

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE PROVENCE ALPES COTE D'AZUR**

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE MARSEILLE
PERSONNEL MEDICAL
(Assistance Publique Hôpitaux de Marseille)**

A partir de l'exercice 1993

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Marseille, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille – Marchés de travaux - à partir de l'année 1993, qui a été confié à Mme Elisabeth Girard, conseiller. Par lettre en date du 18 avril 2000, le président de la chambre en a informé M. Fernand Lorrang, Directeur, ordonnateur de l'établissement.

Les entretiens de fin d'instruction concernant le personnel médical ont eu lieu le 4 janvier 2005 par entretien téléphonique avec M. Lorang, ordonnateur en fonction des exercices sous revue et le 14 janvier 2005 au siège de l'Assistance Publique avec M. Vallet, ordonnateur actuellement en fonction.

Lors de ses séances des 17 février et 12 mai 2005, la chambre, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Vallet et Lorrang.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la chambre, a arrêté, le 19 septembre 2005, le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante : M. Schwerer, Président, MM. Giannini, Rocca, Debruyne, présidents de section, MM. Kovarcik, Larue, Berthet, Mme Chenal-Peter et Mme Girard, conseiller rapporteur.

Le rapport a été communiqué par lettre du 13 octobre 2005 à M. Vallet, directeur en fonction ainsi qu'à M. Lorrang précédent ordonnateur. Les destinataires disposaient d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre leurs réponses aux observations définitives.

M. Vallet a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe au présent rapport d'observations définitives.

Ce rapport devra être communiqué par le directeur à l'assemblée délibérante, lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

I. Les dépenses de personnel médical augmentent plus vite que les dépenses de fonctionnement :

Intitulé	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dépenses d'exploitation	774 061 045	793 239 347	798 177 955	820 513 637	852 890 911	885 666 010
Evolution		2,48 %	0,63 %	2,80 %	3,95 %	3,84 %
Dépenses de personnel	505 697 610	515 291 916	528 905 807	543 500 083	555 957 922	584 086 840
Evolution		1,90 %	2,64 %	2,76 %	3,95 %	5,06 %
Dépenses de personnel non médical	416 396 148	422 549 904	432 814 186	442 215 540	448 710 275	470 266 217
Evolution		1,48 %	2,43 %	2,17 %	1,47 %	4,80 %
Dépenses de personnel médical	89 301 466	92 742 013	96 091 621	101 284 542	107 247 647	113 820 624
Evolution		3,85 %	3,61 %	5,40 %	5,89 %	6,13 %

(Source : Comptes administratifs)

Les charges de fonctionnement ont connu sur la période 1997-2002 une progression de 14,42 % ; dans le même temps la croissance de dépenses de personnel, toutes catégories confondues, a atteint 15,5 %.

Les dépenses de personnel médical ont progressé de 27,46 % entre 1997 et 2002, avec une nette accélération de cette évolution depuis l'exercice 2000 : plus 5,40 % entre 1999 et 2000; plus 5,89 % entre 2001 et 2000 et plus 6,13 % entre 2002 et 2001. Parallèlement, et sur la même période, les dépenses de personnel non médical progressaient de 13,5 %.

Cette croissance s'explique en partie par des facteurs classiques (outre les augmentations générales des traitements intervenues en 1999, 2000 et 2002, relèvement de la valeur du point, glissement vieillesse technicité etc.), mais aussi par des mesures spécifiques visant à améliorer l'organisation et à revaloriser la fonction médicale hospitalière. De ce point de vue, il faut noter l'alourdissement de la charge des gardes et astreintes entraîné par le renforcement de l'indemnisation et par la substitution des gardes de seniors aux gardes d'internes.

Ventilation des dépenses de personnel médical en euros :

Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Praticiens à temps plein	33 520 344	34 708 808	35 504 598	37 764 657	40 929 747	44 053 664	46 437 712
Praticiens à temps partiel	1 769 236	1 969 890	2 088 427	2 373 410	2 505 764	2 667 811	3 028 182
TOTAL PRATICIENS	35 289 580	36 678 698	37 878 008	40 138 067	43 435 511	46 721 475	49 465 894
Evolution base 1997						32,39 %	40,17 %
Vacations	6 931 215	6 473 805	6 440 538	6 574 019	6 636 032	6 387 321	7 080 668
Evolution base 1997						-7,85 %	2,15 %
Internes et étudiants	15 085 152	16 109 598	17 049 086	17 214 783	17 695 682	18 555 260	18 312 057
Evolution 2002/1997						23 %	21,39 %
Gardes	7 405 199	7 793 327	8 373 572	8 992 860	9 451 411	9 985 045	12 969 726
Evolution 2002/1997						34,84 %	75,14 %
Charges sociales	24 590 320	24 089 519	25 401 979	26 965 661	28 525 405	30 601 753	32 914 410
Total	89 301 466	91 144 947	94 858 200	99 885 390	105 744 041	112 250 854	120 742 755

(Sources bilans sociaux)

1. En entrant dans le détail des facteurs d'évolution, on peut tirer les conclusions suivantes : l'augmentation est principalement due à des mesures qui s'imposent à l'établissement :

Des mesures salariales légales et des mesures concernant des « protocoles » médicaux ont eu une influence, dont notamment :

- la première revalorisation des carrières et des rémunérations des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et des praticiens adjoints contractuels sur les exercices 1999 et 2000 : sur ce dernier exercice le coût est évalué à 381 123 €.
- la revalorisation des carrières et des rémunérations des praticiens hospitaliers, maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers, assistants, praticiens adjoints contractuels et internes, pour un coût évalué à 1 204 347 € sur l'exercice 2000 et 1 478 755 € sur 2001.
- la prime de service public exclusive des praticiens hospitaliers, maîtres de conférence des universités-praticiens hospitaliers, professeurs des universités-praticiens hospitaliers, instaurée par arrêté du 6 janvier 2000, et dont le coût pour l'exercice 2000 est évalué à 1 204 347 € et à 1 737 919 € pour 2001 ; l'effet report de tarif de cette indemnité a provoqué une augmentation de 180 000 € sur l'exercice 2002, et sa revalorisation en mai 2002 a eu un coût de 430 000 €.

