



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Du temps médical partagé à la
constitution d'équipes médicales
territoriales : enjeux et limites**

- Cas de la CHT Rance Emeraude -

Estelle COSSEC

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Mme Dominique Radureau, Directrice adjointe de la CHT Rance Emeraude, en charge de la stratégie médicale communautaire et maître de stage, pour sa disponibilité, ses conseils et sa confiance dans la réalisation de ce mémoire ;

Merci mille fois à Mme Desissert et Mme Rohan, attachées des affaires médicales au CH de Saint-Malo pour avoir répondu à mes nombreuses questions et toujours avec le sourire ;

Je remercie également Mme le Docteur Anne Le Gagne, Présidente de CME de Saint-Malo ainsi que la communauté médicale, pour leur accueil chaleureux et les échanges fructueux que nous avons eus tout au long du stage ;

Je remercie Mme Viviane Humbert, Directrice des affaires médicales de la CHT Nord-Val d'Oise pour avoir partagé avec moi, en toute transparence, les richesses et les difficultés de la mise en place de temps partagé entre établissements ;

Enfin, merci à M. Michel Louazel, intervenant à l'EHESP et encadrant de ce mémoire pour ses remarques constructives.

Sommaire

Introduction.....	3
PREMIERE PARTIE : Le temps médical partagé, une solution au déficit médical mais qui reste encore fragile entre établissements d'une CHT	7
A. Le temps médical partagé : un outil <i>a priori</i> « gagnant-gagnant » pour la CHT.....	7
1) Le TMP, une solution ancienne au développement récent au sein de la CHT	7
2) La signature de six FMIH le 1 ^{er} avril 2015 entre le CHSM et le CHD affiche la généralisation du TMP comme une politique incontournable de la CHT soutenue par l'ARS.....	15
B. Le temps médical partagé reste une solution souvent mise en place par défaut, aux frais de gestion importants	19
1) En pratique, le temps médical partagé, une solution palliative qui ne permet pas de dépasser une logique d'établissement	19
2) Le TMP induit des montages financiers entre CH coûteux, lourds en gestion et mal compris	28
DEUXIEME PARTIE : Le temps médical partagé, un outil nécessairement au service d'un projet médical précis pour l'apparition d'un modèle d'équipe territoriale viable	35
A. Dans l'attente d'un cadre contraignant et renouvelé par les GHT, les établissements cherchent la construction d'un modèle d'équipes territoriales	35
1) Une organisation nécessairement empirique conçue autour d'un projet médical et des médecins	35
2) Le projet de loi santé ne devrait apporter qu'une réponse partielle	42

B. Les GHT, une opportunité pour renouveler le projet médical et clarifier la politique de la CHT Rance Emeraude sur le TMP	48
1) Clarifier les enjeux et les moyens envisagés pour créer une dynamique de territoire au sein de la CHT	48
2) Propositions pour accompagner la mise en place opérationnelle d'équipes médicales territoriales.....	54
Conclusion.....	59
Bibliographie	61
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements

ARS : Agence régionale de santé

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CH (U) : Centre hospitalier (universitaire)

CHD : Centre hospitalier de Dinan

CHSM : Centre hospitalier de Saint-Malo

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CME : Commission médicale d'établissement

CNG : Centre national de gestion

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAM : Direction des affaires médicales

DAOM : Déchets assimilables aux ordures ménagères

DIM : Département de l'information médicale

DRH : Direction des ressources humaines

FMIH : Fédération médicale inter-hospitalière

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHT : Groupement hospitalier de territoire

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PH : Praticien hospitalier

SAU : Services d'accueil et d'urgences

TMP : Temps médical partagé

Introduction

Le 6 octobre, le Sénat a voté en première lecture le projet de loi de modernisation du système de santé. D'ici quelques mois, va se dessiner un nouveau cadre obligatoire pour tous les établissements : le groupement hospitalier de territoire, remplaçant les actuelles communautés hospitalières de territoire (CHT). Cette nouvelle modalité de regroupement conforte la place du territoire de santé comme le niveau de développement des projets médicaux et demande aux établissements de se doter de structures communes (pôles inter-établissements, Département d'information médicale unique...). Malgré le fait de remplir presque l'ensemble des prescriptions prévues par le projet de loi, la CHT Rance Emeraude peine à créer des filières public-public et des coopérations médicales durables. Un cadre de coopération, en apparence très intégrée, masque des difficultés d'intégration, en particulier entre le CH de Saint-Malo et le pôle public-privé de Dinan.

La CHT Rance Emeraude, préparée en 2008, a été l'une des premières CHT au niveau national et a continuellement mutualisé ses moyens depuis sa création en 2010. Elle regroupe les trois centres hospitaliers publics du territoire n°6 qui s'étend sur une partie du département d'Ille-et-Vilaine (35) et sur une partie des Côtes d'Armor (22). Tout d'abord, le Centre hospitalier de Saint-Malo (CHSM), constitue l'hôpital de référence en médecine, chirurgie, obstétrique du territoire (998 lits et places); il est doté d'une maternité de niveau IIB et de services de psychiatrie. Le CHSM est l'hôpital siège de la CHT. Le Centre hospitalier de Dinan (CHD), est un hôpital général comprenant 656 lits et places et une maternité de niveau IIA ; depuis 2005, il a conclu un partenariat avec la Polyclinique du pays de la Rance (PPR), qui partage le même immeuble que le CH. Enfin, le centre hospitalier de Cancale, ex-hôpital local, abrite 25 lits de soins de suite et réadaptation (SSR) et 120 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Une direction commune pour ces trois établissements a été mise en place en 2011¹.

Le territoire de santé n°6, avec 254 150 habitants, représentait, en 2009, 8 % de la population bretonne. Le nombre d'habitants devrait s'élever à 267 230 en 2016. Concernant la part des personnes âgées de plus de 75 ans (11,7 %), elle est plus importante que la moyenne régionale (9,7 %). Cette donnée, est souvent masquée lorsque les statistiques sont réalisées par départements : la population jeune est située autour de Rennes et la population âgée au Nord du Département et autour du bassin dinannais (cf. Annexe 4). Cette réalité impose le maintien d'une offre de spécialités de proximité et de pointe pour prendre en charge cette population vieillissante. Pour les

¹ Cf. Pour davantage de précisions, la présentation des établissements est réalisée en Annexe n°1.

établissements publics, cette injonction est difficile à satisfaire tant la pression concurrentielle est forte sur ce bassin aux possibilités d'extension restreintes. En effet, de par sa géographie côtière et excentrée par rapport au reste du territoire, l'hôpital de Saint-Malo dispose de faibles capacités d'extension. Cette contrainte est renforcée par la proximité immédiate de Rennes accessible par la voie rapide en moins d'une heure avec ses pôles d'excellence : le CHU, la Clinique Saint-Grégoire, première clinique privée de France selon de récents classements, située au Nord de Rennes. A l'ouest, le CH de Saint-Brieuc, jouissant d'une très bonne réputation, attire de nombreux patients sur le secteur dinannais. Enfin, le Groupe Vivalto a engagé depuis plusieurs années une stratégie agressive sur le Nord de l'Ille-et-Vilaine avec la possession de la Clinique de la Côte d'Emeraude à Saint-Malo, de la Polyclinique du Pays de Rance et de la Clinique Saint-Grégoire.

Face à cette concurrence privée et publique forte, l'enjeu pour les établissements publics de la CHT est de continuer à attirer des médecins pour développer des projets innovants et assurer des prises en charge de qualité. La pression démographique médicale, ces dernières années, affecte tous les établissements, notamment sur les spécialités d'anesthésie, de radiologie voire d'urgence. Elle s'exerce encore plus fortement dans les établissements de taille petite et moyenne comme Dinan. La difficulté de recrutement des médecins a conduit les établissements à offrir des postes dont le temps de travail est réparti entre le CHU et le CHSM ou entre le CHSM et un hôpital de proximité comme à Dinan ou Cancale. Cette modalité d'exercice médical offre la possibilité aux praticiens de rester en contact avec un plateau technique de très haut niveau (CHU) ou de pointe (CH de référence).

Le temps médical partagé correspond, pour un médecin hospitalier, au fait d'exercer son temps de travail au sein de deux structures distinctes selon une clé de répartition prévue par une convention entre les deux structures concernées. Le médecin est employé dans une des deux structures qui le rémunère et est juridiquement mis à disposition auprès de l'autre. Ce type d'arrangement n'est pas nouveau et a toujours existé entre les hôpitaux. La nouveauté porte sur son ampleur et ses implications pratiques. Alors qu'auparavant le temps médical partagé était issu d'un projet individuel, ayant peu d'impact sur le reste d'une équipe hospitalière, aujourd'hui, en se généralisant, il doit être pris en compte dans les organisations médicales des deux sites. En effet, le risque de la multiplication des temps partagés réside dans le fait de piocher dans les ressources disponibles d'un côté pour les mettre de l'autre sans s'assurer de la continuité du service. Cette tentation des établissements en CHT est d'autant plus grande qu'elle permet d'éviter le recours dispendieux à l'intérim médical mais peut désorganiser

régulièrement les équipes en fonctions des vacances et absences pour maladie ou maternité.

Les trois établissements ont fait le choix de coopérer de manière approfondie, à travers la création de la CHT. *« Coopérer c'est travailler ensemble, à une œuvre commune ; cela implique une dépendance et une solidarité vis-à-vis d'un groupe. La coopération est donc le fait, pour une personne, de s'adonner consciemment à une activité complémentaire de celle d'autres personnes dans le cadre d'une finalité commune, dans un groupe donné »*². Cette dépendance et cette solidarité, selon la définition proposée par l'Encyclopédie universelle, ne sont pas toujours bien acceptées de la part des établissements qui ont encore la nostalgie d'un exercice autonome et florissant. La finalité commune, même si elle émerge à travers l'édiction d'un projet médical commun et de nombreuses coopérations en matière d'achats, doit sans cesse être rappelée. Ainsi, finalement, le temps partagé relève davantage de la définition moins ambitieuse d'Emile Durkheim qui voit la division du travail comme la source de la coopération : *« la coopération ne va pas sans la division du travail. Coopérer en effet, c'est se partager une tâche commune »*. En effet, le temps partagé a bien souvent été conçu comme un exercice séparé sur les deux sites et non comme faisant partie intégrante d'une vision commune et d'une organisation collective. La généralisation des temps partagés bouleverse les pratiques médicales mais également administratives, en particulier dans les établissements d'une CHT dans lesquels la mutualisation des moyens est fortement souhaitée.

Ainsi, nous avons le choix de dresser un panorama rapide des différentes réalités de temps partagés, qu'il soit avec le CHU ou une autre structure pour nous concentrer ensuite sur les liens de coopération médicale entre le CHSM et le CHD. Au regard de l'ampleur des postes en temps partagés et des organisations diverses retenues par spécialités, la relation singulière entre le CHSM et le CHD constitue un « laboratoire » avec ses innovations, ses incertitudes et ses échecs. En outre, l'enjeu de contention des dépenses d'intérim médical est aujourd'hui concentré sur Dinan. L'existence de spécialités de MCO sur chacun des sites permet aussi d'entrevoir la constitution d'équipe territoriale intégrée entre les deux CH.

La généralisation du temps partagé nécessite de repenser les emplois du temps des médecins sur plusieurs sites, de définir la part de charges qui doit être affectée à l'autre établissement du fait de la venue d'un praticien voire à la compensation des pertes de recettes induites par cette mise à disposition. Tous ces éléments liés à du temps partagé

² Définition du mot co-opérer donné par l'Encyclopédie Universalis

bouleversent les organisations : l'exception devient le courant voire le principal. Or nos conceptions centrées sur la gestion d'un établissement sont éprouvées par la frontière de plus en plus poreuse entre les établissements en CHT et en coopération médicale. Ainsi, la présente étude entend montrer en quoi le temps médical partagé redéfinit en profondeur les organisations médicales et administratives des établissements publics de santé d'une CHT. Le temps médical partagé constitue aujourd'hui une solution au déficit médical mais qui reste encore fragile entre établissements d'une CHT (I). Il doit, demain, être un outil au service d'un projet médical précis pour l'apparition d'un modèle d'équipe territoriale viable (II).

PREMIERE PARTIE : Le temps médical partagé, une solution au déficit médical mais qui reste encore fragile entre établissements d'une CHT

La première partie dresse le constat de ce qui a été mis en place au sein de la CHT comme temps médical partagé et expose comment cet outil devient le centre d'une politique globale de coopération renforcée entre le CHSM et le CHD. Sur le plan financier et de la qualité des soins, la répartition de l'activité médicale sur deux sites apparaît comme une stratégie gagnante pour les établissements et la CHT, dans son ensemble (A). Toutefois, ce constat a priori positif doit être nuancé au regard des coûts engendrés et des limites inhérentes au modèle actuel du temps partagé (B).

