6	2,10		
total public	538	557	1 095	686	0	11
autres privés non lucratifs PSPH	379	181	560	474,64	2	11
autres privés non lucratifs non PSPH	37	30	67	49,86	11	6
privés lucratifs	141	83	224	189,03	122	160
total privé	557	294	851	714	135	177
total	1 095	851	1 946	1 400	135	188

régions	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	34	19	53	40,79	5	3
Aquitaine	38	35	73	49,88	4	5
Auvergne	15	14	29	21,08		1
Bourgogne	27	7	34	27,60		2
Bretagne	69	61	130	97,92	1	5
Centre	29	18	47	35,03	2	2
Champagne-Ardenne	13	21	34	17,37	3	14
Corse	9	1	10	9,10		6
Franche-Comté	15	9	24	19,40		
Ile-de-France	181	216	397	252,85	13	26
Languedoc-Roussillon	66	67	133	91,80	14	13
Limousin	8	8	16	9,61		
Lorraine	55	18	73	63,26		5
Midi-Pyrénées	45	49	94	60,48	12	11
Nord-Pas-de-Calais	92	52	144	106,29	14	10
Basse-Normandie	35	13	48	40,93		
Haute-Normandie	22	5	27	23,50	4	4
Pays de la Loire	61	41	102	73,86	10	3
Picardie	34	15	49	39,71	4	1
Poitou-Charentes	29	8	37	32,23	14	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	78	80	158	105,37	26	53
Rhône-Alpes	115	84	199	153,59	8	17
France métropolitaine	1 070	841	1 911	1 371,65	134	187
Guadeloupe	7	2	9	8,00	1	1
Guyane	1	1	1	0,50		
Martinique	7	6	13	8,00		
Réunion	11	1	12	11,60		
France métropolitaine et DOM	1 095	851	1 946	1 399,75	135	188

MEDECINE DU TRAVAIL

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	90	58	148	95,05		0
CH-CHR	91	177	268	177,13		0
HL	1	22	23	3,88		2
CHS	21	40	61	40,82		0
total public	203	297	500	317	0	2
CLCC	1	10	11	6,59		
autres privés non lucratifs PSPH	1	30	31	13,25		2
autres privés non lucratifs non PSPH	1	5	6	2,91		11
privés lucratifs	3	15	18	5,82	5	86
total privé	6	60	66	29	5	99
total	209	357	566	345	5	101

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	3	20	23	11,99		1
Aquitaine	12	22	34	22,38		7
Auvergne	9	11	20	11,27		4
Bourgogne	12	6	18	12,90		3
Bretagne	12	11	23	16,74		
Centre	2	15	17	7,58		7
Champagne-Ardenne	5	6	11	6,80		
Corse	2	1	3	2,30	1	1
Franche-Comté	9	5	14	10,24		1
Ile-de-France	26	57	83	49,44		5
Languedoc-Roussillon	3	14	17	9,46		4
Limousin	3	5	8	6,70		
Lorraine	8	11	19	10,96		5
Midi-Pyrénées	10	9	19	11,46		7
Nord-Pas-de-Calais	17	19	36	19,65		4
Basse-Normandie	11	10	21	16,08		1
Haute-Normandie	6	16	22	10,70		2
Pays de la Loire	7	20	27	15,27		3
Picardie	5	15	20	10,00		2
Poitou-Charentes	2	11	13	7,96		4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20	29	49	29,82	2	29
Rhône-Alpes	22	37	59	38,15	2	9
France métropolitaine	206	350	556	337,85	5	99
Guadeloupe	1	2	3	1,65		2
Martinique		5	5	3,95		
Réunion	2		2	2,00		
France métropolitaine et DOM	209	357	566	345,45	5	101

NEPHROLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	308	215	523	316,22		0
CH-CHR	354	135	489	385,54		0
total public	662	350	1 012	702	0	0
autres privés non lucratifs PSPH	35	29	64	46,47		6
autres privés non lucratifs non PSPH	114	288	402	180,89	12	137
privés lucratifs	1	7	8	3,28	184	247
total privé	150	324	474	231	196	390
total	812	674	1 486	932	196	390

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	29	52	81	35,71		10
Aquitaine	17	27	44	22,94	25	35
Auvergne	20	18	38	25,78	1	0
Bourgogne	26	4	30	26,30		
Bretagne	35	50	85	55,07	1	
Centre	24	28	52	28,82	12	12
Champagne-Ardenne	20	14	34	20,20	2	
Corse	4	1	5	5,00	1	2
Franche-Comté	17	5	22	15,50		
Ile-de-France	137	129	266	156,56	73	80
Languedoc-Roussillon	43	44	87	51,36	19	18
Limousin	13	12	25	14,00		2
Lorraine	31	15	46	33,52	1	12
Midi-Pyrénées	40	11	51	39,05	7	8
Nord-Pas-de-Calais	41	15	56	42,63	7	83
Basse-Normandie	20	4	24	19,07	2	
Haute-Normandie	26	10	36	25,60	4	
Pays de la Loire	47	26	73	48,71	3	4
Picardie	27	9	36	28,31	5	
Poitou-Charentes	20	16	36	23,73		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	56	60	116	66,69	13	98
Rhône-Alpes	96	102	198	118,06	11	13
France métropolitaine	789	652	1 441	902,61	187	377
Guadeloupe	5	2	7	5,50	1	5
Guyane	1	0	1	1,00		
Martinique	6	4	10	7,40	3	3
Réunion	11	16	27	15,89	5	5
France métropolitaine et DOM	812	674	1 486	932,40	196	390

NEUROLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	395	393	788	423,62		0
CH-CHR	334	319	653	422,81		1
HL		1	1	0,20		
CHS	14	40	54	25,04		0
total public	743	753	1 496	872	0	1
CLCC		2	2	0,38		
autres privés non lucratifs PSPH	20	88	108	51,08		30
autres privés non lucratifs non PSPH		6	6	1,54	3	35
privés lucratifs	2	8	10	3,87	79	388
total privé	22	104	126	57	82	453
total	765	857	1 622	929	82	454

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	27	18	45	26,93	1	22
Aquitaine	30	48	78	45,86	8	43
Auvergne	17	9	26	17,95		7
Bourgogne	17	26	43	20,54	6	4
Bretagne	36	29	65	42,38		10
Centre	25	32	57	30,77		20
Champagne-Ardenne	11	12	23	14,08	2	4
Corse	2		2	2,00		5
Franche-Comté	22	13	35	22,13		6
Ile-de-France	139	221	360	187,11	10	66
Languedoc-Roussillon	37	32	69	42,79	8	28
Limousin	10	14	24	13,42	3	7
Lorraine	19	18	37	24,70		9
Midi-Pyrénées	45	39	84	49,60	23	20
Nord-Pas-de-Calais	73	51	124	80,22		13
Basse-Normandie	21	10	31	22,47		2
Haute-Normandie	25	18	43	27,93	4	3
Pays de la Loire	29	42	71	35,10	5	18
Picardie	28	18	46	30,20		8
Poitou-Charentes	20	23	43	21,56	3	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	50	80	130	60,64		116
Rhône-Alpes	65	98	163	90,46	7	30
France métropolitaine	748	851	1 599	908,84	80	447
Guadeloupe	4	1	5	4,50		4
Guyane					1	
Martinique	6	2	8	7,20		1
Réunion	7	3	10	8,00	1	2
France métropolitaine et DOM	765	857	1 622	928,54	82	454

PEDIATRIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	825	831	1 656	939,67		0
CH-CHR	1 121	877	1 998	1 410,41		2
CHS	4	40	44	10,94		0
total public	1 950	1 748	3 698	2 361	0	2
CLCC	24	7	31	24,60		
autres privés non lucratifs PSPH	78	204	282	149,97	4	19
autres privés non lucratifs non PSPH	6	37	43	17,30	12	41
privés lucratifs	3	18	21	8,47	245	512
total privé	111	266	377	200	261	572
total	2 061	2 014	4 075	2 561	261	574

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	58	50	108	64,07	6	27
Aquitaine	60	72	132	83,17	7	36
Auvergne	43	27	70	48,01	2	4
Bourgogne	55	29	84	58,05	6	1
Bretagne	74	111	185	113,50	3	30
Centre	70	68	138	82,99	11	6
Champagne-Ardenne	49	33	82	54,83	7	7
Corse	8	3	11	5,63	1	6
Franche-Comté	36	29	65	39,55	1	10
Ile-de-France	584	649	1 233	729,27	59	106
Languedoc-Roussillon	61	82	143	80,16	12	34
Limousin	16	10	26	17,80	5	9
Lorraine	81	61	142	95,93	7	4
Midi-Pyrénées	31	40	71	43,54	27	8
Nord-Pas-de-Calais	164	137	301	206,23	7	39
Basse-Normandie	55	44	99	66,82	2	5
Haute-Normandie	54	34	88	64,30	3	6
Pays de la Loire	76	69	145	92,73	13	12
Picardie	80	42	122	93,32	2	20
Poitou-Charentes	38	33	71	47,53	8	12
Provence-Alpes-Côte d'Azur	125	175	300	170,53	18	126
Rhône-Alpes	149	197	346	207,37	43	62
France métropolitaine	1 967	1 995	3 962	2 465,33	250	570
Guadeloupe	27	6	33	24,59	2	1
Guyane	6	2	8	7,50		1
Martinique	15	5	20	15,44	2	2
Réunion	46	6	52	48,50	7	
France métropolitaine et DOM	2 061	2 014	4 075	2 561,36	261	574

PNEUMOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	343	388	731	376,47		0
CH-CHR	576	528	1 104	745,02		1
HL	2	6	8	3,85		2
CHS	1	25	26	4,74		
total public	922	947	1 869	1 130	0	3
CLCC	7	7	14	8,71		
autres privés non lucratifs PSPH	108	116	224	155,58		37
autres privés non lucratifs non PSPH	6	14	20	11,62	22	78
privés lucratifs	23	38	61	37,66	258	816
total privé	144	175	319	214	280	931
total	1 066	1 122	2 188	1 344	280	934

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	38	38	76	41,45	7	29
Aquitaine	41	54	95	56,57	23	51
Auvergne	17	16	33	20,98	7	6
Bourgogne	30	19	49	33,13	12	18
Bretagne	57	40	97	66,43	16	42
Centre	47	33	80	55,14	8	35
Champagne-Ardenne	25	18	43	29,09	4	31
Corse	4	3	7	6,50		11
Franche-Comté	21	18	39	27,30	1	12
Ile-de-France	199	222	421	248,96	39	106
Languedoc-Roussillon	45	62	107	65,06	24	69
Limousin	11	12	23	15,29	10	7
Lorraine	54	40	94	63,61	6	19
Midi-Pyrénées	46	48	94	59,07	40	31
Nord-Pas-de-Calais	72	91	163	100,93	9	54
Basse-Normandie	31	11	42	32,60	2	6
Haute-Normandie	34	28	62	40,70	5	16
Pays de la Loire	41	59	100	55,80	15	48
Picardie	50	19	69	52,37	3	16
Poitou-Charentes	24	26	50	29,30	5	24
Provence-Alpes-Côte d'Azur	75	123	198	103,70	14	197
Rhône-Alpes	83	129	212	115,37	25	99
France métropolitaine	1 045	1 109	2 154	1 319,35	275	927
Guadeloupe	4	5	9	4,90	1	3
Guyane						1
Martinique	8	3	11	9,60	1	1
Réunion	9	5	14	9,80	3	2
France métropolitaine et DOM	1 066	1 122	2 188	1 343,65	280	934

RADIOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	803	862	1 665	888,70		0
CH-CHR	1 141	722	1 863	1 391,23		11
HL		9	9	1,38		
CHS	9	42	51	20,11		0
total public	1 953	1 635	3 588	2 301	0	11
CLCC	85	89	174	112,21	2	8
autres privés non lucratifs PSPH	120	203	323	195,44	4	47
autres privés non lucratifs non PSPH	0	10	10	0,67	38	183
privés lucratifs	1	6	7	1,99	720	2 049
total privé	206	308	514	310	764	2 287
total	2 159	1 943	4 102	2 612	764	2 298

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	86	60	146	94,38	32	5
Aquitaine	80	56	136	102,70	26	77
Auvergne	48	29	77	52,71	19	39
Bourgogne	50	23	73	55,45	16	42
Bretagne	90	67	157	113,51	25	101
Centre	71	51	122	83,40	28	44
Champagne-Ardenne	50	41	91	51,81	14	88
Corse	5	4	9	6,50	11	14
Franche-Comté	30	30	60	40,18	17	53
Ile-de-France	542	655	1 197	692,15	146	281
Languedoc-Roussillon	81	61	142	93,99	58	134
Limousin	23	13	36	27,50	11	19
Lorraine	95	73	168	110,94	12	78
Midi-Pyrénées	93	44	137	97,55	83	67
Nord-Pas-de-Calais	131	140	271	160,61	39	198
Basse-Normandie	57	46	103	65,83	19	27
Haute-Normandie	55	57	112	65,87	16	81
Pays de la Loire	85	65	150	98,19	29	146
Picardie	58	74	132	75,77	22	66
Poitou-Charentes	63	16	79	65,32	25	89
Provence-Alpes-Côte d'Azur	139	130	269	166,51	42	437
Rhône-Alpes	179	183	362	235,43	62	181
France métropolitaine	2 111	1 918	4 029	2 556,30	752	2 267
Guadeloupe	12	6	18	13,37	3	10
Guyane	1	4	5	3,50	1	
Martinique	15	11	26	17,66	4	4
Réunion	20	4	24	20,90	4	17
France métropolitaine et DOM	2 159	1 943	4 102	2 611,73	764	2 298

RADIOTHERAPIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	91	53	144	96,70		0
CH-CHR	79	34	113	88,92		0
CHS	2		2	1,35		
total public	172	87	259	187	0	0
CLCC	130	71	201	150,99	2	1
autres privés non lucratifs PSPH	2	6	8	3,83	7	1
autres privés non lucratifs non PSPH					4	8
privés lucratifs	5		5	101,00	214	141
total privé	137	77	214	256	227	151
total	309	164	473	443	227	151