2. Le recrutement de praticiens a également pesé :

On peut citer à cet égard la nomination de contractuels ou de praticiens provisoires sur des postes vacants qui a coûté 100 000 € en 2002.

3. Le renforcement des services des urgences et de certaines structures :

Le renforcement des différents services des urgences est constant. Les mesures suivantes ont été prises :

- financement de 3,5 postes de praticiens hospitaliers de vacations et de gardes en 1999 dans ces services.
- renfort de temps médical aux urgences pour un coût évalué à 228 674 € en 2000, mais aussi dans les structures SAMU et Centre 15 pour un coût évalué à 365 878 €.
- nouveau renfort de temps médical en 2001 aux services des Urgences, SMUR et SAMU, mais aussi dans les structures Génétiques, coordination des vigilances, prise en charge des transsexuels et troubles du langage, pour un coût évalué à 914 694 €.
- renforcement des urgences de l'hôpital Nord et des urgences psychiatriques Sud, pour un coût de 80 000 €.
- renforcement de la structure périnatalité avec un praticien hospitalier temps plein, du SAMU par la transformation de 3 poste de praticiens hospitalier temps partiel en 3 postes de praticiens hospitalier temps plein, engendrant un surcoût de 150 000 €.

4. La revalorisation des gardes et astreintes a entraîné des surcoûts :

Le changement du tarif en février 2002 des gardes des internes passant a engendré un surcoût de 500 000 €, et le changement de tarification de la 6ème garde un coût supplémentaire de 50 000 €.

La rémunération des déplacements que les seniors sont amenés à effectuer pendant les astreintes est portée de 50,16 € à 61 € par déplacement à compter du 1er janvier 2002. Cette mesure a entraîné une dépense supplémentaire de 150 000 €. Le remplacement des gardes d'internes par des gardes de seniors a entraîné un coût supplémentaire de 61 000 €.

Le renforcement des gardes en psychiatrie et des astreintes en hématologie pédiatrique a engendré un coût supplémentaire évalué à 80 000 €.

5. Le Glissement Vieillesse Technicité :

L'évaluation du GVT a doublé entre 2001 et 2002, passant de 762 245 € à 1 503 000 €.

6. L'aménagement et la réduction du temps de travail :

Un nouveau régime a été appliqué à compter du 1er janvier 2002 aux médecins hospitaliers fixant à 20 le nombre de jours pris au titre de la «RTT» dans le cadre d'un nombre forfaitaire de 207 jours de travail ; il a entraîné un coût de 970 000 € sur l'exercice 2002.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HM a souligné le contexte de fortes contraintes nationales résultant des nombreux protocoles médicaux qui se sont succédés avec un double effet sur les plans tarifaire et quantitatif.

II. La démographie médicale à l'AP-HM :

1. L'évolution des effectifs :

Les effectifs médicaux (hors internes et étudiants) rémunérés ont progressé de 851 en 1999 à 964,62 en 2003 en équivalent temps plein. L'AP-HM ne fait pas état de difficultés majeures dans le recrutement de personnel médical, observation faite que la densité médicale hospitalière dans la région est proche de la moyenne nationale. Néanmoins des tensions sont ressenties dans certaines disciplines.

Les effectifs des professeurs des universités sont relativement constants, ceux des praticiens hospitaliers exerçant à temps plein passent de 284 en 1997 à 338 en 2003, et ceux des praticiens à temps partiel de 45 à 52 dans la même période.

Les écarts entre effectifs théoriques et effectifs réels ne peuvent pas être mesurés. D'une part, l'AP-HM ne dispose d'aucun système d'information lui permettant de reconstituer l'occupation des emplois médicaux. D'autre part dans l'attente de leurs futurs titulaires, certains postes sont pourvus, à titre transitoire, par un surnombre d'assistants, par des praticiens hospitaliers provisoires, des praticiens contractuels ou des attachés, à temps plein ou à temps partiel.

La diminution progressive du personnel médical en formation atteint moins l'AP-HM que les autres structures. L'AP-HM s'est adaptée à la diminution du nombre des internes en n'agréant plus de services d'hôpitaux généraux, les internes de spécialité se concentrent sur le CHU

Evolution des praticiens en formation :

Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Effectif médical total	3 417	3 512	3 321	3 609	3 749	3 640	3 490
Résidents, Interne, Faisant Fonction d'Interne	773	831	810	776	800	781	745
Etudiant en médecine et pharmacie	632	652	526	688	967	943	928
Total praticiens en formation	1 405	1 483	1 336	1 464	1 767	1 724	1 673
Praticiens en formation/effectif médical total	41,11 %	42,25 %	40,23 %	45,61 %	47,13 %	47,36 %	47,93 %

(Source : bilans sociaux)

La diminution du personnel médical en formation jusqu'en 1999 est la conséquence du numerus clausus imposé à l'issue de la première année du premier cycle d'études médicales, et de la réforme du concours d'internat.

La proportion de médecins en formation semble s'être redressée en 2000 pour représenter 47 % du personnel médical de l'AP-HM en 2002 et 48 % en 2003. Il s'agit en réalité d'un effet d'optique lié à la prise en charge des étudiants en médecine, car le nombre d'internes et de faisant fonction diminue depuis trois ans.

L'AP-HM souligne que l'évolution erratique du nombre des internes et la répartition par filière a posé un certain nombre de problèmes d'organisation liés au fonctionnement des services.