A. Le temps médical partagé : un outil *a priori* « gagnant-gagnant » pour la CHT

Le temps médical partagé, même s'il a toujours existé selon la volonté de quelques médecins, est au cœur des discussions entre le CHSM et le CHD depuis deux ans. Le projet médical commun de la CHT, actualisé en 2013, illustre cette politique récente de renforcer, de manière systématique, les liens entre les équipes médicales des sites du CHSM et CHD, notamment pour pallier le déficit de médecins et contenir le recours à l'intérim médical (1). Cette politique se poursuit et se généralise avec la conclusion de six FMIH en avril 2015 (2).

1) Le TMP, une solution ancienne au développement récent au sein de la CHT

- a) Le TMP, un outil ancien dans le cadre de conventions, désormais promu dans les CHT pour faire face aux difficultés de recrutement médical

Le CHSM a toujours constitué un terrain favorable à la mise en place de temps médical partagé, à trois titres. Premièrement, il a établi un lien fort avec le CHU depuis de nombreuses années de part la proximité géographique des deux hôpitaux, accessibles en moins d'une heure. Deuxièmement, le temps partagé a trouvé un nouveau cadre d'expansion avec la création de la CHT à compter de 2008 et la détermination d'un projet médical commun. Enfin, ce contexte local plutôt favorable au temps médical partagé s'en trouve conforter avec les difficultés de recrutement médical apparues depuis 2012 sur le territoire.

Tout d'abord, il convient de rappeler que les coopérations entre établissements ont toujours existé pour organiser des temps partagés de médecins. Elles sont restées toutefois isolées et souvent initiées à la demande personnelle des praticiens. En effet, ceux qui ont organisé un temps partagé sont essentiellement des médecins souhaitant garder une proximité avec un plateau technique d'excellence présent dans le CHU régional, ou bien participer à une association qui leur tiennent à cœur (association en pédiatrie, sclérose en plaque...). Des coopérations ponctuelles peuvent également être nées de l'envie d'ouverture vers des services organisés différemment et d'autres équipes ainsi que par le vœu de certains médecins d'échanger leurs bonnes pratiques. Ainsi, depuis 15 ans, les services de pneumologie du CHD et du CHSM ont engagé une collaboration à travers des mises à disposition croisées³. Globalement, ces initiatives sont restées isolées et ne se sont pas inscrites au sein d'une politique générale d'attractivité du service et de l'hôpital.

Toutes ces anciennes coopérations ont tendance à perdurer par la force de l'habitude alors même que les conventions sont mal cadrées voire obsolètes ou que le changement des praticiens les ont rendues caduques. De plus, ces conventions peuvent parfois être devenues franchement défavorables à l'établissement employeur, sur le plan financier, depuis le passage à la tarification à l'activité (T2A). Nous verrons, en effet, ci-dessous (cf. B. 1°) que la compensation du temps de travail ne s'accompagne presque jamais d'une compensation des pertes de recettes.

Ensuite, à compter de 2008, les établissements publics du territoire n°6 ont souhaité renforcer leur coopération dans le cadre d'une CHT, pour être en mesure de porter des projets (reconstruction de l'hôpital de Cancale, addictologie...) et offrir des prises en charge publiques de qualité. Le territoire de santé N°6 se caractérise par son taux de vieillissement très important qui nécessite une offre de proximité de spécialités, de bon niveau⁴. En outre, il présente une superficie réduite comme tous les territoires de santé bretons. Pour maintenir une activité hospitalière variée et de pointe face aux concurrences privées et publiques (CHU de Rennes, CHP Saint-Grégoire, CH de Saint-Brieuc), la CHT s'est dotée d'un projet médical commun en 2010 pour une durée de 5 ans.

³ Il s'agit de la première convention de coopération médicale entre le CHSM et le CHD, en date d'avril 2000. Les pneumologues des deux sites exercent de manière croisée sur l'autre site.

⁴ Concernant la part des personnes âgées de plus de 75 ans (11,7 %), elle est plus importante que la moyenne régionale (9,7 %) en 2013 (source : ARS, conférence de territoire)

L'année 2013 a constitué un tournant pour la CHT : elle marque la mise en œuvre concrète du projet médical. Celle-ci débouchera, notamment, sur le regroupement des services d'addictologie au sein d'un CSAPA territorial, le détachement de temps médical des urgences de Saint-Malo vers Dinan ou encore la venue des rhumatologues dinannais au CHSM et l'exercice territorial des médecins DIM. La mise en place de temps partagé entre les établissements de la CHT va également s'accélérer, à partir de 2013, sous la contrainte du manque de médecins.

En effet, troisièmement, le temps médical partagé connaît un regain d'intérêt dans le contexte de difficultés de recrutement et d'explosion des coûts liés à l'intérim médical. Comme de nombreux hôpitaux généraux, le CHSM et le CHD font face à des difficultés des recrutements dans certaines spécialités comme la radiologie et l'anesthésie depuis quelques années.

Le rapport de décembre 2013 de M. le député Olivier Veran expose bien la situation actuelle de certains établissements de petite taille qui utilise l'intérim médical *« comme une bouée de secours pour palier à un problème structurel, celui d'un hôpital en pénurie chronique de certains spécialistes »*. En effet, si l'intérim médical est admissible à titre exceptionnel pour renforcer une équipe, il l'est beaucoup moins lorsque le recours aux intérimaires est systématique pour le fonctionnement même du service. M. le député Veran remarque ainsi qu' *« en quelques années, le marché s'est emballé, remettant en cause par endroits la qualité, la continuité, la sécurité des soins. Le coût exorbitant pose un problème croissant aux hôpitaux, au-delà du raisonnable, d'autant que ces mêmes hôpitaux sont par ailleurs constamment poussés vers plus d'efficience »*⁵.

Aucun des hôpitaux de la CHT n'est épargné par ce phénomène. L'ampleur est toutefois réduite à certaines spécialités au CHSM (radiologues essentiellement) et beaucoup plus étendue au CHD (un poste de gastro-entérologue, quatre postes d'urgentistes, des radiologues et anesthésistes...). A travers la fermeture du service d'urgences de Valognes dans le Cotentin depuis le 6 août 2015, on mesure à quel point la difficulté de recrutement d'urgentistes sur le territoire peut mettre en péril l'existence même du service et désorganiser la permanence des soins prévue sur le territoire. Le CHD connaît des difficultés de recrutement d'urgentistes depuis plusieurs années qui se sont aggravées depuis quelques mois avec la vacance de quatre postes. Le service de radiologie et d'anesthésie fonctionnent à Dinan la plupart du temps grâce à des intérimaires. Le problème de recrutement médical est réellement structurel pour le CHD et beaucoup plus conjoncturel pour le CHSM. Face à ce constat, des organisations ont dû

⁵ Veran (O.), député de l'Isère, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, décembre 2013, extrait de la synthèse

se mettre en place. Ainsi, depuis 2013, des radiologues malouins vont exercer à Dinan alors même que cette mise à disposition engendre un recours à l'intérim au CHSM.

b) Les indicateurs de suivi du TMP étudiés montrent une accélération du phénomène

A titre liminaire, il convient de constater qu'il n'existe aujourd'hui aucune cartographie ou statistiques du nombre de postes en temps partagé au niveau national. Le Centre national de gestion (CNG) ne participe pas du tout au suivi de ce phénomène alors même qu'il voit passer les fiches de postes de tous les praticiens hospitaliers. En pratique, le CNG publie les postes dont certains mentionnent explicitement l'existence d'un temps partagé obligatoire. Toutefois, cet élément n'est pas répertorié et n'influence en rien la procédure de nomination : le praticien est nommé dans l'établissement qui publie le poste. Les modalités d'exercice du temps partagé entre les deux sites ainsi que les compensations financières sont laissées à la discrétion de l'établissement. Le CNG joue un simple rôle de courroie de transmission. L'ARS Bretagne pallie ce manque, en actualisant depuis 2013 un atlas des coopérations hospitalières de la région en y faisant figurer les temps médicaux partagés⁶.

Cette étude essaie de trouver les critères pertinents pour mesurer le recours au temps médical partagé et constater dans quelle mesure il se développe. Nous avons ici retenu trois indicateurs de suivi.

- *1^{er} indicateur : Le nombre de primes multi-sites autorisées par l'ARS, en hausse, ne reflète que partiellement l'ampleur du TMP entre les établissements*

Les primes multi-sites constituent la seule contrepartie financière légale autorisée par l'ARS pour indemniser les médecins en temps partagé sur plusieurs sites. Ce dispositif créé en 2001⁷ et mis en place en 2002, a été conçu initialement pour attirer de jeunes médecins qui, tout en travaillant dans des établissements de proximité, maintenaient un lien avec un établissement universitaire ou de référence. Le recours aux primes multi-sites s'est peu à peu généralisé.

L'attribution de la prime multi-établissement n'est pas de droit ; elle est attribuée par l'ARS, après demande du praticien validée par l'établissement, en fonction d'une

⁶ ARS Bretagne, Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016, Atlas du PRS, édition 2014, p. 104-117

⁷ Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et précisant, d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution, à certains de ces praticiens, médecins, odontologistes ou pharmaciens, de l'indemnité prévue pour l'exercice de cette activité.

enveloppe régionale fermée, après avis de la Commission Paritaire Régionale. L'enveloppe étant fermée, des arbitrages et une péréquation sont réalisés au niveau régional. Si la demande n'a pas été validée par l'établissement, un recours peut être tenté auprès du Directeur général de l'ARS. Les médecins éligibles sont les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel, les praticiens attachés, les praticiens attachés associés, les assistants des hôpitaux, qui exercent leur activité sur plusieurs établissements. Cette activité doit représenter un engagement du praticien représentant au minimum, en moyenne, deux demi-journées hebdomadaires d'activité réalisées en dehors de son établissement de rattachement. Les praticiens perçoivent alors une "indemnité pour activité dans plusieurs établissements" dont le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé. Ce montant s'élève en 2015 à 415,86 € brut mensuel.

Les demandes de primes multi-sites sont remontées une première fois en octobre-novembre de l'année N pour l'attribution en N+1. La décision de l'ARS est notifiée en avril ; les indemnités sont versées à titre rétroactif depuis cette date pour les mensualités du premier trimestre. L'ARS finance 50% des primes autorisées par elle. L'autre moitié est à la charge de l'établissement. En juin, une deuxième vague de demandes est remontée à l'ARS : ces autorisations de primes relèvent davantage d'une régularisation⁸ et ne s'accompagnent pas de financement.

S'il existe depuis le début des années 2000, la prime multi-site connaît que récemment une généralisation et un développement de son recours, comme le montre le taux d'évolution du nombre de primes accordées par l'ARS Bretagne.

Tableau n°1 : Nombre de primes multi-sites accordées par l'ARS Bretagne entre 2010 et 2015 (source : ARS Bretagne)

Spécialité	TOTAL REGION BRETAGNE						Evolution 2010-2015
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
biologie médicale	3	3	6	5	7	11	266,67%
Total chirurgie	47	48	49	55	72	79	68,09%
Total médecine	102	114	137	150	182	203	99,02%
odontologie polyvalente	0	0	0	1	1	2	200,00%
pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière	7	8	9	12	11	10	42,86%
psychiatrie polyvalente	5	4	4	8	8	9	80,00%

Qu'il s'agisse des taux d'évolution entre 2010 et 2015 ou des valeurs absolues de primes distribuées, ces chiffres sont très significatifs d'une politique de soutien de l'ARS à ce type d'organisation du temps des médecins hospitaliers. Désormais, ce ne sont plus que des jeunes médecins qui bénéficient de la prime multi-sites mais également des praticiens en postes qui ont fait le choix d'un exercice multi-sites. Même si les chiffres au

⁸ Par exemple, en cas de titularisation d'un praticien auparavant contractuel, celui-ci peut alors prétendre à la prime multi-site.

niveau régional ne laissent aucun doute sur l'explosion du temps partagé, la prime multi-sites ne reflète pas l'ensemble des temps partagé. En effet, certains praticiens n'en remplissent pas les conditions ou se sont organisés différemment (cf. B. 2).

Au CHSM, pour l'année 2015, l'ARS a validé le versement de 17 primes multi-sites financées à 50% et de 2 primes, non financées, autorisées dans un second temps. Depuis 2013, le CHD bénéficie de 3 à 4 primes multi-sites. Toutes les primes sont attribuées à des médecins en temps partagé avec le CHSM.