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	12	2	14	13,00	4	0
Aquitaine	12	9	21	16,50	14	4
Auvergne	4	5	9	6,43	5	2
Bourgogne	6	7	13	7,06	9	15
Bretagne	4	6	10	7,20	13	3
Centre	10	8	18	11,50	9	2
Champagne-Ardenne	2	3	5	3,33	12	2
Corse	2		2	1,35	1	
Franche-Comté	11	5	16	11,10		
Ile-de-France	99	51	150	199,75	16	60
Languedoc-Roussillon	10	4	14	11,41	24	4
Limousin	3	2	5	4,00	3	2
Lorraine	11	7	18	13,95	7	12
Midi-Pyrénées	7	5	12	9,36	29	2
Nord-Pas-de-Calais	8	5	13	9,23	10	8
Basse-Normandie	8	1	9	8,50	3	2
Haute-Normandie	8	2	10	8,20	18	1
Pays de la Loire	14	6	20	17,60	22	3
Picardie	10	1	11	9,60	7	8
Poitou-Charentes	12		12	11,00	4	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	10	27	19,84	7	12
Rhône-Alpes	26	24	50	28,88	6	9
France métropolitaine	296	163	459	428,79	223	151
Guadeloupe	1		1	1,00		
Martinique	10	1	11	11,00		
Réunion	2		2	2,00	4	
France métropolitaine et DOM	309	164	473	442,79	227	151

REANIMATION MEDICALE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	429	146	575	415,06		0
CH-CHR	574	96	670	607,00		0
total public	1 003	242	1 245	1 022	0	0
autres privés non lucratifs PSPH	66	43	109	83,12		1
autres privés non lucratifs non PSPH		1	1	0,10	1	10
privés lucratifs	2	7	9	5,86	52	67
total privé	68	51	119	89	53	78
total	1 071	293	1 364	1 111	53	78

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	32	5	37	28,45		
Aquitaine	56	49	105	72,57		1
Auvergne	10	3	13	11,65		1
Bourgogne	21	5	26	21,10		0
Bretagne	32	4	36	30,95		
Centre	40	16	56	42,79		
Champagne-Ardenne	12	2	14	14,53		
Corse						1
Franche-Comté	18	3	21	18,00		
Ile-de-France	296	105	401	299,26	23	18
Languedoc-Roussillon	21	2	23	22,30	8	23
Limousin	15	2	17	15,50		
Lorraine	23	1	24	21,00		4
Midi-Pyrénées	28	6	34	29,20	8	4
Nord-Pas-de-Calais	87	4	91	82,79		0
Basse-Normandie	17	1	18	15,20		
Haute-Normandie	18	1	19	17,30		
Pays de la Loire	28	3	31	26,50		
Picardie	19	2	21	18,00		
Poitou-Charentes	34	3	37	31,70		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	70	32	102	80,28	8	26
Rhône-Alpes	146	43	189	164,96	6	0
France métropolitaine	1 023	292	1 315	1 064,03	53	78
Guadeloupe	19	1	20	18,31		
Martinique	10		10	10,00		
Réunion	19		19	18,80		
France métropolitaine et DOM	1 071	293	1 364	1 111,14	53	78

RHUMATOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	189	427	616	214,74		0
CH-CHR	173	297	470	251,26		0
HL	1	1	2	1,10		
CHS		2	2	0,30		
total public	363	727	1 090	467	0	0
CLCC		1	1	0,10		
autres privés non lucratifs PSPH	37	70	107	56,18	2	14
autres privés non lucratifs non PSPH	3	7	10	4,12	2	45
privés lucratifs	4	13	17	10,34	78	322
total privé	44	91	135	71	82	381
total	407	818	1 225	538	82	381

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	10	26	36	12,09	1	18
Aquitaine	7	28	35	13,40	6	14
Auvergne	14	13	27	16,70	2	8
Bourgogne	11	14	25	12,70	5	2
Bretagne	16	37	53	24,39	2	21
Centre	15	26	41	17,36	2	28
Champagne-Ardenne	10	22	32	15,60	5	7
Corse						6
Franche-Comté	9	6	15	9,40		
Ile-de-France	106	245	351	145,42	13	47
Languedoc-Roussillon	17	35	52	20,45	3	18
Limousin	5	8	13	6,06	3	14
Lorraine	13	23	36	16,75	1	15
Midi-Pyrénées	18	47	65	23,36	18	26
Nord-Pas-de-Calais	23	31	54	26,45		5
Basse-Normandie	10	20	30	12,61	1	2
Haute-Normandie	10	20	30	11,13	3	4
Pays de la Loire	21	31	52	26,10	1	21
Picardie	15	25	40	19,29		9
Poitou-Charentes	13	6	19	13,10		6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	56	78	29,54	4	79
Rhône-Alpes	38	94	132	60,54	11	26
France métropolitaine	403	813	1 216	532,44	81	376
Guadeloupe					1	2
Guyane						1
Martinique	4	4	8	5,10		
Réunion		1	1	0,60		2
France métropolitaine et DOM	407	818	1 225	538,14	82	381

SANTÉ PUBLIQUE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	326	110	436	293,22		0
CH-CHR	325	191	516	405,50		1
HL	1	15	16	3,98		1
CHS	40	22	62	49,26		0
total public	692	338	1 030	752	0	2
CLCC	47	16	63	56,64		
autres privés non lucratifs PSPH	23	125	148	64,63	1	7
autres privés non lucratifs non PSPH	2	29	31	12,31	1	7
privés lucratifs	29	253	282	104,77	53	101
total privé	101	423	524	238	55	115
total	793	761	1 554	990	55	117

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	28	24	52	34,06		1
Aquitaine	28	52	80	48,34	2	7
Auvergne	14	13	27	17,44	1	1
Bourgogne	28	15	43	28,27	1	6
Bretagne	32	36	68	47,49	4	1
Centre	21	17	38	29,86		4
Champagne-Ardenne	17	8	25	17,45		2
Corse	2	1	3	3,00	1	1
Franche-Comté	14	8	22	15,41		1
Ile-de-France	159	179	338	201,97	16	25
Languedoc-Roussillon	25	29	54	32,81	2	3
Limousin	5	10	15	8,75	1	1
Lorraine	38	43	81	51,00		3
Midi-Pyrénées	55	46	101	62,35	6	1
Nord-Pas-de-Calais	36	55	91	50,94	2	4
Basse-Normandie	23	19	42	28,17		
Haute-Normandie	22	14	36	23,61	3	1
Pays de la Loire	30	26	56	38,74	2	4
Picardie	29	21	50	36,55		
Poitou-Charentes	22	11	33	21,97	3	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	87	52	139	91,30	4	20
Rhône-Alpes	60	70	130	78,15	5	22
France métropolitaine	775	749	1 524	967,63	53	109
Guadeloupe	5	5	10	6,87		6
Guyane	1	3	4	2,00	1	
Martinique	6	1	7	6,50	1	
Réunion	6	3	9	7,31		2
France métropolitaine et DOM	793	761	1 554	990,31	55	117