2. Le vieillissement du personnel médical :

Le vieillissement de la population médicale hospitalière n'est pas à Marseille plus important que dans le reste de la France. Néanmoins, le nombre de praticiens âgés de plus de 55 ans progresse de 50,8 % entre 1997 et 2003. Cette catégorie représentait 6,9 % des effectifs en 1997 et 10,2 % en 2003.

En anesthésie-réanimation, sur 159 praticiens, 109 ont plus de 45 ans soit 68,5 % et 51 % plus de 50 ans, en chirurgie générale les six praticiens ont plus de 45 ans. En psychiatrie, 44 % a plus de 45 ans et le quart plus de 50.

Ce vieillissement posera des difficultés dans certaines spécialités présentant des caractéristiques de pénibilité et de disponibilité importantes et nécessitant des gardes fréquentes ou prolongées.

En outre, à la fin de cette décennie, les générations de médecins formées dans les années 1970 cesseront leur activité et devront être remplacées. Les jeunes médecins diplômés auront une large possibilité de choix, notamment en secteur libéral où les conditions de travail peuvent apparaître plus aisées et les rémunérations plus avantageuses. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'AP-HM dit partager tout particulièrement ce constat.

3. La féminisation de la profession :

En 1998 les femmes représentaient 44 % des effectifs, ce pourcentage passe à 48 % en 2003. Cette féminisation a des conséquences sur la pénurie de médecins dans certaines spécialités que les femmes choisissent peu.

4. La mobilité du personnel médical :

Dans tous les établissements hospitaliers le personnel médical connaît une mobilité importante, avec des départs comme des recrutements presque deux fois plus fréquents que pour les autres catégories de personnels

A l'AP-HM, les recrutements sont essentiellement effectués pour assumer des tâches nouvelles et non pour renforcer des services existants.

Les départs pour fins de fonctions sont surtout nombreux dans la catégorie des chefs de cliniques-assistants des hôpitaux. Les départs en retraite restent stables. Les départs pour le secteur privé de praticiens hospitaliers restent limités mais augmentent, 5 départs en 2003 contre aucun en 2002, 3 en 2001 et 2 en 2000. Dans une région où la concurrence du privé est soutenue dans des activités de pointe, ces départs entraînent une perte d'activité de l'établissement.

Le nombre des postes inoccupés n'est pas encore très important mais il augmente. La vacance de 5 postes en 2002 observée en anesthésie-réanimation, discipline en déficit, est sans doute le premier signe de difficultés à venir.

5. Les médecins étrangers :

Après une augmentation de 21 % en 2000 par rapport à 1997, le nombre de médecins étrangers à l'AP-HM a nettement diminué en 2003, l'AP-HM n'étant pas encore frappée par des difficultés de recrutement. L'AP-HM souligne toutefois que dans les disciplines où la compensation entre l'augmentation du nombre d'internes et la diminution corrélative du nombre de faisant fonction d'internes s'opérera, l'accueil de médecins étrangers, se trouvera compromis, pour des raisons budgétaires.

6. Les répercussions des problèmes d'effectif sur certaines spécialités et les moyens mis en œuvre pour pallier le problème dans certaines disciplines :

Si l'AP-HM ne fait pas état de difficultés particulières pour maintenir ou attirer de jeunes médecins, des tensions sont ressenties ponctuellement et/ou dans certaines disciplines.

Certaines spécialités, comme la psychiatrie et la radiologie, sont largement abandonnées à l'hôpital.

Le nombre de postes d'internes dans la spécialité étant limité, l'AP-HM a réalisé une intéressante prospective sur ses services de radiologie en proposant un schéma de réorganisation. Elle a établi un bilan concernant la situation actuelle, dressé une liste des besoins et proposé un calendrier des postes à créer de l'année 2004 à l'année 2014.

L'AP-HM estime que les regroupements géographiques et l'instauration de pôles dans le cadre du projet d'établissement et de la nouvelle gouvernance devraient permettre de surmonter ces difficultés.

III. La gestion administrative du personnel médical :

L'ensemble de la gestion du personnel médical est centralisé au département des affaires médicales.

1. La formation continue des praticiens à l'AP-HM :

Conformément à la réglementation, l'AP-HM alloue à la formation médicale continue, des crédits prélevés sur le budget global des affaires médicales, d'un montant égal à 5 % de la masse salariale brute des praticiens hospitaliers. Ces crédits sont répartis par la commission de la F.C.M. en fonction des différentes actions engagées.

Il s'agit d'une aide financière mais en aucun cas d'une prise en charge totale des frais.

D'une année sur l'autre les orientations de la formation médicale continue des praticiens restent les mêmes. L'AP-HM prévoit :

- des formations individuelles spécifiques à chaque spécialité,
- des formations ponctuelles répondant aux actions nationales, régionales et des stages à caractère technique,
- des formations collectives et transversales proposées notamment par le plan de formation de l'AP-HM.

a. Les bénéficiaires :

L'obligation de formation s'adresse à tous les praticiens quelle que soit la discipline dans laquelle ils exercent. Seuls les formations diplômantes comme les D.U. – D.I.U ne bénéficient pas de cette mesure.

b. La prise en charge de la formation continue à l'AP-HM :

L'AP-HM accorde des aides financières pour la formation continue et en faveur de la mobilité.

- **Les aides en faveur de la formation continue :**

La participation est forfaitaire, annuelle et ne peut être reportée ou cumulée d'une année sur l'autre. Elle est destinée à prendre en charge les droits d'inscription, les frais de transport et d'hébergement générés par la participation des praticiens à des congrès, séminaires et stages de formation.

- **Les aides à la mobilité :**

Chaque année, cinq praticiens de l'AP-HM peuvent bénéficier, dans la limite d'une allocation par an et par service, d'aide à la mobilité, pour des formations de long séjour. Le montant de cette allocation ne peut excéder 6000 €.

Les dossiers de demande de prise en charge financière sont soumis à la commission de la formation médicale qui se réunit très régulièrement.