- *2^{ème} indicateur : les mises à disposition de praticiens du CHSM vers d'autres établissements ont évolué de + 84% au cours des quatre dernières années*

Pour apprécier le développement du temps médical partagé, le montant des refacturations opérées entre le CHSM et le CHD constitue le meilleur indicateur, puisqu'il est calculé en fonction du nombre de jours effectivement réalisé par les médecins d'un établissement sur l'autre site. C'est à travers les flux financiers entre les établissements que l'on peut le mieux quantifier le phénomène. Ce dispositif de refacturation est inhérent au statut de médecins hospitaliers. Même s'ils travaillent dans deux CH distincts, les médecins continuent d'être rémunérés par l'établissement qui les emploie. Juridiquement, ils sont mis à disposition d'un établissement vers un autre. Ce sont les services administratifs des affaires médicales et des finances qui calculent le montant de la refacturation en fonction du temps médical réalisé par les praticiens sur chacun des sites. Une nuance est, toutefois, à apporter : les urgentistes du CHSM exerçant au CHD sur leur temps additionnel sont directement rémunérés par le CHD.

Le temps médical partagé du CHSM vers tout type d'établissement a augmenté de 84% entre 2011 et 2014. Toutefois, ce chiffre masque des progressions très différentes selon les établissements concernés. En effet, l'évolution du temps partagé vers le CHD est restée relativement modérée (37%) durant ces quatre dernières années alors que les coopérations avec les autres établissements, et principalement avec le CHU, a augmenté de +173%. Cette tendance traduit aussi l'intérêt du CHSM de créer des postes en temps partagé avec le CHU pour améliorer son attractivité auprès des jeunes médecins.

Tableau n°2 : Montants refacturés par CHSM aux autres établissements partenaires (source : service des affaires médicales du CHSM et du CHD)

	CHSM			CHD	
	Refacturation du TMP (tt ébt)	Refacturation du TMP au CHD	Refacturation aux autres établissements	Refacturation du TMP (tt ébt)	Refacturation du TMP au CHSM (hors refacturation d'intérim)
2014	915 641,05 €	443 265,14 €	472 375,91 €	311 539,35 €	224 089,35 €
2013	701 355,55 €	326 047,47 €	375 308,08 €	422 630,45 €	199 458,45 €
2012	669 701,81 €	392 613,18 €	277 088,63 €	471 297,77 €	64 416,77 €
2011	497 434,40 €	324 389,38 €	173 045,02 €	602 864,17 €	45 683,17 €
Evolution 2011-2014	84%	37%	173%	-48%	391%

A la lecture de ces chiffres, on constate une explosion du nombre de temps partagé de Dinan vers Saint-Malo entre 2011 et 2014 (+391%), sous l'effet de la mise en place de deux coopérations en 2013. D'une part, les médecins rhumatologues de Dinan commencent à exercer leur activité au CHSM et d'autre part, deux médecins DIM, rattachés au CHD sont désormais médecins DIM pour les trois établissements du territoire. Les temps médicaux sont alors refacturés pour chacun des praticiens sur les établissements concernés. Par ailleurs, il convient de préciser que les chiffres présentés dans la dernière colonne excluent les refacturations d'intérim qui ont eu lieu entre 2010 et 2013. Il s'agit d'une modalité de refacturation qui ne correspond pas à du temps partagé mais à un arrangement d'ordre financier.

Pour le CHSM, il semble avoir été plus facile de développer le temps partagé vers d'autres établissements, extérieurs à la CHT comme le CHU. Des obstacles réels liés au contexte et au dispositif de temps partagé en lui-même empêchent le développement systématique de temps partagé entre CHSM et CHD (cf. B). Outre la difficulté historique de créer une coopération forte entre le pôle public/ privé de Dinan et le CHSM, les modalités et les contraintes d'organisation, en pratique, ne sont pas du tout les mêmes. En effet, Il est plus facile de réaliser un temps partagé d'une journée par semaine vers les équipes rennaises bien dotées que d'organiser un temps médical dans un service de Dinan pour lequel une couverture sur la semaine entière est nécessaire. Alors que dans un cas, l'absence d'un médecin est réduite à une journée dans le CH, dans l'autre situation, l'ensemble de l'équipe doit s'organiser pour couvrir les besoins du CH de référence et du CH de proximité. La démarche vers le CHU impacte peu l'équipe du CH qui peut s'organiser sans un praticien un jour par semaine et, de la même manière, les équipes du CHU sont suffisamment dotées pour garantir la continuité des prises en charge médicale même en cas d'absence ponctuelle. En revanche, le temps partagé vers

le CHD, car il correspond à des postes médicaux parfois isolés, implique soit une organisation collective fine pour assurer la continuité en cas d'absence, soit l'acceptation d'un non remplacement sur ces absences. Le temps partagé se développe entre le CHSM et le CHD dans une logique de diminution de recours à l'intérim. La direction de la CHT et les présidents de CME incitent désormais les praticiens en poste à aller à Dinan, voire à les obliger lorsqu'ils viennent d'être recrutés.

- *3^{ème} indicateur : le coût évité de l'intérim médical*

En plus de la rémunération des médecins intérimaires, les CH ont également à leur charge les frais de déplacements, les frais de logement et de bouche du médecin. L'ensemble de ses frais constituent des dépenses annuelles colossales au regard de leur budget annuel. Par exemple à Dinan, l'intérim médical représentait, en 2014, 1,5 M€, soit 2,2% du budget H alors que le déficit s'élevait à 501 000€, soit environ 0,7%. L'intérim médical est l'une des causes déterminantes dans le déficit budgétaire de l'établissement et par voie de conséquence, un enjeu de premier plan dans un contexte budgétaire contraint.

Contenir l'intérim d'un établissement en envoyant des équipes de l'établissement de référence contribue non seulement à baisser les dépenses mais aussi à améliorer la qualité des soins et créer des filières, source de recettes d'activité pour l'établissement de référence. Par exemple, le CHD n'arrive plus à recruter depuis plusieurs années des médecins radiologues. Pour ne pas reposer que sur des intérimaires peu impliqués et ne garantissant pas la continuité du service, le CHSM a organisé depuis 2013 une mise à disposition de ses radiologues vers Dinan quatre jours par semaine. Cette situation a été souhaitée alors même que le CHSM doit ponctuellement recourir à de l'intérim de radiologie du fait de ce détachement vers Dinan. Il a été décidé par convention, en 2013, que le coût généré par ce recours à l'intérim au CHSM est financé pour moitié par chacun des deux établissements. En partant du principe que le CHD aurait dû prévoir le même nombre de journées d'intérim que celui réalisé au CHSM si aucune mise à disposition de radiologues malouins n'était mise en place, le montage juridique et financier évite au CHD une dépense supplémentaire de 79 000€ environ en 2014 et de 125 500€ en 2013. Ces montants correspondent à la différence entre le coût théorique total du recours exclusif à l'intérim à Dinan et ce que paie effectivement le CHD pour le personnel médical d'imagerie aujourd'hui.

Tableau n°3 : Montant d'intérim de radiologie généré du fait de la mise à disposition de radiologues au CHD, refacturés au CHD par le CHSM (source : service des affaires médicales du CHSM)

	Coût total de l'intérim généré au CHSM en radiologie (A)	50% du coût de l'intérim pris en charge par chaque CH (B = (A)/2)	Facturation au CHD des M&D de radiologues de CHSM (C)	Coût évité pour le CHD (D= A - (B+C))
2014	370 954,56 €	185 477,28 €	106 653,56 €	78 823,72 €
2013	391 141,06 €	195 570,53 €	70 064,49 €	125 506,04 €

A = ce que devrait payer le CHD s'il ne recourait qu'à des intérimaires (en considérant un besoin équivalent au CHSM et au CHD)

B + C = ce que paie le CHD en réalité

D = le coût évité par le CHD grâce au montage juridique et financier avec le CHSM

Cet indicateur, s'il illustre un cas particulier de solidarité entre le CHSM et le CHD, apparaît peu significatif pour l'ensemble de la dynamique de temps partagés entre les établissements. Il est centré sur une seule discipline (la radiologie) et peut être difficilement étendu, pour le moment, à d'autres disciplines concernées comme les urgences. Les temps dédiés des urgentistes au CHD sont peu significatifs jusqu'en 2015 pour être comptabilisés comme du coût d'intérim évité. La généralisation des mises à disposition d'urgentistes malouins vers le CHD à compter de 2015 pourrait toutefois rentrer dans ce cadre.

Cette philosophie « gagnant-gagnant » tend à convaincre les médecins au regard de l'explosion du temps médical mis à disposition (cf. ci-dessus) et de la généralisation des FMIH au sein de la CHT.

2) La signature de six FMIH le 1^{er} avril 2015 entre le CHSM et le CHD affiche la généralisation du TMP comme une politique incontournable de la CHT soutenue par l'ARS

Les FMIH apparaissent comme l'instrument de coopération privilégiée entre centres hospitaliers. En effet, ces fédérations sont exclusivement réservées aux centres hospitaliers, établissements publics de santé. Les CHU et tous les types d'établissements privés en sont exclus.

- a) La signature de six FMIH marque la relance d'une politique de coopération renforcée et de création de filières entre centres hospitaliers publics
- *La généralisation des FMIH ou la volonté de donner un cadre stabilisé à toutes les coopérations entre le CHSM et le CHD*

Les deux établissements de Saint-Malo et de Dinan ont conclu le 1^{er} avril 2015 six FMIH portant sur les spécialités suivantes : la médecine d'urgence, l'anesthésie, l'hématologie, l'hépto-gastro-entérologie, l'oncologie digestive, la neurologie et la rhumatologie. Cette démarche vise à concrétiser des coopérations déjà existantes, comme en rhumatologie, et redynamiser les projets de coopérations médicales entre les deux établissements dans de nouvelles disciplines comme la gastro-entérologie.

Les FMIH ont « pour objet d'organiser un rapprochement d'activités médicales entre centres hospitaliers »⁹. Il s'agit d'instruments de coopération entre établissements qui créent un cadre juridique de mutualisations de moyens sans transferts d'autorisations de soins (qui ne sont autorisés que dans le cadre des GCS d'établissements). C'est un mode de coopération conventionnelle. Leur existence est ancienne, puisqu'elles ont été créées par la loi du 27 juillet 1999¹⁰. Leur déploiement au niveau national est difficile à mesurer en raison de l'absence d'observatoire de suivi des coopérations hospitalières.

Les FMIH prennent la forme d'un document signé par la direction, les présidents de CME ainsi que les chefs de pôle des deux établissements. Elles comprennent la finalité et les modalités de temps partagé, à savoir le calcul de la refacturation du temps médical d'un établissement vers un autre. Plus précisément, elles peuvent aussi prévoir l'existence de commissions de recrutement commune. Tous les recrutements de nouveaux médecins dans la spécialité « réanimation » pour les besoins des CH de Pontoise et Beaumont-sur-Oise sont réalisés conjointement au sein d'une telle commission. De manière générale, cet instrument laisse largement la place à des organisations souples et adaptées au contexte local : la loi impose uniquement la désignation d'un coordonnateur médical assisté d'une sage-femme ou d'un cadre paramédical ou d'un membre du personnel soignant et d'un membre du personnel administratif.

Les FMIH, en tant que mode de coopération conventionnelle n'ont pas de personnalité morale, ce qui facilite leur mise en place. De surcroît, les FMIH constituent des accords, identifiant les praticiens concernés par le temps partagé, qui dispensent les établissements de procéder à l'édiction de documents de mise à disposition pour chaque médecin. Les FMIH présentent, toutefois, des limites liées au statut des médecins et à la structuration en pôles et services. Nous verrons que ces inconvénients ont guidé la mission Hubert-Martineau vers d'autres modèles d'équipes médicales territoriales intégrées (II. A).

⁹ Cf. Guide méthodologique de l'ANAP sur les coopérations territoriales, janvier 2011, p. 15.

¹⁰ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle, codifiée à l'article L. 6135-1 du code de la santé publique.

- *Les conventions prévoient des modalités de compensation classiques dans le cadre des mises à disposition de médecins*

Les FMIH signées entre les établissements de la CHT prévoient des compensations financières que l'on peut qualifier de « minimales » ou classiques. En effet, les établissements se refacturent le temps médical effectivement réalisé, accompagné des frais de déplacements associés. Concrètement, le service des affaires médicales de l'établissement employeur tient un tableau Excel recensant le nombre de demi-journées faites par les médecins durant le semestre. Ce nombre de demi-journées est multiplié par le coût moyen chargé (traitement de base brut + charges patronales) constaté en N-1 du statut de praticien hospitalier et de praticien contractuel. Ce coût moyen chargé est déterminé selon l'état CA12 fourni par l'éditeur de paie (SIB) et le contrôle de gestion. Il est, ensuite, augmenté forfaitairement de 20% prenant en compte le coût des autres charges (indemnité de service public exclusif, majoration des statuts des contractuels, indemnité de précarité, frais de formation hors enveloppe ANFH, temps de travail additionnel, jours placés sur CET...). Une fois les montants calculés, l'établissement employeur émet un titre de recettes chaque semestre, à terme échu et le transmet à l'établissement d'accueil.