AUTRES SPECIALITES MEDICALES

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	1 219	1 198	2 417	1 473,40		0
CH-CHR	1 181	827	2 008	1 467,46		9
HL	12	33	45	25,41		13
CHS	12	42	54	20,70		0
total public	2 424	2 100	4 524	2 987	0	22
CLCC	21	36	57	30,68		9
autres privés non lucratifs PSPH	94	228	322	180,90	3	16
autres privés non lucratifs non PSPH	15	54	69	35,08	21	51
privés lucratifs	33	89	122	68,79	250	496
total privé	163	407	570	315	274	572
total	2 587	2 507	5 094	3 302	274	594

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	122	79	201	137,15	5	7
Aquitaine	91	174	265	157,97	7	21
Auvergne	76	49	125	82,13	7	8
Bourgogne	65	21	86	65,29	12	13
Bretagne	98	142	240	149,26	8	4
Centre	86	53	139	101,02	23	28
Champagne-Ardenne	34	8	42	33,80	4	11
Corse	15	9	24	14,98		
Franche-Comté	76	38	114	85,40		
Ile-de-France	588	798	1 386	861,56	43	103
Languedoc-Roussillon	110	103	213	140,80	24	17
Limousin	41	22	63	45,06		1
Lorraine	78	52	130	90,63		29
Midi-Pyrénées	129	115	244	154,32	21	34
Nord-Pas-de-Calais	238	162	400	280,23	11	24
Basse-Normandie	81	61	142	92,56	6	17
Haute-Normandie	43	30	73	46,01	20	8
Pays de la Loire	69	50	119	68,99	11	35
Picardie	40	40	80	38,75	7	17
Poitou-Charentes	96	38	134	106,24	5	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	184	228	412	246,16	26	115
Rhône-Alpes	167	221	388	238,31	33	89
France métropolitaine	2 527	2 493	5 020	3 236,62	273	587
Guadeloupe	4	4	8	5,10	1	3
Guyane	10		10	10,00		
Martinique	10	7	17	14,60		
Réunion	36	3	39	36,10		4
France métropolitaine et DOM	2 587	2 507	5 094	3 302,42	274	594

SPECIALITES CHIRURGICALES

CHIRURGIE DIGESTIVE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	145	76	221	130,21		0
CH-CHR	375	99	474	402,27		0
total public	520	175	695	532	0	0
CLCC	2	3	5	3,00		
autres privés non lucratifs PSPH	57	50	107	76,67		
autres privés non lucratifs non PSPH					11	39
privés lucratifs					411	267
total privé	59	53	112	80	422	306
total	579	228	807	612	422	306

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	10	1	11	9,50	5	
Aquitaine	16	3	19	16,14	22	11
Auvergne	16	5	21	13,20	9	0
Bourgogne	12		12	11,00	12	2
Bretagne	38	21	59	43,57	22	1
Centre	21	8	29	22,00	13	13
Champagne-Ardenne	9	2	11	7,81	11	2
Corse	1	1	2	1,25	9	
Franche-Comté	4	3	7	3,30	5	
Ile-de-France	69	60	129	90,44	78	137
Languedoc-Roussillon	21	17	38	28,04	24	14
Limousin	14	6	20	15,40	4	3
Lorraine	38	6	44	38,28	8	3
Midi-Pyrénées	46	10	56	38,80	34	1
Nord-Pas-de-Calais	26	16	42	30,58	16	19
Basse-Normandie	12	2	14	9,10	9	1
Haute-Normandie	15	4	19	14,10	16	7
Pays de la Loire	33	6	39	31,23	31	
Picardie	18	6	24	20,95	7	
Poitou-Charentes	21	7	28	20,57	6	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	65	25	90	70,11	31	81
Rhône-Alpes	58	19	77	60,78	44	10
France métropolitaine	563	228	791	596,15	416	305
Guadeloupe	4		4	4,00	1	
Martinique	2		2	2,00		
Réunion	10		10	10,00	5	1
France métropolitaine et DOM	579	228	807	612,15	422	306

CHIRURGIE INFANTILE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	170	111	281	173,29		0
CH-CHR	55	20	75	60,81		0
total public	225	131	356	234	0	0
autres privés non lucratifs PSPH	4	10	14	9,98		1
autres privés non lucratifs non PSPH						13
privés lucratifs	0	0	0	0,00	24	31
total privé	4	10	14	10	24	45
total	229	141	370	244	24	45

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	11	12	23	12,10		3
Aquitaine	4	4	8	6,00	4	0
Auvergne	4	2	6	3,60		1
Bourgogne	3		3	2,50	1	
Bretagne	10	6	16	11,45	1	
Centre	14	2	16	13,70		
Champagne-Ardenne	6	1	7	4,80		
Corse	1		1	0,50	1	
Franche-Comté	5	1	6	4,40	2	
Ile-de-France	61	55	116	68,21		22
Languedoc-Roussillon	0	0	0	0,00	2	2
Limousin	3	2	5	4,00		
Lorraine	11	6	17	11,50		
Midi-Pyrénées					3	
Nord-Pas-de-Calais	18	7	25	18,72	2	3
Basse-Normandie	5	1	6	3,60		
Haute-Normandie	8	3	11	6,80	2	1
Pays de la Loire	17	6	23	15,30		
Picardie	2		2	1,50		
Poitou-Charentes	3		3	2,50		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	8	21	13,48		7
Rhône-Alpes	16	23	39	24,52	6	6
France métropolitaine	215	139	354	229,18	24	45
Guadeloupe	2	1	3	2,80		
Martinique	5		5	5,00		
Réunion	7	1	8	7,10		
France métropolitaine et DOM	229	141	370	244,08	24	45

CHIRURGIE GENERALE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	364	293	657	328,81		0
CH-CHR	616	168	784	660,04		0
CHS	2	3	5	3,40		
total public	982	464	1 446	992	0	0
CLCC	66	30	96	71,38		2
autres privés non lucratifs PSPH	46	23	69	56,52	5	12
autres privés non lucratifs non PSPH		9	9	1,30	24	51
privés lucratifs	0	0	0	0,00	392	265
total privé	112	62	174	129	421	330
total	1 094	526	1 620	1 121	421	330

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	67	20	87	68,94	17	22
Aquitaine	39	18	57	46,46	28	14
Auvergne	33	20	53	35,70	9	3
Bourgogne	45	7	52	41,60	14	3
Bretagne	30	12	42	31,05	16	5
Centre	40	7	47	36,52	17	12
Champagne-Ardenne	36	5	41	31,01	20	4
Corse	8	1	9	8,10	1	
Franche-Comté	36	7	43	32,90	7	
Ile-de-France	277	236	513	285,87	57	111
Languedoc-Roussillon	28	9	37	23,45	22	12
Limousin	10	1	11	10,40	6	1
Lorraine	45	16	61	47,88	8	8
Midi-Pyrénées	24	8	32	23,55	11	5
Nord-Pas-de-Calais	65	15	80	61,58	34	19
Basse-Normandie	32	10	42	34,82	12	2
Haute-Normandie	10	10	20	10,50	15	2
Pays de la Loire	31	14	45	33,98	12	2
Picardie	44	10	54	41,50	15	5
Poitou-Charentes	20	4	24	21,70	21	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	54	33	87	61,81	27	80
Rhône-Alpes	86	57	143	96,21	43	15
France métropolitaine	1 060	520	1 580	1 085,53	412	328
Guadeloupe	15	5	20	16,35	3	1
Guyane	6	1	7	6,57	2	
Martinique	12		12	12,00	3	
Réunion	1		1	1,00	1	1
France métropolitaine et DOM	1 094	526	1 620	1 121,45	421	330