L'allocation attribuée est payée, après service fait, c'est-à-dire après réception des originaux des pièces justificatives. Malgré leur montant élevé ces frais ne donnent jamais lieu à paiement d'avances. La chambre souligne toutefois que la bonne gestion des crédits n'exclut pas une certaine souplesse. Un système d'avances pourrait être mis en œuvre au bénéfice de jeunes praticiens afin de leur éviter d'avoir à assurer un préfinancement. Dans sa réponse l'AP-HM a accueilli favorablement cette suggestion.

Malgré l'effort réel de formation, le taux de 0,5 % de la masse salariale n'est pas atteint. L'AP-HM rattrape son retard et les dépenses de formation continue des médecins hospitaliers augmentent depuis 1997, passant de 0,09 % à 0,35 % en 2002 des rémunérations brutes.

Ces montants doivent toutefois être relativisés car ils ne représentent qu'une partie des formations suivies. Sur l'exercice 2001, le compte « Déplacement pour formation professionnelle du personnel médical » ne présente aucune dépense, et le compte « Déplacements pour congrès » fait apparaître une dépense de 2 178 €. Au cours de la même période, une association intervenant dans le domaine de la recherche et l'organisation de congrès a dépensé 415 965 € de frais de déplacements pour des praticiens appartenant à l'AP-HM.

2. Le cumul de rémunérations :

Le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers prévoit que les praticiens visés par ce texte, en position d'activité, consacrent la totalité de leur activité professionnelle à l'hôpital et aux établissements, services ou organismes liés à celui-ci par convention.

Les dispositions contenues dans le décret du 29 octobre 1936 relatives aux cumuls de retraites, de rémunérations et de fonctions, s'appliquent au personnel médical hospitalier n'appartenant pas aux corps des praticiens hospitalo-universitaires mais qui exercent une activité d'enseignement, effectuent des expertises ou donnent des consultations sur la demande d'une autorité administrative ou judiciaire.

A la suite d'une remarque de la chambre constatant l'absence de comptes de cumuls, l'AP-HM s'est engagée à rappeler aux praticiens leur obligation de déclarations des activités annexes exercées.

IV. L'activité libérale :

1. L'importance et la place de l'activité libérale à l'AP-HM et pour les praticiens concernés :

a. Nombre de praticiens exerçant une activité libérale à l'AP-HM le 25 avril 2002 :

A l'AP-HM, 103 sur 203 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers, soit 51 %, exercent une activité libérale. Le nombre de praticiens exerçant une activité libérale n'est pas figé et évolue constamment.

b. Le contrat d'activité libérale :

Les contrats suivis et approuvés par la D.D.A.S.S. et renouvelés à la date d'échéance ne retracent que les clauses minimums obligatoires prévues par le décret n° 2001-367 du 25 avril 2001. Ils apparaissent plus comme un acte formel destiné à recueillir l'autorisation préfectorale d'exercice libéral que comme une convention organisant l'activité de chaque praticien au sein d'un service qui doit rester public.

c. L'incidence de l'activité libérale dans les revenus des praticiens :

La chambre a examiné les conditions d'exercice du secteur libéral de sept praticiens qui ne constituent pas des exceptions :

- deux en raison des observations formulées lors des commissions d'activité libérale
- un autre pour des délais d'attente particulièrement longs en consultation publique
- deux en raison d'une activité libérale apparaissant soutenue
- les deux autres praticiens ont été choisis au hasard

Les observations portent sur les exercices 2001, 2002 et 2003. Elle repose sur des données produites par la Direction des Affaires Médicales et de la Recherche, tirées des déclarations des praticiens, parfois redressées des éléments SNIR et donc validées par cette direction. Quant à l'activité publique, la comptabilisation des actes a été beaucoup plus délicate à réaliser, car elle n'est pas nécessairement décomptée distinctement de la production d'ensemble du service dans lequel exerce le praticien. La chambre a obtenu soit les données recensées par l'administration, soit celles déclarées par les praticiens concernés, informés par lettre de la demande de la Chambre. Hormis un cas, tous les praticiens concernés ont procédé à une déclaration de leur activité publique personnelle.

Honoraires perçus au titre de l'activité libérale selon les états SNIR :

2001			2002				2003		
Honoraires	Redevance	Honoraires nets	Honoraires	Redevance	Honoraires nets	Paie de décembre 2002	Honoraires	Redevance	Honoraires nets
33 913	12 271	21 642	34 431	12 029	22 402	6 370	34 899	12 390	22 509
109 348	99 414	9 934	147 509	103 628	43 881	4 604	141 456	112 882	28 574
72 010	57 109	14 901	80 734	78 198	2 536	5 505	136 853	100 394	36 459
119 398	137 125	-17 727	177 672	160 085	17 587	3 344	179 100	149 978	29 122
63 437	14 429	49 008	112 412	12 498	99 914	4 504	61 625	12 481	49 144
46 101	10 736	35 365	33 840	4 093	29 747	5 174	25 695	7 036	18 659
56 895	10 972	45 923	54 382	10 928	43 454	4 504	65 753	11 687	54 066

Trois praticiens ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Les pratiques des quatre praticiens appliquant des dépassements d'honoraires, sont très différentes. Certains limitent les dépassements aux consultations à l'exclusion de tout autre acte alors que d'autres appliquent les dépassements sur tous les actes.

Les honoraires des seules consultations s'échelonnent entre 100 € et 120 € en 2003, la base du tarif de remboursement de la sécurité sociale se situant entre 16 € et 60 € suivant la nature de la consultation. Des honoraires s'élevant à 1 524 € peuvent être demandés pour un acte coté en KC, qui sera remboursé 418 €, ou 1 143 € pour un acte coté en KCC remboursé 313 €.