A ce jour, il n'y a aucune compensation des moindres recettes générées pour l'établissement employeur du fait de la mise à disposition de ses médecins dans un autre établissement. La compensation des moindres recettes commence à être souhaitée par le CHU de Rennes pour la mise à disposition de chirurgiens dans le cadre de consultations avancées au CHSM. Une négociation est actuellement ouverte entre les établissements.

- *La forte portée symbolique de la démarche*

Avant la signature des FMIH, il existait déjà des conventions de mises à disposition entre les établissements de la CHT. Certaines conventions anciennes étaient devenues obsolètes avec le départ de praticiens ou le développement de nouvelles prises en charge. Le caractère obsolète des conventions ne suffit pas à justifier la remise à plat de toutes les conventions. La Direction de la CHT a utilisé cet outil juridique à des fins politiques pour relancer une dynamique de coopération. Cette démarche permet de poser des règles communes en matière de compensation et de doter chacune des spécialités d'un coordonnateur et d'un cadre de fonctionnement unique. D'autres spécialités devraient à terme initier la même démarche, le but étant que chaque spécialité dispose d'une FMIH.

A travers cette étape symbolique, les établissements de la CHT donnent le signal à l'ensemble des deux communautés médicales que l'avenir des deux CH est désormais lié. Il s'agit de la traduction de la prise de conscience que le CHSM ne peut pas maintenir ses activités et trouver de nouveaux gisements de recettes sans le CHD et qu'inversement le CHD doit davantage ouvrir son fonctionnement au CHSM pour pérenniser ses activités. Il est désormais bien présent dans les esprits que le CHSM a un intérêt direct au maintien de la structure du CHD : en cas de fermeture de services à Dinan, le CHSM bénéficierait d'une captation de patientèle d'environ un tiers seulement selon le médecin DIM de la CHT. La situation géographique de Dinan explique un taux de fuite de patientèle vers Saint-Brieuc et Rennes plus important que le taux de recours au CHSM. La Rance, rivière séparant Dinan et Saint-Malo, joue le rôle d'une frontière naturelle et culturelle¹¹.

Pour la présidente de la CME du CHSM, les FMIH constituent à la fois la concrétisation de démarches de coopération mais aussi et surtout la préfiguration d'équipes médicales territoriales, voire de pôles communs à terme. Cette dynamique s'inscrit également dans la volonté de prendre en compte la dimension territoriale des filières de santé.

b) La démarche des FMIH s'inscrit pleinement dans la logique de « territoire de santé » portée par l'ARS Bretagne

Les FMIH, et au-delà la politique menée depuis la création de la CHT à compter de 2008, s'inscrit pleinement dans la volonté d'assurer une couverture territoriale des soins, chère à l'ARS Bretagne. En effet, celle-ci déploie, depuis 2013, de nouveaux outils d'intégration territoriale appelés « contrats hospitaliers de territoire ». A travers ce levier, l'ARS promeut les partenariats public-public, comme par exemple, en 2013 au sein de la CHT Armor (Saint-Brieuc, Guingamp, Lannion) ou encore au sein du territoire n°4, en 2015, entre Vannes et Ploërmel. Dans ce dernier exemple, le contrat hospitalier de territoire s'est traduit par l'attribution, de manière dégressive, pendant trois ans, de 2,1 millions d'euros aux établissements. Les crédits alloués ont financé des équipements de télémédecine (télé-expertise en périnatalité et la télé-imagerie) ainsi que des temps médicaux supplémentaires. L'édition d'un contrat oblige les différents acteurs hospitaliers à s'engager dans la démarche et la présence d'un tiers facilite la mobilisation des communautés médicales et des acteurs en interne. Cette intervention facilitatrice de l'ARS s'est manifestée, pour le territoire n°6, dans le projet territorial de cardiologie en

¹¹ Cf. Annexe 4 : cartes

cours depuis fin 2014. Une feuille de route claire préconisée par un PUPH de Rennes et validée par l'ARS a indiqué les regroupements d'activité à opérer au sein du territoire. Toutefois, elle s'avère insuffisante pour mettre en œuvre concrètement les actions dans des conditions sereines. Comme nous allons le voir, le plan de l'ARS engendre la fin d'une activité pour Dinan : la perte de recettes associée est difficilement soutenable financièrement et acceptable politiquement par le Président du Conseil de surveillance, ce qui freine concrètement l'avancée des coopérations.

B. Le temps médical partagé reste une solution souvent mise en place par défaut, aux frais de gestion importants

Les organisations actuelles visant à déployer du temps médical de Saint-Malo vers Dinan s'apparentent à « piocher » de manière ponctuelle et conjoncturelle des ressources là où elles existent. Sans réel caractère durable dans le temps, ces organisations donnent parfois l'effet de recourir aux équipes du CHSM comme une prestation d'intérim à moindre coût et non comme un modèle d'équipe intégrée. Le temps médical partagé constitue le plus souvent une solution palliative qui ne permet pas de dépasser une logique d'établissement (1) et qui s'avère coûteuse en gestion (2).

1) En pratique, le temps médical partagé, une solution palliative qui ne permet pas de dépasser une logique d'établissement

L'existence de temps partagé ne permet pas de dépasser les logiques d'établissement qui restent fortes au CHSM et au CHD en raison du modèle de la T2A et de contextes locaux (a) mais aussi du fait de la mise en œuvre incertaine des temps partagés en pratique (b).

- a) Malgré la constitution de la CHT, une solidarité territoriale entre le CHSM et le CHD tarde à émerger à l'image des difficultés de mise en œuvre des nouvelles FMIH
- *De manière générale, la tarification à l'activité, en tant que mode de financement des CH, maintient une concurrence entre les CH et bride la mise en place de temps médical partagé*

Comme l'indique le rapport sur la fusion des établissements de santé, « pour les établissements publics, ces initiatives (de temps partagé) étaient neutres financièrement dans le système de la dotation globale, dans la mesure où l'établissement « prêteur »

n'était pas pénalisé sur ses recettes du fait que ses personnels « prêtés » ne réalisaient pas d'activité pour lui lorsqu'ils intervenaient dans un autre établissement. Tel n'est plus le cas avec la T2A : même lorsque l'établissement bénéficiaire de la mise à disposition en rembourse le coût complet à l'établissement « prêteur », l'activité générée par ces personnels qui lui demeurent rattachés ne lui bénéficie pas »¹².

En pratique, il n'est, par exemple, pas efficient pour un médecin de se détacher une semaine par mois dans un service sur l'autre site car, sans consultations externes réalisées durant cette semaine-là, aucune intervention (coloscopie, chirurgie...) ne sera programmée dans les deux à trois semaines suivantes. Une semaine sans consultations externes engendre nécessairement une perte de recettes pour le CH de référence.

Le système de refacturation inhérent au statut des médecins et à la comptabilité séparée des établissements en coopération engendre une approche coût/ bénéfice économique qui n'est pas nécessairement appropriée dans le cas d'une coopération d'activité. Comme le relève le rapport sur les fusions d'établissements de santé¹³, « *en pratique, chaque établissement est en permanence renvoyé à l'impact du partenariat sur ses seuls comptes, sans vision sur l'équilibre économique global de l'activité mise en commun, ni valorisation de l'intérêt de cette coopération pour la collectivité.* »

- *Sur le terrain, l'existence d'un pôle public-privé sur le site de Dinan freine l'émergence de filières systématiques entre les deux CH publics*

Depuis 2005, le CH Dinan a conclu une convention de partenariat avec la Polyclinique du pays de Rance (PPR). L'engagement était basé sur le partage à la fois d'un site géographique et d'activités : la clinique a été reconstruite accolée au CH et assurent toutes les spécialités de chirurgie (hors chirurgie gynécologique). Or l'inauguration de cette nouvelle collaboration s'est réalisée concrètement à l'issue des travaux, en septembre 2009, dans un contexte de nouvelle donne : la démarche de création de la CHT venait d'être engagée. Ainsi, depuis les débuts de la CHT, les médecins du CHD sont pris entre deux coopérations difficilement conciliables. Il est particulièrement difficile de généraliser les filières public-public dans la mesure où l'ensemble des patients arrivant aux urgences de Dinan sont d'abord pris en charge par les services de chirurgie du privé. Les médecins de Dinan se trouvent ainsi « écartelés » entre deux logiques. La première logique consiste à conforter la clinique qu'ils voient comme le gage du maintien d'une offre de soins complète au CHD et dans la ville de Dinan, et ce, malgré l'application de

¹² Lalande (F.), Scotton (C.), Bocquet (P.-Y.), Bonnet (J.-L.), membres de l'Inspection générale des affaires sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années*, mars 2012, p. 134

¹³ *Ibid.*, p. 135

dépassement d'honoraires pour leurs patients. En outre, en raison du partage d'activités, le CHD voit finalement davantage la clinique comme un partenaire du fait de sa complémentarité que comme un concurrent, alors que le CHSM est perçu comme une menace voire un prédateur. Dans une seconde approche, les médecins reconnaissent les efforts du CHSM, établissement de référence capable de supporter des investissements et de détacher du temps médical au CHD. Dans cet état d'esprit, il s'avère particulièrement difficile pour beaucoup de professionnels d'accepter et de se réjouir de la venue de praticiens malouins dans l'établissement de Dinan alors même qu'ils pourvoient en partie au manque de ressources médicales.

Le partenariat public-privé a finalement figé le CHD dans une organisation qui apparaît aujourd'hui dépassée sous l'effet de la pression démographique médicale et des coûts liés au maintien d'un plateau technique de qualité¹⁴. Il est très difficile pour la direction de la CHT ainsi que pour les communautés médicales de dépasser ses résistances locales parfois irrationnelles, pour construire et généraliser les filières public-public. En réalité, seules des filières d'urgence relevant d'activités non programmées sont particulièrement bien organisées et reconnues aujourd'hui. Ainsi, les prises en charge d'AVC sont très performantes entre les deux CH depuis la création en 2009 d'une unité neurovasculaire au CHSM et d'une unité de proximité post-AVC au CHD¹⁵. En revanche, toutes les filières d'intervention programmée peinent à voir le jour. Ce contexte ne permet pas, en effet, de donner une clé de lecture simple pour la population et les médecins libéraux adresseurs.

L'avenir d'un partenariat à long terme entre la PPR et le CHD est d'autant plus soumis à interrogation avec l'intégration de la PPR, en 2012, au groupe Vivalto menant une politique d'extension dans le Nord de l'Ille-et-Villaine avec la possession de la Clinique de la Côte d'Emeraude à Saint-Malo et de la Clinique Saint-Grégoire de Rennes.

- *La direction de la CHT a connu une période d'incertitude entre 2012 et mai 2015, peu propice au développement serein de coopérations*

La CHT Rance Emeraude a connu ces dernières années une forme d'instabilité s'agissant de sa direction. En effet, le départ précipité du directeur de la CHT en 2012 a conduit l'ARS à nommer un directeur par intérim pour une durée de six mois. Celui-ci restera finalement plus de deux ans et demi, bénéficiant d'un prolongement de son intérim

¹⁴ Par exemple, le projet de laboratoire unique bi-sites a été engagé en 2014-2015 pour être en capacité de remplir les exigences de l'accréditation COFRAC.

¹⁵ L'Unité neurovasculaire accueille 650 patients en 2014, soit presque deux fois plus qu'en 2010 au début de la structure. Les patients viennent de tout le territoire n°6 (Dinan et Saint-Malo).

de six mois en six mois. L'absence de visibilité quant à la durée de son mandat ainsi que la possibilité d'un départ rapide, ont contribué à ralentir les projets puis ont rendu difficile la mise en place d'une politique de long terme menée par un leader à la légitimité incontestable.

La nomination du nouveau directeur de la CHT, chef d'établissement des trois CH est effective depuis le 4 mai 2015. Les FMIH ayant été signées le 1^{er} avril 2015, leur mise en œuvre en a été trouvée retardée du fait du temps nécessaire laissé à sa prise de fonctions. Ainsi, en octobre, les noms des coordonnateurs pour deux des six FMIH devaient être officialisés. Cette nomination permettra la réelle mise en œuvre des FMIH avec l'identification d'un porteur de projet, désormais légitime sur les deux sites.

- *Début 2015, l'annonce de la fermeture d'un service de cardiologie crée de fortes tensions au CHD, retardant la mise en œuvre des FMIH*

Les six FMIH se voulaient être le départ symbolique d'une union plus étroite des deux CH, concrétisant une collaboration étendue à de nombreuses spécialités. Cette dynamique s'est trouvée freinée par les tensions présentes à Dinan suite au projet de fermeture d'une activité de cardiologie, annoncé en avril 2015. Cette annonce résulte des conclusions de l'étude menée, depuis novembre 2014, par un PUPH du CHU de Pontchaillou nommé par l'ARS. Cette étude avait pour objet la structuration de l'offre de cardiologie sur le territoire n°6. Les conclusions¹⁶ rendues publiques au printemps 2015 ont profondément mécontenté les cardiologues dinannais mais aussi ému les agents du CHD et les élus locaux qui craignent le départ d'une activité génératrice de recettes. La fermeture d'un service à Dinan au profit de Saint-Malo a été perçue comme le début de l'absorption du CHD par le CHSM. Ses craintes très présentes depuis de nombreuses années se sont accompagnées de doutes quant à la démarche des FMIH.