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	101	531	632	194,46		0
CH-CHR	66	354	420	173,43		0
CHS	1	7	8	2,35		
total public	168	892	1 060	370,24	0	0
CLCC	11	13	24	14,90	1	2
autres privés non lucratifs PSPH	0	27	27	6,15	3	5
autres privés non lucratifs non PSPH		4	4	1,54	14	45
privés lucratifs	0	0	0	0,00	373	637
total privé	11	44	55	23	391	689
total	179	936	1 115	393	391	689

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	6	20	26	9,53	2	6
Aquitaine	4	24	28	11,87	27	36
Auvergne	5	9	14	6,46	6	8
Bourgogne	4	7	11	3,74	11	17
Bretagne	1	15	16	6,89	20	29
Centre	7	22	29	10,77	13	17
Champagne-Ardenne		6	6	1,24	7	15
Corse		1	1	1,00	5	1
Franche-Comté	3	6	9	3,20		6
Ile-de-France	46	377	423	140,60	42	157
Languedoc-Roussillon	7	23	30	12,88	23	56
Limousin	3	8	11	5,30	8	5
Lorraine	7	4	11	6,90	6	11
Midi-Pyrénées	7	41	48	11,87	41	22
Nord-Pas-de-Calais	8	54	62	21,48	16	45
Basse-Normandie	4	13	17	6,05	8	17
Haute-Normandie	6	14	20	7,60	21	9
Pays de la Loire	14	30	44	17,65	39	15
Picardie	8	21	29	11,70	1	15
Poitou-Charentes	0	14	14	5,14	14	10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	80	93	30,89	29	111
Rhône-Alpes	24	144	168	56,37	43	77
France métropolitaine	177	933	1 110	389,13	382	685
Guadeloupe		1	1	0,50	3	1
Guyane					1	
Martinique	1		1	1,00		2
Réunion	1	2	3	2,20	5	1
France métropolitaine et DOM	179	936	1 115	392,83	391	689

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	391	379	770	383,92		0
CH-CHR	855	239	1 094	921,74		0
CHS		1	1	0,20		
total public	1 246	619	1 865	1 306	0	0
CLCC	0	3	3	0,30		
autres privés non lucratifs PSPH	105	131	236	148,87	3	57
autres privés non lucratifs non PSPH		13	13	2,32	41	93
privés lucratifs	0	21	21	1,39	1 133	793
total privé	105	168	273	153	1 177	943
total	1 351	787	2 138	1 459	1 177	943

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	58	20	78	59,05	26	6
Aquitaine	51	32	83	61,16	72	71
Auvergne	28	10	38	26,85	22	2
Bourgogne	33	12	45	33,52	48	0
Bretagne	71	21	92	74,75	60	5
Centre	43	9	52	40,69	50	8
Champagne-Ardenne	35	7	42	35,88	24	11
Corse	4	4	8	5,36	10	3
Franche-Comté	28	2	30	27,80	21	
Ile-de-France	257	239	496	296,79	183	344
Languedoc-Roussillon	43	35	78	48,07	59	98
Limousin	16	6	22	17,60	13	5
Lorraine	36	16	52	42,17	28	22
Midi-Pyrénées	61	24	85	57,01	62	12
Nord-Pas-de-Calais	91	45	136	95,45	49	43
Basse-Normandie	37	15	52	36,12	25	5
Haute-Normandie	35	8	43	33,90	37	1
Pays de la Loire	71	25	96	65,67	78	12
Picardie	52	30	82	52,62	18	18
Poitou-Charentes	37	11	48	36,64	38	4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	99	75	174	107,24	104	216
Rhône-Alpes	124	139	263	163,95	134	54
France métropolitaine	1 310	785	2 095	1 418,29	1 161	940
Guadeloupe	8		8	7,50	4	
Guyane	5	1	6	5,75	1	
Martinique	12		12	12,00	3	2
Réunion	16	1	17	15,20	8	1
France métropolitaine et DOM	1 351	787	2 138	1 458,74	1 177	943

CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
01-CHU	71	104	175	78,15		0
02-CH-CHR	8	28	36	17,01		0
total public	79	132	211	95	0	0
06-CLCC	4	4	8	4,75	1	
08-autres privés non lucratifs PSPH	9	12	21	13,25		12
09-autres privés non lucratifs non PSPH		6	6	0,80	4	48
10-privés lucratifs	0	1	1	0,01	222	576
total privé	13	23	36	19	227	636
total	92	155	247	114	227	636

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	4	1	5	4,00	7	14
Aquitaine	1	17	18	6,60	11	42
Auvergne		1	1	0,20	3	1
Bourgogne					9	2
Bretagne	3	5	8	4,90	10	3
Centre	3	2	5	2,00	10	1
Champagne-Ardenne	1	1	2	0,11	5	4
Corse					2	
Franche-Comté	1		1	0,50	2	1
Ile-de-France	16	58	74	24,71	35	285
Languedoc-Roussillon	2	4	6	2,91	18	32
Limousin	1	1	2	1,40	1	2
Lorraine	6	3	9	6,35	5	13
Midi-Pyrénées	5	4	9	5,45	18	15
Nord-Pas-de-Calais	6	10	16	6,14	5	25
Basse-Normandie		3	3	1,00	2	5
Haute-Normandie	3	1	4	2,05	7	7
Pays de la Loire	8	7	15	6,10	17	10
Picardie	3	1	4	2,55	2	8
Poitou-Charentes	3		3	2,50	7	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15	11	26	13,80	27	102
Rhône-Alpes	11	22	33	19,40	19	50
France métropolitaine	92	152	244	112,67	222	625
Guadeloupe					4	
Martinique		1	1	0,10		3
Réunion		2	2	1,20	1	8
France métropolitaine et DOM	92	155	247	113,97	227	636

CHIRURGIE UROLOGIQUE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	212	161	373	190,13		0
CH-CHR	191	132	323	225,01		2
HL	1		1	1,00		
total public	404	293	697	416	0	2
CLCC	0	4	4	0,60		
autres privés non lucratifs PSPH	31	57	88	56,53	1	18
autres privés non lucratifs non PSPH		8	8	0,67	31	87
privés lucratifs		1	1	0,12	442	472
total privé	31	70	101	58	474	577
total	435	363	798	474	474	579