Les praticiens dont l'activité est apparemment la plus rémunératrice ne sont pas ceux qui ont le chiffre d'affaires le plus élevé. Ainsi, le praticien dont le cas avait été évoqué par la commission d'activité libérale en raison du niveau élevé de son chiffre d'affaires, est celui qui après déduction de la redevance perçoit le moins d'honoraires, 17 587 € en 2002 contre 29 747 € alors que ses confrères faisant partie de l'échantillon exerçant dans d'autres disciplines perçoivent des honoraires compris entre 99 914 € et 43 454 €.

L'activité libérale constitue pour les praticiens une source de revenu non négligeable ; un praticien appartenant à l'échantillon a vu son revenu de praticien augmenter de 185 %.

2. Le contrôle de la durée de l'activité libérale et l'impossibilité pour l'administration de l'AP-HM d'exercer un contrôle sur les modalités d'exercice de l'activité libérale de ses praticiens:

A partir de l'échantillon la Chambre a essayé d'apprécier si les dispositions de l'article L. 6154-2 du Code de la Santé Publique étaient respectées et quels moyens de contrôle l'AP-HM pouvait mettre en œuvre pour s'en assurer.

Le CSP prescrit :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

Tous les actes effectués par les praticiens tant en secteur public qu'en secteur privé doivent être comptabilisés. Les actes effectués en secteur libéral doivent être aussi pratiqués personnellement et à titre principal dans le secteur public. En effet, les dispositions législatives et réglementaires ne permettent pas qu'un praticien effectue dans le cadre de l'activité libérale des actes qu'il ne pratique pas dans le secteur hospitalier public.

Les actes cotés en KC et KCC ont la même valeur de lettre clé ; leur sommation permet donc de faciliter le calcul de la redevance. Ce ne sont toutefois pas des actes de même nature au sens du premier alinéa de l'article du Code de la Santé Publique précité. Il a été relevé que certains actes sont exercés seulement en secteur privé, en contradiction avec les règles.

D'ailleurs il se peut que le K moyen réalisé en secteur privé soit supérieur au K moyen réalisé en secteur public ; cette différence amène à penser que l'activité est différente dans les deux formes d'exercice.

Le CSP prescrit aussi :

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

La réglementation en vigueur n'exige plus que l'activité libérale s'exerce sur des plages continues équivalentes aux demi-journées comme dans la pratique antérieure. Les limites s'expriment désormais en terme de pourcentage de temps de service hospitalier et en terme quantitatif.

Bien que la direction des affaires médicales continue à exiger les tableaux de service indispensables à la gestion du temps de l'ensemble des praticiens, rien n'oblige un praticien à réserver certaines plages horaires exclusivement à son activité libérale. Il peut très bien accueillir des patients à titre privé de manière discontinue et au cours d'une plage de consultations qualifiées de publiques.

La Chambre a observé que certains volumes d'honoraires, hors redevances dépassant 130 000 € en 2003 pour trois praticiens, semblaient difficilement compatibles avec le respect d'une durée n'excédant pas 20 % du service hospitalier hebdomadaire auquel sont astreints les praticiens.

Une troisième condition est posée par la CSP :

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Il convient de comparer le nombre de consultations effectuées personnellement au titre de l'activité libérale au nombre de consultations externes publiques effectuées dans les mêmes conditions au cours d'une même période. La Chambre rappelle à cet égard qu'on compare entre elles des activités organisées et que les consultations publiques ne sauraient être confondues avec l'activité globale du service, par exemple la visite des malades hospitalisés.

Or, certains praticiens réalisent plus de consultations privées que de consultations publiques.

Le contrôle du respect de ces dispositions est particulièrement difficile. L'administration de l'AP-HM n'est pas en mesure de comptabiliser le nombre de consultations et d'actes effectués en secteur public par chaque praticien titulaire d'un contrat d'activité libérale car l'outil informatique nécessaire, dit application « Actes », n'a pas été mis en œuvre en raison de l'extrême réticence des praticiens.

Des praticiens ont mis en avant les faibles effectifs de leur secrétariat pour expliquer les difficultés de « comptage » entre les deux secteurs. Après vérification et sans ignorer la mise en œuvre parfois complexe de la réduction du temps de travail, la chambre constate que les secrétariats médicaux n'étaient pas en sous effectif.

Il est essentiel que l'administration de l'AP-HM et les praticiens parviennent à établir un décompte précis et non contesté des consultations et actes effectués dans les deux secteurs. Il en va du respect de l'égalité d'accès de chacun au service public hospitalier.

Si l'administration de l'AP-HM a mis en œuvre un système efficace de suivi et de contrôle de la redevance due par les praticiens ayant une activité libérale, peu de contrôles permettant de s'assurer du respect des dispositions des trois alinéas de l'article L. 6154-2 du Code de la Santé Publique ont été effectués. Il apparaît à la chambre que le respect du principe de la nature identique des actes effectués en public et en privé est difficile à mettre en œuvre en raison des règles déontologiques du secret médical ; ce type d'investigations ne peut en effet être conduit que par un médecin. De même, la limitation de l'activité libérale à 20 % de la durée de service hebdomadaire à laquelle un praticien est astreint est délicate à apprécier dans un centre hospitalier universitaire.

3. Les commissions d'activité libérale assurent peu de contrôle interne et se montrent bienveillantes :

Le décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 codifié à l'article R.714-28-17 du code de la santé publique (ancien article 13 du décret du 25 novembre 1987) dispose que :

« La commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

La commission de l'activité libérale peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le commissaire de la République du département, le président du conseil d'administration, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement. Un praticien peut saisir la commission de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission de l'activité libérale peut soumettre aux autorités mentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens ».

A l'AP-HM a été mise en place une commission d'activité libérale par site, soit cinq commissions qui se réunissent deux fois par an et une commission d'activité centrale qui se réunit une fois par an.