En outre, malgré la volonté des cardiologues malouins de concrétiser le projet territorial défini au printemps 2015, force est de constater qu'une grande réserve émanait encore en septembre des propos du porteur du projet. Lors de la CME de rentrée au CHSM, le 8 septembre, le cardiologue en charge de la nouvelle équipe territoriale, envisageait le projet comme une « aide permettant à terme de ré-autonomiser l'équipe de cardiologues de Dinan ». Toutefois, de fortes avancées sur le projet de cardiologie ont été réalisées début octobre qui relancent une mise en œuvre rapide du projet.

¹⁶ L'étude a conclu également au transfert d'une activité de l'hôpital Gardiner sur le site du CHSM et a également demandé le transfert de la salle de cathétérisme de Dinan vers Saint-Malo.

L'ensemble des éléments de contexte de gouvernance relatifs au changement de direction et à la présence importante des présidents des conseils de surveillance contribuent à freiner la conduite du changement. Ce changement s'avère d'autant plus difficile à mener qu'il existe peu de leviers efficaces pour convertir les médecins hospitaliers au temps médical partagé.

b) Le TMP : une mise en œuvre incertaine en l'absence d'incitations réelles pour les médecins

- *Pour ne pas mettre leur service en difficulté, les médecins en temps partagé utilisent la présence sur le site extérieur comme une « variable d'ajustement »*

Le temps médical partagé apparaît comme une solution séduisante et relativement facile à mettre en œuvre entre des établissements en direction commune au sein d'une CHT. En effet, la direction commune permet de globaliser ou « territorialiser » les enjeux et de donner des orientations claires, partagées par l'ensemble des directeurs.

Toutefois, la réalité du terrain, les aléas des absences de praticiens, ou une surcharge de travail ponctuelle viennent souvent bouleverser l'économie du projet initialement conçu. Concrètement, il est fréquent que le détachement vers le CH d'accueil constitue la variable d'ajustement pour l'équipe médicale de l'hôpital de référence. Si l'équipe est au complet, la présence médicale sera assurée sur les deux sites. En cas d'arrêt pour maladie, ou pour congés annuels d'un médecin qui devait aller sur l'autre site, les autres membres de l'équipe n'assurent pas le remplacement et la continuité de la prise en charge des patients. Cela engendre nécessairement de l'insatisfaction voire de la colère sur l'autre site qui se sent « abandonné à tout bout de champ » et dépendants du « bon vouloir » des médecins du site principal. Du point de vue de la qualité des soins, cela pose aussi la question de la continuité des prises en charge. Si la couverture médicale n'est pas assurée ou si la qualité s'en trouve mise en doute du fait de la répétition des absences sur le site d'accueil, les médecins adresseurs ainsi que la population risquent de le percevoir et pourraient se tourner vers d'autres structures. Au CH de référence, c'est aussi une source de frustrations et de questionnements sur la capacité à mener au quotidien le projet territorial. Par exemple, pour la FMIH de gastro-entérologie, le temps partagé d'un spécialiste entre le CHSM et le CHD a été retardé de plus de six mois du fait de l'échec d'un recrutement. Le nouveau médecin recruté en poste partagé a fait faux bond au CHSM quelques jours avant son arrivée, ce qui a rendu impossible le départ d'un praticien spécialiste de l'équipe malouine vers le CHD. Le chef de pôle a également avancé le manque de deux internes ce semestre d'été comme difficulté à la mise en place

du temps partagé pour son équipe. Au quotidien, le manque de continuité de la prise en charge survient quelquefois : le Président de CME de Dinan reconnaît appeler de temps à autre le CHU de Rennes lorsqu'il n'a pu avoir une réponse de spécialiste du CHSM par téléphone au terme de 24h. En cas d'absence de médecins du CHSM et du praticien en temps partagé au CHD, non seulement l'équipe malouine est réduite pour assurer les prises en charge au CHSM mais elle doit également assurer les réponses aux demandes d'avis des médecins dinannais. Cette surcharge de travail n'est, dans les faits, pas toujours assimilable par le reste de l'équipe en poste.

Un autre exemple, celui du projet de coopération en gastro-entérologie illustre un raisonnement encore centré sur l'établissement et non sur le territoire. Les médecins se considèrent avant tout comme au service de leurs patients du bassin de Saint-Malo. Les équipes du CHSM sont prises entre la volonté de créer des filières depuis Dinan pour conforter son statut d'hôpital de référence et la crainte d'une perte de recettes sous l'effet d'un détachement trop fréquent vers le CH de Dinan. L'équilibre à trouver pour ne pas perdre de l'activité sur un site et garantir la couverture médicale sur l'autre site est difficile à trouver.

Les tensions entre les médecins des deux établissements se reportent dans une certaine mesure sur les directeurs et les agents des services administratifs des deux sites : chaque partie « demandant des comptes », au sens propre comme au sens figuré, sur le temps médical fait et dû. Le maintien d'équipes de direction et administratives différentes sur chacun des sites apparaît aussi comme une limite à l'intégration des coopérations. En effet, comme me le soulignait la directrice unique des affaires médicales au sein de la CHT Nord Val d'Oise (Pontoise/ Beaumont-sur-Oise) depuis avril 2015, en cas de problème, elle « ne débat désormais plus qu'avec elle-même ».

- *Le volontariat, au fondement du temps médical partagé pour les médecins en poste, constitue à la fois une condition et une limite à un engagement durable*

Les FMIH sont définies par la communication interne de la CHT comme « *permettant de disposer de spécialistes dans les deux établissements en organisant un partage de l'exercice professionnel sur les deux sites, sur la base du volontariat* »¹⁷. Si ce principe de volontariat s'explique par l'absence de contrainte statutaire, il contient en lui-même deux limites au développement du temps partagé.

¹⁷ Extrait de la lettre de la CHT Rance Emeraude de mai 2015

D'une part, il limite le nombre de praticiens intéressés. Les coopérations territoriales dépendent aujourd'hui avant tout des motivations personnelles des praticiens en poste au CHSM. Ces motivations peuvent résider dans la volonté de se confronter à de nouvelles organisations, ou d'assurer une couverture médicale de qualité sur tout le territoire pour le bienfait de la population ou encore dans des intérêts financiers. Tous les médecins en temps partagé ne bénéficient pas d'incitation financière. Seuls les titulaires assurant au moins deux demi-journées par semaine sur un autre site jouissent d'une prime multi-sites. En revanche, les autres, qui s'engagent dans cette démarche, forment un contrat moral, dont le non-respect n'est pas sanctionné. La plupart ne bénéficient ni de conditions financières plus favorables, ni de sanctions en cas de non-respect. Seul le temps effectivement réalisé sera refacturé à Dinan. Ces situations particulières, notamment en anesthésie, s'apparentent à une forme de prestations d'intérim assurée ponctuellement mais dont la continuité dans le temps reste à garantir.

D'autre part, le volontariat qui s'appuie sur les « bonnes volontés » des médecins se traduit par une aide apportée ponctuellement, dans la mesure où « l'on peut se le permettre ». Le caractère trop « lâche » de certaines coopérations ne permettent pas l'instauration d'une véritable dynamique entre deux équipes médicales et la constitution d'un projet médical.

- *L'acceptation d'un exercice multi-sites par les médecins vient s'ajouter aux profondes mutations que connaît déjà le métier de PH*

Les services hospitaliers ont profondément changé ces dernières années : la restructuration en hôpitaux de jour, de semaine, et hospitalisation complète modifie les habitudes des praticiens. Par exemple, un gastro-entérologue au CHSM consulte au rez-de-chaussée, réalise les coloscopies au sous-sol, suit les hospitalisations dans les deux HDJ de médecine et de chirurgie au rez-de-chaussée, et passe dans le service de gastro-entérologie situé au 3^{ème} étage du bâtiment A. L'existence d'un service de prise en charge unique par spécialité est aujourd'hui révolue. L'éclatement des services pour les médecins est sans conteste une révolution à forte symbolique : le médecin spécialiste se déplace au chevet du patient où qu'il soit et la taille du service ne reflète plus l'activité de cette spécialité. Cette nouvelle donne nécessite une acculturation et une évolution des mentalités et des habitudes de travail. En outre, en pratique, cela génère également beaucoup de déambulations dans les couloirs avec la sensation d'une perte de temps. Demander, dans ce contexte à un médecin, de se déplacer « en plus » sur un autre site à 40 minutes en voiture bouleverse encore un peu plus l'exercice de son métier.

Par ailleurs, les médecins hospitaliers sont de plus en plus sollicités pour s'engager dans des projets ou des fonctions au sein du CH : président du CLIN, coordonnateur d'un projet (CEPF, CeGIDD¹⁸...), de laboratoire unique, coordonnateur FMIH, chefferie de pôle... Ces fonctions sont réalisées sur le temps médical des PH, et engendrent un surcroît de travail (réunions, préparations du projet, appels téléphoniques...) sans contrepartie financière. Trouver de tels porteurs de projet n'est pas toujours simple bien que primordial pour le développement et la modernisation des CH. L'évocation d'un exercice multi-site apparaît comme un nouveau « fardeau » à porter.

Enfin, de nombreux jeunes praticiens exercent déjà en temps partagé entre le CHU et le CH. Ils se déplacent un jour par semaine au CHU pour continuer à se former, maintenir un lien intellectuel avec les pairs qui les ont formés. Si ces postes permettent de conserver l'attractivité des hôpitaux de référence, ils rendent beaucoup plus compliqué la mise en place d'un temps partagé avec Dinan. Rares sont les médecins exerçant sur les 3 sites (Rennes, Saint-Malo et Dinan). Le chef de service du Laboratoire unique a accepté cette répartition de son temps de travail lié au projet de fusion des deux laboratoires de biologie de Dinan et St-Malo.

L'ensemble de ces mutations de l'exercice du métier de médecin hospitalier ont un retentissement sur leur temps de travail, devenu ces dernières années la pierre d'achoppement des conflits entre médecins et pouvoirs publics (temps continu des urgentistes, réforme des astreintes). Certains directeurs d'hôpital, comme Mme G. Calmes qualifient, comme une nouvelle « révolution » du métier, la gestion du temps de travail, la contractualisation de l'activité et la rémunération à la performance des médecins: « *le médecin n'exerce plus un sacerdoce avec les pleins pouvoirs, mais un métier qui exige de lui de « rendre compte » à la direction ce à quoi il n'a pas été préparé* »¹⁹. Ces profonds changements dans l'exercice quotidien de l'activité médicale fait dire à G. Calmes que le métier de médecin hospitalier connaît aujourd'hui une remise en cause identitaire. Ce changement d'état d'esprit est d'autant plus difficile à opérer que les réformes souhaitées sont fréquentes et d'ampleur.

- *Des leviers d'incitations « à bout de souffle » et limités*

Face à une population sociologiquement éprouvée dans ses représentations et son statut, les directions d'établissements et les ARS disposent de moyens limités et

¹⁸ Le CeGIDD est le Centre gratuit de dépistage et de diagnostic qui remplace les CDAG et les CIDDIST à compter du 1^{er} janvier 2016

¹⁹ Calmes, (G.), *Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle*, DH Magazine, n°129, 2009

dépassés pour inciter les médecins à exercer sur plusieurs sites. Il existe les primes multi-sites, dispositif qualifié « d'à bout de souffle » par des représentants de l'ARS, les postes d'assistants spécialistes dont la pérennité est faible dans les CH, les contrats de clinicien et l'autorisation de la publication des postes de PH.