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	14	12	26	14,45	13	18
Aquitaine	2	19	21	7,10	28	35
Auvergne	8	3	11	6,90	14	8
Bourgogne	11	7	18	10,70	15	13
Bretagne	12	12	24	16,04	35	2
Centre	14	7	21	13,60	22	11
Champagne-Ardenne	18	4	22	16,64	11	10
Corse	2	1	3	2,20	4	1
Franche-Comté	17		17	16,50	8	1
Ile-de-France	103	97	200	109,95	52	183
Languedoc-Roussillon	14	19	33	18,39	19	34
Limousin	7	3	10	7,89	8	3
Lorraine	19	8	27	20,23	9	18
Midi-Pyrénées	18	14	32	14,70	25	16
Nord-Pas-de-Calais	26	27	53	31,55	23	40
Basse-Normandie	11	6	17	11,15	14	2
Haute-Normandie	11	8	19	9,60	12	9
Pays de la Loire	18	11	29	19,01	33	3
Picardie	21	18	39	23,52	10	6
Poitou-Charentes	15	3	18	13,47	19	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	40	62	27,12	38	122
Rhône-Alpes	36	42	78	46,84	52	41
France métropolitaine	419	361	780	457,55	464	578
Guadeloupe	5		5	4,00	4	1
Guyane		1	1	0,75		
Martinique	6		6	6,00	1	
Réunion	5	1	6	5,76	5	
France métropolitaine et DOM	435	363	798	474,06	474	579

CHIRURGIE VASCULAIRE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	111	92	203	97,99		0
CH-CHR	123	75	198	139,11		1
total public	234	167	401	237	0	1
autres privés non lucratifs PSPH	17	24	41	27,39		7
autres privés non lucratifs non PSPH	0	7	7	1,54	9	40
privés lucratifs	1		1	1,00	239	356
total privé	18	31	49	30	248	403
total	252	198	450	267	248	404

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	10	11	21	9,60	6	2
Aquitaine	12	25	37	16,55	15	28
Auvergne	11	6	17	9,80	5	7
Bourgogne	7	6	13	8,00	5	9
Bretagne	13	3	16	13,50	14	6
Centre	8	3	11	7,30	9	5
Champagne-Ardenne	11	8	19	10,54	4	7
Corse					4	1
Franche-Comté	9	1	10	7,60	7	
Ile-de-France	18	30	48	26,34	33	144
Languedoc-Roussillon	6	5	11	7,41	11	21
Limousin	3	1	4	3,89	5	
Lorraine	2	2	4	3,05	6	16
Midi-Pyrénées	21	21	42	20,45	17	7
Nord-Pas-de-Calais	16	7	23	20,20	12	16
Basse-Normandie	5	5	10	5,35	5	
Haute-Normandie	10	2	12	8,90	8	5
Pays de la Loire	16	3	19	14,80	17	5
Picardie	8	4	12	7,80	4	2
Poitou-Charentes	9	4	13	8,70	10	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29	37	66	29,84	12	85
Rhône-Alpes	17	14	31	16,41	36	38
France métropolitaine	241	198	439	256,03	245	404
Guadeloupe	5		5	5,00	1	
Réunion	6		6	6,00	2	
France métropolitaine et DOM	252	198	450	267,03	248	404

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIAQUE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	202	119	321	200,29		0
CH-CHR	23	16	39	29,41		
total public	225	135	360	230	0	0
autres privés non lucratifs PSPH	26	26	52	40,22		1
autres privés non lucratifs non PSPH	2	2	4	3,05	4	28
privés lucratifs		1	1	0,46	77	86
total privé	28	29	57	44	81	115
total	253	164	417	273	81	115

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	12	4	16	10,60	1	2
Aquitaine	9	13	22	16,00	4	7
Auvergne					1	
Bourgogne	5		5	4,50	3	1
Bretagne	8	4	12	9,00	2	1
Centre	8	1	9	6,30	3	1
Champagne-Ardenne	5		5	3,65		2
Franche-Comté	4		4	3,00		
Ile-de-France	90	98	188	114,10	16	39
Languedoc-Roussillon		3	3	1,50	6	7
Limousin	4	7	11	5,52		
Lorraine	17	2	19	15,00	1	2
Midi-Pyrénées	4	1	5	3,10	13	4
Nord-Pas-de-Calais	18	12	30	17,93	2	10
Basse-Normandie	9	1	10	6,40	2	
Haute-Normandie	5	1	6	4,60	3	
Pays de la Loire	8	1	9	7,00	1	
Picardie	6	2	8	6,78	2	
Poitou-Charentes	3		3	2,00	2	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	23	11	34	21,25	7	25
Rhône-Alpes	5	2	7	5,00	12	14
France métropolitaine	243	163	406	263,23	81	115
Martinique	5		5	5,00		
Réunion	5	1	6	5,20		
France métropolitaine et DOM		164	417	273,43	81	115

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	472	768	1 240	562,59		0
CH-CHR	1 345	1 078	2 423	1 684,57		3
HL	0	0	0	0,00		2
CHS	10	23	33	14,88		0
total public	1 827	1 869	3 696	2 262	0	5
CLCC	8	7	15	11,30		
autres privés non lucratifs PSPH	102	195	297	178,20	17	40
autres privés non lucratifs non PSPH		8	8	2,35	62	105
privés lucratifs	1	1	2	1,12	1 135	842
total privé	111	211	322	193	1 214	987
total	1 938	2 080	4 018	2 455	1 214	992

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	70	83	153	84,22	36	51
Aquitaine	68	77	145	93,92	60	39
Auvergne	44	59	103	56,37	18	7
Bourgogne	52	47	99	63,73	23	10
Bretagne	91	108	199	123,97	56	13
Centre	80	74	154	96,67	39	2
Champagne-Ardenne	52	27	79	55,65	23	15
Corse	11	1	12	9,60	7	2
Franche-Comté	37	31	68	47,10	11	1
Ile-de-France	387	626	1 013	530,61	252	434
Languedoc-Roussillon	53	54	107	61,53	82	45
Limousin	23	15	38	27,97	11	1
Lorraine	73	66	139	97,71	36	21
Midi-Pyrénées	62	78	140	83,49	64	14
Nord-Pas-de-Calais	155	127	282	193,01	59	21
Basse-Normandie	54	36	90	61,01	19	1
Haute-Normandie	57	35	92	64,05	25	3
Pays de la Loire	100	73	173	115,53	66	7
Picardie	83	43	126	91,44	22	5
Poitou-Charentes	52	31	83	54,52	34	13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	131	192	323	172,72	100	232
Rhône-Alpes	115	168	283	168,90	123	46
France métropolitaine	1 850	2 051	3 901	2 353,72	1 166	983
Guadeloupe	23	6	29	23,56	13	5
Guyane	13	2	15	14,50	2	1
Martinique	19	15	34	27,53	8	
Réunion	33	6	39	35,70	25	3
France métropolitaine et DOM	1 938	2 080	4 018	2 455,01	1 214	992

NEUROCHIRURGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	226	139	365	227,72		0
CH-CHR	33	4	37	32,55		
CHS	4	3	7	5,50		
total public	263	146	409	266	0	0
CLCC		1	1	0,10		
autres privés non lucratifs PSPH	10	7	17	11,69		3
autres privés non lucratifs non PSPH					1	8
privés lucratifs		1	1	0,12	59	59
total privé	10	9	19	12	60	70
total	273	155	428	278	60	70