Les commissions locales de l'activité libérale apportent à la commission centrale de l'activité libérale les informations et les avis utiles à l'exercice de sa mission et peuvent la saisir de toutes questions relatives à l'exercice de l'activité libérale des praticiens.

Conformément à la réglementation, la commission centrale est présidée par le président du conseil départemental de l'ordre des médecins, qui n'exerce pas dans l'établissement et n'a pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de soins privés.

L'administration de l'AP-HM assure le secrétariat des commissions, les informe des aspects réglementaires et juridiques de l'activité libérale, informe les commissions sur le nombre et l'identité des praticiens titulaires d'un contrat et sur l'évolution de ceux-ci. C'est aussi l'administration qui transmet aux commissions les informations relatives au respect par les praticiens de leurs obligations, notamment sur la ponctualité des déclarations trimestrielles d'activité libérale, le recouvrement des redevances, la sincérité des déclarations, l'information des patients par affichage des tarifs pratiqués.

Les commissions d'activité libérale ne disposent d'aucun moyen logistique, n'assurent en propre aucun contrôle et ne prennent aucune initiative. La commission pourrait demander communication à l'établissement, aux praticiens, comme aux organismes d'assurance maladie de toutes informations utiles à l'exécution de ses missions et tout particulièrement les états SNIR (système national inter régime) mesurant l'activité des médecins, élaborés à partir des feuilles de soins pré-identifiées adressées par les patients à leur caisse de sécurité sociale, qui permettent d'établir un rapprochement entre l'activité déclarée par les praticiens et l'activité remboursée par l'assurance maladie.

La commission d'activité libérale semble désormais disposée à exercer les contrôles prévus par la législation en vigueur et à mettre en œuvre, avec la direction des affaires médicales, un outil permettant d'évaluer l'activité publique de chaque praticien exerçant une activité libérale.

Le rapport annuel de certaines commissions prévu par l'article R. 714-28-17 du code de la santé publique est très succinct.

Sans se substituer à l'administration, la commission centrale pourrait contribuer à régler les cas difficiles entre pairs, évitant ainsi des conflits.

4. La redevance due à l'établissement

La redevance constitue la contrepartie de la prestation de service rendue par l'établissement au praticien hospitalier exerçant à titre libéral. Le système est déclaratif. Chaque praticien déclare à l'administration les actes effectués au titre de l'activité libérale. Cette déclaration est effectuée en lettres-clés selon la nomenclature générale des actes professionnels.

a. L'encaissement :

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, dite « ordonnance de simplification sanitaire », modifiant l'article L. 6154-3 du code de la santé publique, les praticiens ont le choix d'encaisser directement leurs honoraires ou de recourir selon le dispositif précédemment en vigueur à leur encaissement, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital.

Sur 120 praticiens, 94 ont choisi d'encaisser directement leurs honoraires, soit 78 %.

b. Le recouvrement de la redevance suite à déclaration :

Chaque fin de trimestre, l'ordonnateur dresse pour chaque médecin un état des redevances dues pour la période écoulée sur la foi de la déclaration.

La direction des affaires médicales ne peut procéder à l'émission du titre qu'après le dépôt de la déclaration du praticien puisqu'il n'existe pas d'autre moyen de connaître l'activité privée des praticiens. Le bon fonctionnement de ce système repose sur le caractère rapide et spontané des déclarations.

La chambre a pris note du cas particulier d'un praticien, qui pour éviter les déclarations, laisse à l'administration le soin de calculer sa redevance à partir des états SNIR. Il ne peut donc être taxé qu'une fois par an au titre de l'année précédente mais sans contestation aucune.

Le contrôle effectué sur deux trains d'émission de titres en février 2004 a permis de vérifier que les déclarations justifiant le décompte des titres sont systématiquement jointes.

Les titres sont émis avec célérité dès réception des déclarations des différents services de chaque site. Afin de respecter le principe de la séparation des ordonnateurs et des comptables et d'éviter les dysfonctionnements apparus dans le passé, les chèques sont immédiatement enregistrés en régie et transmis à la recette des finances pour encaissement et imputation ultérieure sur le titre.

Le recouvrement est en général aisé et s'effectue peu de temps après la déclaration, hormis dans le cas d'un praticien, dont la situation est en voie de régularisation pour les redevances antérieures.

Redevances d'activité libérale versées spontanément par sites :

Hôpitaux	Montants en euros/Années				Totaux
	2000	2001	2002	2003	
Timone Adultes	567 374	666 081	888 828	900 303	3 022 586
Timone Enfants	34 507	26 683	32 499	36 450	130 139
Conception	110 628	80 058	27 432	28 367	246 485
Nord	164 464	172 572	199 139	319 630	855 805
Sud	184 499	142 880	165 602	214 244	707 225
Totaux	1 061 472	1 088 274	1 313 500	1 498 994	4 962 240

(Source : AP-HM)

L'activité libérale d'environ 120 praticiens génère en 2003, 1 498 994 € de redevances spontanées. Le site de l'hôpital de la Timone regroupe le plus grand nombre de praticiens exerçant une activité libérale, 48 praticiens, avec une redevance sur déclaration de 900 303 € en 2003 en progression de 59 % par rapport à l'année 2000.

Une très grande majorité de praticien effectue leur déclaration le mois suivant le fait générateur. Les 20 % de titres émis au-delà du 4^{ème} mois suivant le fait générateur sont liés au dépôt de déclarations regroupées.

L'aide de la commission d'activité libérale serait précieuse pour régler les problèmes relatifs aux quelques praticiens établissant leurs déclarations avec retard.

Dans l'ensemble et compte tenu du nombre de contrats, la chambre considère que les déclarations sont faites régulièrement.

c. La sincérité des déclarations :

Depuis 1998 et tous les deux ans, la direction des affaires médicales procède à des vérifications en demandant à la caisse primaire d'assurance maladie les informations concernant l'activité libérale des praticiens.

Lorsque des différences sont constatées, l'administration organise un dialogue contradictoire avec le praticien.