Tout d'abord, la première et la seule contrepartie financière au temps médical partagé autorisée est la prime multi-site financée pour moitié par l'ARS et pour moitié par l'établissement. L'ARS octroie ces primes chaque année, nécessitant des arbitrages entre les différents CH puisqu'elle ne dispose que d'une enveloppe fermée. Qualifiée de dispositif « à bout de souffle » par les représentants de l'ARS Bretagne, la prime multi-sites ne répond plus au but de compensation et d'incitation au temps partagé lorsque celui-ci s'opère au sein d'équipes territoriales : les urgentistes malouins, par exemple, vont être 8 à 10 à exercer à Dinan de manière lissée sur le quadrimestre. Le CHSM a décidé que les primes seraient réparties entre les médecins, alors même que ces modalités ne sont pas prévues par les textes. Les primes sont donc davantage considérées comme des enveloppes collectives que des incitations individuelles à exercer sur un autre site. Un autre exemple de « bricolage » des services des affaires médicales réside dans le fait de ne plus verser systématiquement la prime multi-sites si le praticien n'a pas réalisé ses deux demi-journées. Cette pratique qui vise à contraindre les médecins reste toutefois tangente au regard des textes : même si la prime est soumise à conditions, aucun texte n'indique qui apprécie leur satisfaction et quelle conséquence est à tirer du non-respect. Par ailleurs, la prime multi-sites comprend, en tant que telle, plusieurs limites. Tout d'abord, cette prime est attribuée en fonction de critères de durée de temps partagé notamment. Ainsi, les praticiens exerçant moins d'une demi-journée par semaine ne peuvent y prétendre. En outre, le rapport Hubert-Martineau souligne « *le caractère désincitatif dans le cas de déplacements exigeants et fréquents. Cette indemnité forfaitaire ne prend aucunement en compte l'intensité des déplacements effectués* »²⁰. Enfin, le versement de la prime est conditionné à l'existence d'établissements juridiquement distincts ; en cas de fusion, les médecins ne sont plus éligibles à la compensation financière.

Ensuite, l'ARS Bretagne a annoncé à compter de l'année prochaine une politique étendue de financement de postes d'assistants spécialistes partagés à hauteur de 2 millions d'euros par an. Ce dispositif finance à 50% pendant un an des postes d'assistants spécialistes en temps partagé entre le CHU et le CH de référence ou un autre CH²¹. Même si le discours de l'ARS Bretagne est très enthousiaste sur ce levier d'actions, en

²⁰ Hubert (J.), Martineau (F.), Rapport intermédiaire de la Mission « Groupements hospitaliers de territoire », mai 2015, p. 29.

²¹ Le CHD bénéficiera pour la première fois d'un poste d'assistant spécialiste partagé en 2016.

pratique, celui-ci est peu durable et relativement coûteux pour les établissements. En effet, les postes d'assistants ne sont plus financés la deuxième année et débouchent rarement sur une embauche au terme de l'assistantat : soit parce que le CH ne dispose pas de postes, soit parce que l'assistant ne souhaite pas poursuivre son activité en temps partagé. L'ARS a tout à fait conscience que pour des médecins trentenaires, souvent jeunes parents, le temps partagé ne permet pas de concilier de manière satisfaisante sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Cette limite s'est vérifiée à Saint-Malo : un des assistants spécialistes partagés, pour qui aucun poste de PH n'était vacant, a préféré renoncer à ce dispositif en raison du caractère trop contraignant pour sa vie de famille et a fait le choix d'exercer son activité sur un seul site.

Puis, l'autorisation de contrat de « médecin clinicien » qui intègre des contreparties en temps partagé et/ ou en management reste une option marginale dont l'arrêt pour non-respect des contreparties reste délicat en pratique.

Enfin, l'ARS dispose d'une puissante arme administrative à travers la validation des postes de PH avant leur publication. A ce titre, l'ARS conditionne parfois la publication du poste à l'existence d'un temps partagé entre deux sites.

2) Le TMP induit des montages financiers entre CH coûteux, lourds en gestion et mal compris

Le temps médical partagé se traduit par une mise à disposition entre les CH avec refacturation à la clé. Les règles de refacturation sont peu lisibles, ce qui génèrent parfois de l'incompréhension (a). Par ailleurs, le temps administratif dédié à ces opérations rend le dispositif de temps partagé particulièrement coûteux (b).

a) Le TMP ou l'art subtil de la refacturation entre CH

- *La refacturation des temps médicaux est loin d'être systématique entre le CHSM et le CHD*

Les FMIH constituent un accord cadre fixant les modalités d'intervention des praticiens sur chacun des sites. Les conventions entre les établissements permettent d'assurer la responsabilité de chaque établissement et de fixer les modalités de prise en charge et les compensations financières. Dans la majorité des cas, les conventions ainsi que les FMIH prévoient la refacturation des temps médicaux assortis de majoration et des frais de déplacements.

Toutefois, cette refacturation n'est pas systématique. Par exemple, la convention relative au service de pneumologie entre le CHSM et le CHD, en date de 2000, ne prévoit aucune refacturation. Dans la mesure où les médecins du CHSM vont au CHD et inversement, cet échange croisé est considéré comme neutre pour les établissements. Cette situation mériterait d'être réévaluée au vu de la nouvelle donne qu'a induite la T2A. En outre, une autre exception est prévue pour les urgentistes du CHSM qui exercent au CHD sur leur temps additionnel. Puisque les urgentistes ne veulent pas générer du temps additionnel au CHSM, il a été convenu que le temps additionnel généré à l'occasion de vacations au CHD était rémunéré directement par le CHD. Ce montage a été décidé pour que cela soit neutre financièrement pour le CHSM. Il est davantage critiquable du point de vue des ressources humaines car il ne permet pas de s'assurer si les médecins en cause ne dépassent pas la durée légale du travail.

- *La refacturation des temps médicaux est loin d'être systématisée, dans ses modalités de calcul, entre le CHSM et le CHD*

Les six FMIH donnent un cadre désormais unique dans le calcul des refacturations, ce qui harmonisent les pratiques. Cependant, les modalités de décompte pour les gestionnaires restent, dans une certaine mesure, soumises à interprétation. Ainsi, la majoration forfaitaire de 20% prévue dans les FMIH, qui s'ajoute au coût moyen d'un médecin hospitalier correspond à la prise en compte des charges, autres que les congés ordinaires, RTT. Il s'agit des « indemnité de service public exclusif, majoration des statuts des contractuels, indemnité de précarité, frais de formation hors enveloppe ANFH, temps de travail additionnel, jours placés sur CET... ». La présence des « ... » montre une relative incertitude sur l'ampleur des majorations comprises. Par habitude entre les services des affaires médicales du CHSM et du CHD, il a été convenu que les congés annuels, RTT et arrêt maladie ne figurent pas dans les motifs de majoration de 20% et sont assimilés à du temps de travail. Toutefois, lorsque l'arrêt maladie est long ou qu'il s'agit d'un congé maternité, les services des affaires médicales de Saint-Malo proposent une refacturation à la baisse pour le CHD : le CHSM prend donc la majorité du coût des arrêts prolongés à sa charge sans tenir compte d'une stricte application de la clé de répartition du temps de travail du praticien en cause. Tous ces éléments ne figurent dans aucune politique écrite, de gestion, précisant les modes de décompte et de refacturation entre les établissements.

Par ailleurs, les autres conventions peuvent avoir défini des modes de refacturation *ad hoc* comme celle en imagerie où le CHSM refacture non seulement le temps médical mis à disposition mais également 50% de l'intérim généré de radiologues au CHSM. Une

autre problématique connexe à celle de l'intérim généré par mise à disposition va poindre dans les prochains mois. Certains médecins du CHSM, du fait de leur mise à disposition au CHD, vont générer du temps additionnel. La clé de répartition entre les deux établissements pour supporter les charges induites par les mises à disposition (Intérim, temps additionnel, gonflement du CET par la non-prise de RTT et congés). La majoration de 20% compense les charges dans une répartition identifiée d'activité entre le CHSM et le CHD : c'est le cas lorsque le médecin réalise un temps partagé identifié de 0,2 ETP sur son temps plein. En revanche, lorsque le médecin allant au CHD génère du temps additionnel, la majoration de 20% n'a pas été calibrée pour compenser les surcharges induites au CHSM. De même, en gastro-entérologie, les médecins malouins assurent l'astreinte de week-end de Dinan : cette astreinte n'est pas à ce jour facturée au CHD. Enfin, les médecins de Saint-Malo revendiquent aussi un temps de travail sur les dossiers de patients dinannais, une fois de retour à Saint-Malo : en pratique, les temps d'exercice sur site ne sont pas étanches.

Le CHSM assume donc, seul, certains coûts « cachés », non quantifiés. Il est d'ailleurs difficile de quantifier ces coûts cachés et de les imputer à chaque établissement. En effet, le lien de causalité entre mise à disposition au CHD et augmentation des charges (intérim, temps additionnel et non prise de RTT et congés) n'est pas toujours bien identifiable. Par exemple, le temps additionnel peut être généré à la fois au titre de l'activité au CHSM et au CHD. Ce temps additionnel, s'il fait l'objet de jours de récupération et non d'une valorisation monétaire suivant une politique négociée avec les médecins, va engendrer en pratique un gonflement du reliquat de RTT et congés non pris par les médecins. On voit ici les limites d'une refacturation à l'euro près entre les établissements car il est difficile de faire la part entre ce qui relève de chaque établissement, la mise à disposition ayant un impact, aux contours flous, pour l'autre.

- *La mise à disposition d'un temps médical ne signifie pas la présence garantie journalière ou hebdomadaire d'un médecin dans le CH d'accueil*

La mise à disposition de temps médical du CHSM au CHD est parfois mal comprise par les médecins. Les médecins en temps partagé ont la plupart du temps un temps dédié au CHSM (0,8 ETP par exemple) et au CHD (0,2 ETP). Ce médecin, comme tout praticien de l'hôpital, prend des congés annuels, des RTT, des jours de formation, qui engendrent des absences. Ainsi, il convient de bien communiquer sur le fait que « 1 ETP \neq 1 présence médicale toutes les semaines de l'année ». En effet, pour assurer une présence

physique sur une journée par semaine au CHD, soit 0,2 ETP, il faut, en réalité, 0,26 ETP de médecins²².

En pratique, les services des affaires médicales des deux CH ont convenu, le CH employeur facture au CH d'accueil le temps médical réalisé mais aussi les jours où le médecin est en congé ordinaire (congés annuel, RTT, enfant malade, arrêt maladie lorsque celui-ci est court). Cela permet de faire supporter cette charge autant sur le CH d'accueil que sur le CH employeur. Le CH d'accueil paie bien un praticien même s'il n'est pas physiquement présent sur le site. Cet arrangement est souvent incompris des équipes du CH d'accueil. D'une certaine manière, ce type de remarque révèle le fait que les équipes assimilent le temps partagé à une prestation d'intérim. En outre, ces modalités montrent l'absence de continuité du temps médical sur l'autre site quand le médecin en TMP est absent.

- *En cas de recrutement en TMP, le CH de référence subit un phénomène de gonflement de ses effectifs médicaux*

En raison des difficultés de recrutement du CH de proximité, de nombreux projets médicaux optent pour le recrutement d'un médecin par le CH de référence : soit sur un poste partagé avec des quotités clairement identifiées sur chacun des sites, soit sur un poste ordinaire mais, dans ce cas, une présence médicale sur le CH de proximité est demandée à l'ensemble de l'équipe. En pratique, le CH de référence recrute un médecin à 100% sauf que le temps médical consacré au CH de proximité ne sera que de 70%. Le CH de référence se fait bien facturer le temps de 70% par le CH de proximité mais finance sur ses fonds propres les 30% restants alors même que ce temps n'était pas directement « nécessaire ». Cette dynamique se constate presque à chaque recrutement croisé : pour attirer un candidat, on ne peut réduire le temps de travail à la stricte quotité nécessaire et l'équipe médicale du CH de référence pose cet arrangement comme une condition à une organisation en temps partagé²³.

A terme, la multiplication de temps médicaux sur-numéraires peut conduire à un vrai risque de dérapage financier, alors même que d'autres risques d'augmentation de la masse salariale médicale se réalisent avec la mise en place du temps additionnel ou du temps continu aux urgences. Ces quotités supplémentaires ne sont pas identifiées en soi par les services des affaires médicales et, donc, la direction. La généralisation du temps

²² En prenant pour hypothèse qu'un médecin à temps plein exerce 198 journées sur une année civile, il travaille 39,6 journées pour 0,2 quotité de travail. Pour assurer une journée par semaine sur 52 semaines, il faut alors 0,26 ETP ($=52 \times 0,2/39,6$).

²³ Ce fut ainsi le cas dans le projet de gastro-entérologie.

partagé a donc un coût direct pour le CH de référence, mais également des coûts indirects de gestion pour le suivi des temps partagé.

b) Les montages financiers entre CH sont coûteux et lourds en gestion

- *Le suivi au cas par cas des temps partagés par les équipes administratives représente des coûts de gestion très importants et engendre souvent une perte de sens dans le travail*

Les mises à disposition font l'objet d'un suivi mensuel par les services des affaires médicales : les agents comptabilisent le nombre de jours réalisés par le médecin en temps partagé, calculent le montant de la rémunération à refacturer ainsi que la majoration de 20% et y ajoutent les frais de déplacements déclarés par le médecin. Ces montants sont agrégés pour tous les médecins en temps partagé et remis sous forme de titre de recettes tous les six mois à l'établissement d'accueil. Le service gestionnaire de l'établissement d'accueil procède également, de son côté, au calcul pour vérifier le montant proposé. Le temps consacré au suivi, au cas par cas, de praticiens en temps partagé comprend le calcul des refacturations, et son contrôle par l'autre établissement, ainsi que la gestion des frais de déplacements. Ces temps sont d'autant plus longs que les modalités de compensation diffèrent selon les spécialités et les établissements partenaires.