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	11	3	14	10,45	1	2
Aquitaine	7	15	22	12,64	3	1
Auvergne	7	5	12	6,00		2
Bourgogne	4		4	3,00	8	
Bretagne	8	8	16	9,69	2	
Centre	10	1	11	8,10	2	
Champagne-Ardenne	8	8	16	7,52		
Corse	2		2	2,00		
Franche-Comté	6		6	5,00		
Ile-de-France	61	31	92	65,74	3	16
Languedoc-Roussillon	14	4	18	11,00	6	9
Limousin	5	4	9	5,90	2	1
Lorraine	6	3	9	6,00		4
Midi-Pyrénées	12	11	23	15,40	9	1
Nord-Pas-de-Calais	14	20	34	16,03	2	6
Basse-Normandie	6	1	7	5,30	3	
Haute-Normandie	8	4	12	7,90	1	2
Pays de la Loire	14	2	16	10,22	2	
Picardie	4	6	10	3,70		1
Poitou-Charentes	5		5	4,00	1	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22	14	36	19,67	4	21
Rhône-Alpes	25	15	40	28,42	10	4
France métropolitaine	259	155	414	263,68	59	70
Guadeloupe	3		3	3,00		
Martinique	5		5	5,00		
Réunion	6		6	6,00	1	
France métropolitaine et DOM	273	155	428	277,68	60	70

OPHTALMOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
01-CHU	200	739	939	294,89		0
02-CH-CHR	270	788	1 058	459,05		1
03-HL	0	3	3	0,60		2
04-CHS	1	26	27	5,85		0
total public	471	1 556	2 027	760	0	3
06-CLCC	3	3	6	3,30		1
08-autres privés non lucratifs PSPH	16	176	192	61,61	2	54
09-autres privés non lucratifs non PSPH		35	35	6,59	77	103
10-privés lucratifs	0	1	1	0,12	1 094	1 378
total privé	19	215	234	72	1 173	1 536
total	490	1 771	2 261	832	1 173	1 539

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	18	38	56	23,01	11	57
Aquitaine	12	57	69	25,75	96	101
Auvergne	12	33	45	18,35	43	10
Bourgogne	10	29	39	15,48	57	16
Bretagne	20	34	54	27,34	90	23
Centre	20	36	56	27,30	41	50
Champagne-Ardenne	4	18	22	9,23	10	27
Corse	3	1	4	4,00	10	3
Franche-Comté	11	49	60	23,36	13	12
Ile-de-France	150	745	895	292,14	82	474
Languedoc-Roussillon	13	47	60	23,84	105	68
Limousin	6	16	22	10,45	22	12
Lorraine	18	41	59	24,60	19	35
Midi-Pyrénées	19	71	90	25,85	83	17
Nord-Pas-de-Calais	32	53	85	42,72	41	75
Basse-Normandie	7	30	37	12,93	30	7
Haute-Normandie	9	37	46	14,30	32	42
Pays de la Loire	22	40	62	29,25	105	11
Picardie	19	42	61	25,56	8	37
Poitou-Charentes	11	21	32	14,52	43	23
Provence-Alpes-Côte d'Azur	35	150	185	63,93	99	329
Rhône-Alpes	26	169	195	59,65	102	89
France métropolitaine	477	1 757	2 234	813,56	1 142	1 518
Guadeloupe	6	3	9	6,70	7	7
Guyane		2	2	0,75		2
Martinique	5	6	11	7,50	1	6
Réunion	2	3	5	3,50	21	8
France métropolitaine et DOM	490	1 771	2 261	832,01	1 173	1 539

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	217	614	831	294,81		0
CH-CHR	239	760	999	476,34		2
HL	0	1	1	0,10		1
CHS	0	17	17	2,94		0
total public	456	1 392	1 848	774	0	3
CLCC	11	16	27	17,07	1	1
autres privés non lucratifs PSPH	19	127	146	59,21		59
autres privés non lucratifs non PSPH	1	18	19	4,21	38	89
privés lucratifs	0	2	2	0,16	781	1 088
total privé	31	163	194	81	820	1 237
total	487	1 555	2 042	855	820	1 240

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	17	39	56	22,85	12	59
Aquitaine	13	65	78	27,76	62	58
Auvergne	11	20	31	16,12	11	12
Bourgogne	6	31	37	18,32	26	22
Bretagne	22	52	74	38,75	57	13
Centre	28	31	59	32,68	28	36
Champagne-Ardenne	11	31	42	16,96	14	20
Corse	5	4	9	5,10	7	3
Franche-Comté	11	27	38	19,59	13	4
Ile-de-France	117	496	613	226,37	100	411
Languedoc-Roussillon	15	48	63	25,95	58	50
Limousin	4	16	20	8,78	11	2
Lorraine	23	35	58	32,00	20	25
Midi-Pyrénées	16	62	78	28,80	59	20
Nord-Pas-de-Calais	20	76	96	38,08	28	78
Basse-Normandie	21	32	53	31,31	18	15
Haute-Normandie	18	36	54	25,37	37	18
Pays de la Loire	21	57	78	32,55	57	13
Picardie	15	45	60	25,09	5	33
Poitou-Charentes	9	29	38	18,85	31	15
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45	157	202	78,54	64	224
Rhône-Alpes	29	155	184	69,69	81	96
France métropolitaine	477	1 544	2 021	839,51	799	1 227
Guadeloupe	2	4	6	3,90	6	5
Guyane					2	
Martinique	5	3	8	6,30		4
Réunion	3	4	7	5,13	13	4
France métropolitaine et DOM	487	1 555	2 042	854,84	820	1 240

AUTRES SPECIALITES CHIRURGICALES

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	72	75	147	82,38		0
CH-CHR	12	47	59	22,68		1
CHS	0	24	24	4,80		
total public	84	146	230	110	0	1
CLCC	23	16	39	28,74		
autres privés non lucratifs PSPH	8	11	19	12,87		4
autres privés non lucratifs non PSPH		2	2	0,22	2	8
privés lucratifs	0	0	0	0,00	67	144
total privé	31	29	60	42	69	156
total	115	175	290	152	69	157

région	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	9	4	13	10,80	2	7
Aquitaine	2	16	18	5,80	3	9
Auvergne		4	4	1,40	5	1
Bourgogne		2	2	0,70	4	5
Bretagne		5	5	1,30	8	9
Centre	2	1	3	2,20	11	4
Champagne-Ardenne					1	2
Corse		3	3	1,51	1	
Franche-Comté		3	3	0,30	1	
Ile-de-France	34	88	122	61,73	3	14
Languedoc-Roussillon	34	10	44	23,80		15
Limousin		6	6	0,70	2	
Lorraine	3	1	4	3,00		3
Midi-Pyrénées	8	6	14	8,40	1	6
Nord-Pas-de-Calais	6	6	12	7,50	1	12
Basse-Normandie					4	4
Haute-Normandie	3	3	6	4,40		2
Pays de la Loire	4	1	5	4,45	11	8
Picardie						3
Poitou-Charentes		3	3	0,80	5	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	6	7	2,45		30
Rhône-Alpes	7	7	14	8,45	6	20
France métropolitaine	113	175	288	149,69	69	155
Guadeloupe						2
Réunion	2		2	2,00		
France métropolitaine et DOM	115	175	290	151,69	69	157