Les rappels peuvent être importants, ainsi, au titre de la redevance 2003, un praticien a reçu un rappel pour 26 769 €, un autre de 26 617 €.

Les contrôles opérés par la direction des affaires médicales ont permis à l'AP-HM d'effectuer un rappel de redevance pour un montant de 961 365 € sur 10 ans, dont 118 847 € sur l'exercice 2003 et 107 542 € sur l'année 2002 comme le montre le tableau ci-après :

Récapitulatif général des redressements de redevances d'activité libérale de 1993 à 2003

Hôpitaux	Montants/années											Totaux
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Timone adultes		31 348	33 790	30 566	18 835	8 780	6 174	17 627	11 208	47 085	77 065	282 478
Timone enfants		1 552	1 182	3 199	1 064	173	797	-54	3 364	0	0	11 277
Conception		19 495	23 884	22 302	16 984	2 426	2 886	556	612	899	1 875	91 919
Nord		74 226	67 449	74 392	50 870	8 531	11 087	18 226	13 041	6 607	31 933	356 362
Sud	2 401	21 778	14 019	28 446	32 666	15 656	15 750	12 530	15 158	52 951	7 974	219 329

Si, sur la période 1999-2001, une plus grande rigueur semblait marquer les déclarations, les omissions de déclarations ont à nouveau augmenté en 2002 et 2003 et plus particulièrement aux hôpitaux de la Timone Adultes ce qui a occasionné un rappel de 77 065 € pour 2003 et à l'hôpital Nord avec un rappel de redevance pour le même exercice de 31 933 €.

V. Le fonctionnement des permanences médicales

En l'espace de deux ou trois ans, l'organisation des permanences médicales a été profondément modifiée. Des textes aux effets parfois contradictoires ont dû être appliqués ; ils entraînent une présence médicale plus importante dans certaines activités et une réduction sensible dans d'autres.

L'AP-HM doit prendre en compte la pénurie des médecins dans certaines spécialités médicales: anesthésie réanimation, chirurgie, gynécologie obstétrique, délaissées parce que pénibles ou exposées à un risque accru de judiciarisation.

Cette situation a été aggravée par la mise en œuvre de façon quasiment concomitante de :

- la réduction du temps de travail, l'application des 35 heures se concrétisant pour les médecins sous forme de vingt jours de «RTT»,
- l'application de la directive européenne n° 93/104 dès 2003, qui stipule que le temps de travail médical ne peut excéder 48 heures par semaine, gardes comprises, et que chaque période de 24 heures doit comporter au moins 11 heures de repos.

Ces mesures entraînent une réduction très importante du temps de travail médical qui apparaît incompatible avec l'évolution de la démographie médicale actuelle.

1. Le poids financier des gardes et astreintes :

La progression sensible des dépenses de gardes et astreintes la conséquence des différentes mesures de revalorisation mises en œuvre par les pouvoirs publics qui ont été analysées p.3. Le montant des dépenses annuel a été signalé p.2. Par rapport à 1997, le poids financier augmente de 38,84 % en 2002 et de 75,14 % en 2003 passant de 7 404 199 € à 9 985 045 € puis 12 969 726 €.

2. L'organisation des gardes et astreintes, un dispositif non formalisé :

Le décret n°73-1456 du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de gardes prévoit que « dans tous les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux, y compris dans les établissements visés à l'article 25 de la loi du 25 juillet 1968 susvisée et dans chaque établissement annexe ou groupe hospitalier des centres hospitaliers régionaux et des administrations hospitalières de Paris, Lyon, Marseille, les règlements intérieurs des hôpitaux organisent l'activité et l'horaire des services médicaux en distinguant un service normal de jour et un service de garde ».

Or, le règlement intérieur de l'AP-HM ne prévoit aucune disposition concernant les gardes et astreintes. Le service des gardes a été organisé par l'AP-HM conjointement entre l'administration hospitalière et la commission médicale consultative des hôpitaux le 13 novembre 1986. Le texte n'a jamais été actualisé, si bien que la liste des gardes et astreintes présente des noms de praticiens qui ne sont plus en activité ou des services qui n'existent plus, comme ceux de l'Hôtel Dieu !

L'AP-HM a précisé que le règlement intérieur sera mis à jour dans un délai proche et que le dispositif des gardes et astreintes fera l'objet d'une annexe à celui-ci, et d'une actualisation périodique.

Aucune délibération ou règlement intérieur ne prévoit ce qui doit être considéré comme service normal de jour, ne dresse la liste des services pour lesquels des dérogations doivent être accordées compte tenu de l'insuffisance des effectifs, ni la liste des praticiens pouvant prétendre à indemnisation le samedi après-midi.

La chambre a constaté qu'à l'AP-HM le service normal de jour comprend les matins et les après-midi des six jours ouvrables ce qui était irrégulier, jusqu'à l'arrêté du 20 avril 2003, le samedi après-midi était un jour ouvré. Cette pratique largement tolérée par les autorités de tutelle était quasi générale dans les hôpitaux.

Le dispositif actuel est organisé par site et par discipline. Il existe un tableau par site et un tableau inter-secteurs.

En général, les gardes sur place sont assurées par les internes, résidents et faisant fonction d'interne. Ces gardes sont doublées par une astreinte assurée par un praticien « senior » référent.

Les services des urgences, de réanimation, d'obstétrique, des soins intensifs, le SAMU-SMUR, du centre anti-poisons exigent la présence sur place d'un médecin de plein exercice.

Certaines gardes ou astreintes sont intersectorielles. C'est le cas pour les gardes d'internes et les astreintes de seniors d'ophtalmologie, de stomatologie d'ORL, les urgences de la main, ainsi que les astreintes de seniors pour la psychiatrie, la pharmacie, la radiologie, l'hémobiologie, l'endoscopie bronchique et l'endoscopie digestive.