A force de passer de nombreuses heures sur ces problématiques de facturation, les équipes des affaires médicales expriment une réelle perte de sens dans leur travail : avec la multiplication des temps partagés, cette gestion prend de plus en plus de place au quotidien et met de côté le travail sur les organisations des pôles et leur accompagnement. Est-il vraiment utile de maintenir de tels procédés « hypocrites » alors que les établissements sont désormais dans une dynamique de rapprochement ? Dans ce contexte, la solution évidente et salvatrice pour aboutir à une réelle simplification réside aujourd'hui pour de nombreux agents administratifs dans la fusion entre le CHSM et le CHD.

- *Les frais de déplacements générés par les médecins du CHSM a doublé en deux ans alors que le montant est resté stable à Dinan*

En principe, les frais de déplacement sont pris en charge dans la mesure où l'agent n'a pu bénéficier d'un véhicule mis à disposition par le CH. Ils sont calculés à partir du

nombre de kilomètres entre la résidence administrative et le lieu de déplacement ainsi qu'en tenant compte de la puissance fiscale du véhicule. Les modalités de prise en charge pour les médecins sont précisées par l'arrêté du 17 octobre 2001²⁴.

Tableau n°4 : Les frais de déplacements payés au personnel médical au CHSM et CHD

Personnels médicaux (hors formation)				
	CHSM total	CHD total	CHD hors services recourant à l'intérim	Services recourant à l'intérim (anesthésie + imagerie)
2014	65 417€	30 769€	15 504.38€	15 265.06€ soit 50% du total
2013	51 184€	34 494€	18 174.67€	16 319.46€ soit 47% du total
2012	35 757€	32 769€		

La plupart des conventions, dont les FMIH, organisant du temps médical partagé prévoient que l'établissement d'accueil remboursent les frais de déplacements générés par les médecins en temps partagé d'un autre établissement. Ainsi, les frais de déplacements payés par le CHSM aux médecins sont, en théorie, remboursés à l'établissement par le jeu de la refacturation. Toutefois, une double vigilance doit être observée : d'une part, on ne peut pas opérer de comparaison comptable entre ce qui est effectivement payé aux médecins et ce qui est refacturé entre les établissements. Les refacturations ne distinguent pas le détail entre ce qui relève de la rémunération, des majorations forfaitaires et des frais de déplacements. D'autre part, certaines conventions avec le CHU ne prévoient pas que celui-ci prenne à sa charge les frais de déplacements. Le CHSM a donc nécessairement des frais de déplacements qui restent à sa charge, sans pouvoir en évaluer le montant.

A titre complémentaire, une autre question relative à la prise en compte du temps de trajet dans le temps de travail pourrait à terme être soulevée par les médecins et les syndicats. Dans la mesure où la grande majorité des praticiens sont en décompte par demi-journée, le temps de trajet est incorporé dans cette mesure de demi-journée à géométrie variable. Toutefois, les réformes récentes tendent à refondre les modes de décompte du temps de travail des praticiens. Ainsi, désormais, des clarifications et des demandes reconventionnelles pourraient poindre avec la généralisation du temps partagé dans plusieurs équipes, dont celles des urgences du CHSM.

*

²⁴ Arrêté relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et précisant, d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution, à certains de ces praticiens, médecins, odontologistes ou pharmaciens, de l'indemnité prévue pour l'exercice de cette activité

Le temps médical devient une ressource de plus en plus rare, en particulier pour les établissements de petite et moyenne tailles qui ont du mal à recruter des professionnels, notamment des jeunes médecins souhaitant rester à proximité d'un CHU et d'une grande ville. Le temps partagé constitue indéniablement une solution aux avantages multiples : le recours à des professionnels du CH de référence coûte moins cher que des intérimaires et assure une meilleure prise en charge. La difficulté aujourd'hui pour les établissements de la CHT, c'est d'une part d'accompagner les professionnels déjà en marche vers des équipes territoriales (urgences, neurologie, rhumatologie) en déterminant des politiques de compensation collective notamment. D'autre part, pour le reste des spécialités, la CHT doit transformer l' « aide » ponctuelle des équipes malouines en un véritable projet intégré de territoire.

Les FMIH ont constitué un cadre, une dynamique pour faire changer les états d'esprit et admettre l'existence d'une communauté d'intérêts entre les établissements. Cependant, les FMIH restent des outils de coopération lourds dans leur machinerie (un coordinateur au positionnement délicat, un comité), parfois qualifiés par les médecins « d'usines à gaz ». Si ce passage par les FMIH est vu comme obligatoire, il n'en demeure pas moins que les médecins souhaitent des coopérations plus simples et surtout des outils concrets pour organiser les temps médicaux sur chaque site. Les directions comme les médecins sont de plus en plus gênés par un fonctionnement par établissement qu'ils essaient de contourner avec le versement collectif des primes multi-sites ou avec la création de FMIH pour chaque spécialité. La généralisation des FMIH montre bien les limites du modèle actuel d'une gestion par établissements : on « fusionne » l'approche médicale pour toutes les spécialités mais on maintient une gestion administrative par établissement.

Ce paradoxe a créé une perte de sens pour les services des affaires médicales : les agents ont le sentiment de perdre leur temps à compter des « demi-journées » dans des tableaux Excel et de refacturer les montants alors que ces étapes pourraient être évitées en cas de fusion. La mission Hubert-Martineau finalement prend acte de l'essoufflement du modèle actuel et propose de nouveaux outils, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour simplifier les échanges entre établissements. La création de ligne de trésorerie unique est particulièrement intéressante au regard de la multiplication des refacturations. La mission pose comme condition de réussite aux équipes territoriales l'existence d'un « projet territorial partagé ».

*

* *

DEUXIEME PARTIE : Le temps médical partagé, un outil nécessairement au service d'un projet médical précis pour l'apparition d'un modèle d'équipe territoriale viable

Sous l'effet des contraintes financières et de la pénurie de médecins, les établissements cherchent des solutions en réorganisant leurs ressources en interne et au sein du territoire pour éviter le recours dispendieux à l'intérim. Dans l'attente de la mise en œuvre des GHT qui proposera un cadre renouvelé à saisir (B), les initiatives se développent à partir des réalités de terrain en dehors de toute cadre ou référentiel (A).

A. Dans l'attente d'un cadre contraignant et renouvelé par les GHT, les établissements cherchent la construction d'un modèle d'équipes territoriales

En l'absence de cadre contraignant aujourd'hui, les établissements « bricolent » et « tâtonnent » à la recherche de solutions pour donner une réalité aux équipes territoriales et compenser un exercice multi-sites. Ce sont les médecins qui imaginent des outils, des méthodologies pour organiser une activité territoriale (1). Les GHT, consacrés par le projet de loi « pour la modernisation de notre système de santé », vont apporter un cadre contraignant et des outils d'intégration mais sans aborder, toutefois, à l'attractivité des postes partagés (2).

1) Une organisation nécessairement empirique conçue autour d'un projet médical et des médecins

Les CH, et en particulier ceux de la CHT Rance Emeraude, font preuve d'inventivité pour mettre en œuvre leurs projets médicaux territoriaux : sans réel cadre contraignant ou même de référentiel sur lequel s'appuyer (a), ce sont, avant tout, les médecins qui s'avèrent être l'acteur décisif dans la genèse et la réussite du projet (b).

a) Une organisation empirique en l'absence de cadre contraignant et de référentiel

- *Le projet médical, condition nécessaire mais non-suffisante : les CH créent leurs propres méthodologies et outils en l'absence de normes et d'études relatives aux effectifs médicaux cibles par services et par sur-spécialités*

Plusieurs praticiens au sein de la CHT Rance Emeraude ont conçu des projets médicaux territoriaux avec l'envie de faire vivre deux réalités hospitalières : celles de Dinan et Saint-Malo. Ces projets territoriaux donnent un vrai sens au temps partagé des praticiens : ceux-ci n'ont plus un exercice déconnecté les uns des autres mais s'intègrent au sein d'une équipe. Nous avons vu en première partie ô combien il était difficile d'assurer une prise en charge dans la continuité sur le site de référence et le site de proximité sans une dimension collective du temps partagé. Lors du dernier salon santé autonomie, à Paris, fin mai 2015, le directeur du CH de Chambéry, Guy-Pierre Martin, l'a bien exprimé en observant « *que les postes partagés ne devaient pas conduire à enlever à un établissement du personnel nécessaire pour le mettre ailleurs. Au contraire, il faut réussir à trouver le poste supplémentaire qui, tout en apportant quelque chose à l'établissement centre, va également permettre d'apporter une activité aux autres établissements* »²⁵. Ce « quelque chose » apporté par le temps partagé réside dans la structuration du projet médical : quelles activités sont réalisées sur chaque site, comment les assurer dans la continuité pour être crédible vis-à-vis de la population et des médecins adresseurs ?

Le projet médical, s'il constitue donc une condition nécessaire sur le terrain, sa mise en œuvre se révèle parfois plus délicate. Elle suppose, en effet, de mettre en place des plannings communs ou au moins de tenir compte du temps partagé d'un membre de l'équipe. Il convient aussi de déterminer voire de négocier la politique de versement des primes multi-sites.

Les médecins possèdent peu de littérature ou de référentiels sur lesquels s'appuyer pour concevoir un projet médical territorial. Il existe très peu d'articles ou d'études sur le dimensionnement des équipes médicales selon la spécialité, l'organisation du service et la permanence des soins à assurer. Dans le rapport relatif à l'exercice médical à l'hôpital de septembre 2011, les professionnels rencontrés préconisent que l'équipe médicale atteigne une taille critique qu'ils estiment à 5 ou 6 praticiens. Sans ce nombre minimum, il n'est pas possible de gérer correctement le service, de se dégager du temps pour l'arrivée d'un interne et « *d'exprimer un consentement à l'ouverture* »²⁶.

²⁵ Direct hôpital, « Le partage des postes de médecins entre plusieurs établissements utile, mais compliqué », 2 juin 2014

²⁶ Aubart (F.), Delmotte (D.), Jacob (A.), Pruvo (J.-P.), Veran (O.), *Exercice médical à l'hôpital*, septembre 2011, p. 100

Au CHSM, le chef de service des urgences, sans reprendre les conclusions de l'article du SAMU-Urgences de France²⁷, s'est inspiré de la méthode en se fixant des effectifs cibles à atteindre sur les deux sites en prenant en compte le nombre de gardes, de congés et de RTT des médecins. Selon le calcul du chef de pôle, les urgences du CHSM doivent comprendre 18.24 ETP pour tourner et l'équipe de Dinan doit atteindre 13,5 ETP. Le tableau d'effectifs est réalisé en tenant compte des besoins sur les deux sites. L'objectif est qu'aucun site ne soit fragilisé en cas de difficulté ponctuelle sur l'autre (congés maladie, congés maternité, congés annuels...). Cet exercice demande une bonne appréhension des statuts, puis de pouvoir le transcrire de manière opérationnelle tous les jours pour constituer les plannings des équipes. L'activité d'un urgentiste étant homogène quel que soit le lieu d'exercice, la constitution des plannings en est facilitée. Toutefois, en pratique, les urgences de Saint-Malo ont adopté une organisation originale en 8h et en 24h le week-end, ce qui ne correspond à aucun logiciel informatique de temps médical. C'est donc le chef de service qui réalise sur tableau Excel le planning pour les équipes. Les plannings des urgences du CHSM, à compter de novembre 2015, intègrent une colonne « présence à Dinan ». Cette étape constitue le premier pas vers la convergence des équipes des plannings des deux sites.

Pour les autres services, cette démarche est encore plus délicate du fait de la variété d'activités. Une unité de 11 lits de gastro-entérologie nécessite la présence d'un spécialiste. Celle-ci doit-elle être d'une journée ou d'une demi-journée ? Même si une demi-journée suffit à garantir une bonne prise en charge des patients, constitue-t-elle une organisation satisfaisante au regard des autres activités réalisées à Saint-Malo (plages de coloscopies, plages de consultations externes...) ? En effet, comment intégrer des plages supplémentaires au CHD dans des plannings de médecins déjà contraints par des créneaux sur le site de référence ? Par ailleurs, si la définition initiale des organisations dans une équipe au complet est une chose, il en est une autre de gérer les absences et de définir les contours d'une organisation minimale en périodes scolaires par exemple. Aujourd'hui, il n'existe pas d'outils ou de réflexions pour organiser la répartition des ressources entre deux sites et en fonction des sur-spécialités de chaque médecin. Ce constat est d'autant plus dommageable que sans anticipation d'un mode « dégradé » ou d'une couverture restreinte, il est impossible « d'imposer » au médecin d'aller au pied levé sur l'autre site : il ne peut annuler ses consultations ou les gestes techniques programmés par exemple. Ces réflexions sur le besoin de maquettes organisationnelles émergent dans tous les CH, comme cela a été évoqué à la réunion des DAM de Bretagne en septembre 2015 ou encore au sein de certains groupements de l'APHP.