MEDECINE GENERALE

BIOLOGIE

PSYCHIATRIE

MEDECINE GENERALE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
CHU	887	1 109	1 996	1 278,83		0
CH-CHR	4 543	2 604	7 147	5 502,74		34
HL	56	350	406	190,18		2 204
CHS	375	279	654	487,09		0
total public	5 861	4 342	10 203	7 459	0	2 238
CLCC	21	19	40	29,96	1	1
autres privés non lucratifs PSPH	447	641	1 088	730,52	20	119
autres privés non lucratifs non PSPH	39	259	298	136,63	43	169
privés lucratifs	276	757	1 033	621,76	323	677
total privé	783	1 676	2 459	1 519	387	966
total	6 644	6 018	12 662	8 978	387	3 204

région	Salariés				Libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	193	164	357	245,96	12	74
Aquitaine	330	285	615	436,23	14	211
Auvergne	108	104	212	150,03	7	39
Bourgogne	241	179	420	291,81	11	113
Bretagne	369	266	635	473,60	14	281
Centre	305	182	487	375,56	9	121
Champagne-Ardenne	216	166	382	283,24	1	32
Corse	75	38	113	81,85	6	74
Franche-Comté	134	153	287	182,02		15
Ile-de-France	884	950	1 834	1 261,49	101	98
Languedoc-Roussillon	204	411	615	356,93	51	311
Limousin	114	121	235	158,23		3
Lorraine	233	253	486	329,02	4	131
Midi-Pyrénées	310	302	612	451,00	21	133
Nord-Pas-de-Calais	402	265	667	511,54	14	77
Basse-Normandie	170	94	264	201,40	2	62
Haute-Normandie	228	227	455	310,67	15	44
Pays de la Loire	337	328	665	466,53	12	413
Picardie	326	165	491	388,92	5	48
Poitou-Charentes	182	131	313	230,78	4	117
Provence-Alpes-Côte d'Azur	430	623	1 053	711,75	32	511
Rhône-Alpes	561	525	1 086	759,11	28	250
France métropolitaine	6 352	5 932	12 284	8 657,67	363	3 158
Guadeloupe	71	25	96	78,64	23	22
Guyane	51	8	59	55,12	1	2
Martinique	89	35	124	97,58		10
Réunion	81	18	99	88,70		12
France métropolitaine et DOM	6 644	6 018	12 662	8 977,71	387	3 204

BIOLOGIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP des salariés	exclusifs	non exclusifs
CHU	2 550	1 262	3 812	2 411,23		0
CH-CHR	969	300	1 269	1 097,54		1
HL	1	3	4	1,25		0
CHS	21	20	41	32,26		0
total public	3 541	1 585	5 126	3 542	0	1
CLCC	71	49	120	89,99	1	1
autres privés non lucratifs PSPH	82	91	173	128,19	1	9
autres privés non lucratifs non PSPH	14	5	19	15,95	14	46
privés lucratifs		4	4	1,61	265	1 074
total privé	167	149	316	236	281	1 130
total	3 708	1 734	5 442	3 778	281	1 131

région	Salariés				Libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	152	17	169	116,22	1	6
Aquitaine	58	29	87	71,88	18	76
Auvergne	82	57	139	85,79	6	22
Bourgogne	53	28	81	55,10	16	27
Bretagne	117	110	227	169,53	8	56
Centre	72	34	106	75,40	9	46
Champagne-Ardenne	82	22	104	77,04	5	16
Corse	7	4	11	8,76	3	7
Franche-Comté	25	7	32	27,76		5
Ile-de-France	1 412	668	2 080	1 369,15	46	95
Languedoc-Roussillon	118	49	167	114,42	17	66
Limousin	41	15	56	42,90	12	8
Lorraine	120	46	166	114,00	6	37
Midi-Pyrénées	138	67	205	141,85	30	55
Nord-Pas-de-Calais	189	65	254	186,17	7	103
Basse-Normandie	78	21	99	68,80	1	16
Haute-Normandie	82	32	114	81,70	3	23
Pays de la Loire	144	65	209	140,85	28	69
Picardie	79	24	103	77,80	1	32
Poitou-Charentes	67	30	97	67,09	16	57
Provence-Alpes-Côte d'Azur	247	123	370	255,49	18	216
Rhône-Alpes	275	219	494	356,62	25	71
France métropolitaine	3 638	1 732	5 370	3 704,32	276	1 109
Guadeloupe	21		21	19,60	1	12
Guyane	6		6	10,00		3
Martinique	25	1	26	25,50	1	1
Réunion	18	1	19	18,60	3	6
France métropolitaine et DOM	3 708	1 734	5 442	3 778,02	281	1 131

PSYCHIATRIE

typologie	salariés				libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP des salariés	exclusifs	non exclusifs
CHU	586	627	1 213	704,65		0
CH-CHR	1 457	593	2 050	1 716,39		1
HL		6	6	1,10		2
CHS	3 092	1 230	4 322	3 671,19		1
total public	5 135	2 456	7 591	6 093	0	4
CLCC	6	7	13	8,04		
HPP	399	230	629	518,94	11	0
autres privés non lucratifs PSPH	151	380	531	274,98	5	29
autres privés non lucratifs non PSPH	9	219	228	91,03	13	54
privés lucratifs	52	184	236	118,26	511	423
total privé	617	1 020	1 637	1 011	540	506
total	5 752	3 476	9 228	7 105	540	510

région	Salariés				Libéraux	
	Effectif temps plein	Effectif temps partiel	Effectif total	ETP	exclusifs	non exclusifs
Alsace	160	53	213	172,82	6	15
Aquitaine	271	142	413	323,98	28	30
Auvergne	61	61	122	82,54	14	10
Bourgogne	118	53	171	141,22	20	5
Bretagne	197	100	297	232,29	34	23
Centre	160	61	221	180,75	35	16
Champagne-Ardenne	109	39	148	126,55	4	2
Corse	26	5	31	28,78	4	8
Franche-Comté	63	37	100	77,23		
Ile-de-France	1 394	1 468	2 862	1 982,84	86	41
Languedoc-Roussillon	185	95	280	213,61	56	43
Limousin	58	39	97	71,98	3	9
Lorraine	180	63	243	205,90	2	15
Midi-Pyrénées	160	102	262	200,48	71	26
Nord-Pas-de-Calais	343	90	433	372,96	9	18
Basse-Normandie	81	37	118	95,86	2	1
Haute-Normandie	133	55	188	154,82	5	8
Pays de la Loire	264	123	387	304,35	15	9
Picardie	196	67	263	221,80	8	14
Poitou-Charentes	137	36	173	152,22	12	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	419	297	716	529,90	70	179
Rhône-Alpes	467	216	683	539,41	37	24
France métropolitaine	5 182	3 239	8 421	6 412	521	502
Guadeloupe	41	5	46	44,45	3	4
Guyane	13		13	11,00		
Martinique	47	2	49	47,90		2
Réunion	70		70	70,00	5	2
France métropolitaine et DOM	5 353	3 246	8 599	6 586	529	510