Dans certains secteurs les tableaux de gardes incluent à la fois à tour de rôle les praticiens et les internes, ainsi en réanimation, en application de l'arrêté du 21 janvier 1976, et ponctuellement dans certains services ou secteurs dans lesquels le nombre d'internes est insuffisant pour établir un tableau complet dans la limite de leurs obligations de gardes.

Il est urgent de formaliser ces pratiques par des décisions exécutoires et de les réunir au sein d'un règlement intérieur ou en annexe de celui-ci. Indépendamment de l'aspect formel, l'AP-HM s'expose à un risque médico légal.

3. La commission des gardes et astreintes :

L'arrêté du 25 octobre 1994 modifiant l'arrêté du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux, abrogé par l'arrêté du 14 septembre 2001, avait institué une commission spécifique des gardes et astreintes. Elle est devenue en avril 2003 la commission des urgences et permanences des soins compte vingt deux médecins, onze membres de la commission médicale d'établissement et onze non-membres.

Conformément aux recommandations ministérielles, une commission des admissions et consultations non programmées a été créée.

Contrairement aux dispositions de l'article 3 bis de l'arrêté du 15 février 1973 repris à l'article 4 de l'arrêté du 14 septembre 2001, aucun bilan annuel n'est adressé au directeur de l'établissement par la commission.

Néanmoins, elle joue un rôle important et se réunit périodiquement pour traiter de nombreuses questions concernant l'organisation du service des gardes et astreintes.

Ainsi, en 1996 des contraintes budgétaires ont conduit à un effort de restrictions des dépenses et c'est la commission des gardes et astreintes qui a proposé au Directeur Général un certain nombre de mesures. A compter du 1^{er} mai 1996 le service des gardes et astreintes a totalement été réorganisé ; des cellules de contrôle ont été instaurées sur chaque site en coopération avec la direction de ces sites, placées sous l'autorité du plus ancien médecin dans le grade le plus élevé. En mars 2000, pour traiter le problème des urgences, la commission des gardes et astreintes a proposé le renforcement des urgences sur tous les sites par une garde supplémentaire, soit 4 gardes au total.

Plus globalement, la commission traite les demandes de création de gardes et astreintes faites à l'administration, participe aux enquêtes nationales, effectue des bilans et rédige des propositions en vue de réorganiser, si nécessaire, le service des urgences et permanence des soins.

Elle effectue un bilan de la réception des urgences en juillet et août sur chaque site, étudie l'impact des épidémies prévisibles et de toutes les difficultés ayant une répercussion sur l'organisation des gardes. Elle recherche des solutions aux problèmes liés à la diminution conséquente du nombre d'internes dans certains secteurs ou services d'activité où ils ne sont plus assez nombreux pour assurer la plus grande partie des gardes sur place, aux difficultés liées à l'application des dispositions des différents protocoles concernant plusieurs catégories de personnels médicaux, comme la réduction du temps de travail, la comptabilisation des gardes dans le temps de travail, l'observation du repos de sécurité, tout ce qui peut, enfin, avoir un impact sur le temps médical.

La commission des gardes et astreintes joue donc un rôle important et gagnerait sûrement en efficacité en formalisant ses pratiques.

4. Le contrôle des tableaux mensuels de services :

Le nombre de tableaux de gardes et astreintes intéressant le corps médical à l'AP-HM est important de l'ordre de 210 à 220.

Si les tableaux de service sont correctement renseignés par les différents sites pour les gardes et astreintes, ils ne le sont pas toujours pour le service normal de jour.

a. Dépassement du plafond des gardes et astreintes :

Le plafond des gardes et astreintes par praticien n'est pas seulement dépassé pendant la période des congés annuels. Ainsi, sur l'ensemble de l'exercice 2002, l'agence régionale de l'hospitalisation a autorisé l'AP-HM à dépasser le plafond des gardes et astreintes dans l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales à l'exception de l'anesthésie, la néonatalogie, l'hémobiologie, la psychiatrie, la gastroentérologie et la bactériologie virologie.

b. La grande disparité sur l'amplitude des gardes du week-end :

Les tableaux font apparaître un service normal de jour différent d'un site à l'autre ou même d'un service à l'autre sur un même site. En l'absence de toute formalisation la situation semble extrêmement confuse. Aucune décision ne détermine l'amplitude de la garde du samedi après-midi.

Dans certains services les gardes des week-ends vont du samedi 13H00 au lundi 8H30, ou du samedi 8H30 au lundi 8H30, comme dans le service de cardiologie de l'hôpital de la Timone Adultes.

Dans les hôpitaux Sud, les gardes du week-end se prennent du samedi 12H30 au lundi 8H30.

A l'hôpital de la Timone Enfants, les gardes commencent le samedi à 18H30 et se terminent le lundi à 8H30, pour les jours fériés de 8H30 au lendemain 8H30.

S'agissant du paiement effectif des gardes règne la plus grande confusion. La procédure est différente d'un hôpital à l'autre, d'un service à l'autre au sein du même hôpital, voire d'un praticien à l'autre au sein d'un même service.

Dans certains services, les gardes, les astreintes et les appels sont payés, alors que dans d'autres services, seules les gardes et les appels sont payés, les astreintes n'étant payées que s'il n'y a pas eu d'appel.

A l'hôpital de la Timone-Enfants, le samedi après-midi n'est en principe pas payé en garde. Toutefois des indemnités d'appel peuvent être payées pour cette demi-journée alors que le praticien est d'astreinte dans la nuit qui suit. Dans d'autres services de ce même hôpital, les samedis après midi sont systématiquement payés.

5. Le contrôle des appels et déplacements par le carnet à double feuillet :

L'examen des feuillets des mois de septembre et octobre a permis à la chambre de constater que dans l'ensemble les feuillets sont correctement remplis et collationnés.

Le président,

Bertrand SCHWERER