²⁷ Samu-Urgences de France, *Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des urgences, UHCD)*, novembre 2011. L'article propose un nombre d'urgentistes plus élevé que celui retenu par le chef de pôle du CHSM.

De manière générale, il existe très peu d'analyses académiques et scientifiques sur le dimensionnement des équipes médicales. Ce besoin s'en fait ressentir aujourd'hui avec la constitution de nouveaux modèles d'équipes territoriales. Alors qu'il existe de nombreux travaux sur le dimensionnement efficient de lits dans les services pour optimiser le nombre d'agents paramédicaux, les directeurs d'hôpital et les médecins disposent de peu de référentiels et d'aides à la décision pour faire des choix et pouvoir communiquer sur ses choix.

- *Un constat : toutes les spécialités, et tous les spécialistes, ne se prêtent pas au temps médical partagé*

De manière objective, au-delà des questions de personnes, il existe des spécialités médicales qui se prêtent davantage au temps partagé. En effet, un urgentiste, un radiologue ou un anesthésiste au bloc peut s'intégrer facilement dans une équipe déjà constituée et fractionner son emploi du temps pour répondre aux besoins de deux sites différents. Cela tient à l'exercice même de leur spécialité qui s'apparente davantage à une « prestation de service » s'accomplissant dans un temps déterminé. En revanche, les chirurgiens, par exemple, souhaitent pouvoir suivre leurs patients durant les heures voire les jours après l'intervention et être présents en cas de complication. En outre, l'activité du chirurgien est déjà très fractionnée : il opère, assure les visites pré et post opératoires, il consulte et assure des astreintes dans le cadre de la permanence des soins. L'organisation de ces différentes activités au sein d'un seul établissement est parfois en elle-même délicate, notamment en cas de récupération après des lendemain d'astreintes. L'intégration d'une activité sur un site extérieur apparaît difficile à concilier avec ces contraintes.

En outre, en s'attachant aux personnes cette fois-ci et à leur rapport à la pratique médicale, le Président de CME du CHD m'a évoqué l'exemple d'une consœur pour laquelle un exercice en temps partagé n'a pu se poursuivre. Celle-ci éprouvait de grandes difficultés à « laisser » les patients qu'elle suivait aux collègues de l'équipe sur place. Cette « délégation » dans la prise en charge des patients était inconcevable, pour elle en pratique, dans sa manière d'exercer. Elle n'avait pas été habituée à se détacher du suivi de ses patients et n'a pas pu s'y résoudre. L'exercice en temps partagé a été mis fin d'un commun accord avec l'ensemble de l'équipe. Le temps médical partagé, comme nous l'avons vu en première partie, est aujourd'hui la panacée pour l'ARS et dans une certaine mesure les directions d'établissements. Or la généralisation du temps partagé n'est pas toujours compatible avec la réalité du terrain et des personnes. Ces réflexions sur les organisations médicales au niveau territorial se heurtent également aux restructurations

en parallèle des services dans des logiques de prise en charge plus courtes, de jour ou de semaine.

- *Une interrogation : un modèle d'équipe territoriale en TMP est-il réellement compatible avec le développement de l'ambulatoire ?*

La présidente de CME du CHSM est très sceptique sur la capacité des équipes à assurer, d'une part, une couverture médicale sur un territoire de santé tout en développant, d'autre part, une prise en charge ambulatoire. En effet, pour elle, une prise en charge ambulatoire nécessite une « force de frappe médicale » concentrée sur le temps court qu'est la journée. Ainsi, les médecins doivent en une journée pouvoir réaliser les différents actes et examens nécessaires au traitement du patient (biologies, imagerie, visite pré et post opératoire...). Cela nécessite des circuits parfaitement rodés et performants. Les médecins ne peuvent plus différer un examen de quelques heures ou de quelques jours : l'activité ne peut plus être lissée en fonction des contingences du moment. Par exemple, les demandes d'avis par téléphone ou télé-imagerie d'un autre site ralentissent l'activité attendue du praticien sur le site principal. En outre, la prise en charge en ambulatoire exclut une organisation par demi-journée entre les deux sites car le médecin n'est plus présent pour la continuité de la prise en charge en ambulatoire de son patient. Enfin, pour la présidente de CME, le développement de l'ambulatoire nécessite par définition un temps médical « dense » qui ne cadre pas avec le temps passé sur la route pour un médecin en temps médical partagé.

On peut alors se demander si tous les CH, notamment de proximité, sont en capacité d'ouvrir des prises en charge en ambulatoire au regard du manque de médecins spécialistes et de la capacité du plateau technique sur place. L'ambulatoire nécessite une réactivité que certains services peuvent ne pas avoir aujourd'hui. Malgré la pression exercée par les pouvoirs publics sur les CH avec la mise en œuvre d'un plan triennal d'économies, il semble avoir des limites à la généralisation des services ambulatoires nécessitant des équipes médicales denses chaque jour.

Au vu de l'absence de référentiels, c'est le projet de médecins, le tâtonnement parfois qui va permettre de trouver une organisation satisfaisante pour les deux sites. Cela tient aussi à la personnalité des médecins.

b) L'attention portée aux praticiens hospitaliers, en tant que gage de réussite des projets territoriaux, élude la question première de l'organisation des soins sur le territoire

- *Les praticiens hospitaliers, de par leurs personnalités et leurs envies d'adaptation, constituent les gages de réussite des projets territoriaux*

Ce sont indéniablement les médecins qui construisent puis mettent en œuvre le projet médical territorial. Sans médecin porteur, la réalité d'une cohésion d'équipes et le développement de filières entre CH restent lettre morte.

D'une part, les médecins, à la source de l'activité hospitalière, constituent les gages de réussite des projets. La désignation d'un leader légitime à la faculté d'entraînement est déterminante. Quel que soit le projet territorial proposé et le chef d'établissement, la constitution d'équipes territoriales entre les deux établissements tient aussi et surtout à la personnalité des médecins en présence. De manière positive, la dynamique d'équipes, comme celle des urgences, de neurologie ou de onco-hématologie, a réussi, en grande partie, grâce à la capacité du chef de pôle ou du chef de service à emporter l'adhésion de ses confrères. En effet, un leader charismatique, légitime aux yeux de tous, va créer une émulation au sein des membres de l'équipe ; ceux-ci vont suivre le projet parfois même sans compensation financière à la clé. C'est aussi en se posant en exemple et en allant les premiers et de manière régulière dans l'établissement voisin, que les chefs de pôle interpellent les habitudes de leurs confrères et suscitent la curiosité voire l'intérêt : le chef de pôles des activités non programmées, le chef de pôle Pasteur (service de onco-hématologie), le responsable de structure interne de neurologie assurent tous les trois des temps médicaux partagés à Dinan.

Les FMIH, les plus avancées sur le plan médical et organisationnel, sont celles qui sont portées par des médecins motivés qui mènent ces projets de rapprochement depuis de nombreuses années. Par exemple, depuis deux ans, le chef de pôle des activités non programmées au CHSM et chef de service des urgences, a initié du temps partagé au CHD. Tout d'abord, il a encouragé les médecins à réaliser des gardes au CHD rémunérées en temps additionnel. Il s'est lui-même porté volontaire depuis deux ans. Puis, il a réussi à recruter un praticien en temps partagé entre les deux sites qui est venu compléter le dispositif. A l'heure actuelle, chaque mois, l'équipe du CHSM détache 0,5 à 0,6 ETP vers Dinan. Le chef de pôle des activités non programmées du CHSM attend aujourd'hui avec impatience d'être nommé coordonnateur de la FMIH, ce qui lui donnerait davantage de légitimité pour organiser ses tableaux de garde et à terme l'unique tableau pour les deux sites. En effet, il espère constituer une équipe commune grâce à deux

leviers possibles : tout d'abord en détachant des urgentistes sur leur temps de travail (et non en temps additionnel) à aller faire des gardes à Dinan et par ailleurs, en recrutant désormais systématiquement sur des postes à temps partagé au CHSM. Il s'agit des deux leviers classiques systématiquement mis en œuvre dans des coopérations de même type comme aux urgences de Pontoise et Beaumont-sur-Oise. En l'absence de contraintes réglementaires, force est de constater que l'existence de contexte favorable comme celle d'établissements fusionnés, ne suffit pas à la constitution d'équipes médicales territoriales. Par exemple, au centre hospitalier Avranches-Granville, chaque service d'urgences, situé sur chacun des deux sites, fonctionne encore avec des tableaux de permanence séparés. Bien qu'il s'agisse d'une spécialité adaptée au temps partagé et que l'établissement ait fusionné il y a 20 ans, la mise en place d'un tableau unique est prévue pour la fin 2015-début 2016. Seule l'existence d'un leader légitime permettant d'emporter l'adhésion du reste de l'équipe permettra la concrétisation d'équipes territoriales dans la durée.

De manière négative, l'opposition passive voire la résistance active de médecins peuvent mettre à mal un projet abouti porté par des médecins expérimentés. Ainsi, le projet territorial de cardiologie connaît des retards de mise en œuvre en raison de l'opposition des trois cardiologues du CH de Dinan au projet validé par le PUPH²⁸, mandaté par l'ARS Bretagne. Comme on le voit, la prégnance des médecins dans la réalité d'une coopération entre deux services est tellement forte que stratégiquement l'ARS a souhaité apporter une caution médicale supérieure pour emporter ou tenter d'emporter l'adhésion des médecins du territoire. Cela montre la difficulté pour le directeur de la CHT, et ce malgré la bonne volonté de nombreux praticiens, non seulement de prendre la décision de transfert d'activités entre les deux sites mais aussi de mettre en place la coopération de manière opérationnelle. Aujourd'hui, l'avancée du projet est conditionnée en partie au positionnement des cardiologues de Dinan c'est-à-dire à leur capacité de s'inscrire dans l'organisation proposée.

Par ailleurs, la faculté d'entraînement des médecins opposants est également une réalité dans un CH qui se sent menacé. A Dinan, la fermeture de la salle de cathétérisme a engendré plusieurs rassemblements de personnels, craignant la mise en difficulté de tout le CH en raison du départ d'une activité génératrice de recettes, alors même que le projet est supporté par l'ARS et validé par un médecin faisant autorité.

²⁸ Le PUPH désigné est chef du Département de Cardiologie et Maladies vasculaires au CHU de Rennes.

- *Les projets actuels, organisés autour de la disponibilité des médecins, masquent la question première du choix de l'organisation territoriale des soins*

La question de la bonne couverture médicale est intimement liée à celle de la pertinence des services présents dans les services hospitaliers. Aujourd'hui, les projets d'équipes territoriales sont réalisés en fonction du nombre de médecins, de leurs spécialités et de leurs contraintes horaires liées à leurs plages de consultations et d'interventions. L'enjeu est de constituer une équipe suffisamment étoffée pour couvrir les deux sites. Ainsi, il a été décidé que le CHD « transférait » un ETP de médecin gastro-entérologue au CHSM ; en contrepartie de ce recrutement au CHSM et en temps partagé avec le CHD, l'équipe malouine devait s'organiser pour couvrir les soins de Dinan. Toutefois, le chef de pôle n'envisage que de « rendre 0,7 ETP » au CHD, le delta venant compenser le déplacement vers Dinan et la réorganisation de son équipe. L'ensemble des discussions autour du projet se sont centrées sur le nombre de médecins présents de part et d'autres. A aucun moment, la question de la pertinence du maintien des 11 lits de gastro-entérologie n'a été évoquée. Même si objectivement, on pourrait se demander s'il ne vaudrait pas mieux fermer le service de 11 lits et réaliser des consultations avancées et une filière public/public fiable et de qualité. Cette question, bien que acceptable dans son principe, est inimaginable dans un contexte de tensions sur l'avenir du CHD. Trop polémique, l'étude de la pertinence du maintien de certains services à Dinan est exclue par la Direction, à moins d'être portée par l'ARS et un PUPH comme ce fut le cas pour la cardiologie. Ces questions relèvent du projet médical territorial qui devra être renouvelé avec la mise en place des GHT courant 2016.

2) Le projet de loi santé ne devrait apporter qu'une réponse partielle

- a) Le projet de loi créant les GHT consacre les pôles inter-établissements comme le cadre d'expression des équipes médicales territoriales
- *De nombreux rapports soulignent l'importance de « l'équipe » comme facteur d'attractivité de l'hôpital public, qui doit se concevoir désormais de manière territoriale*

De nombreux rapports récents - sans prétendre en dresser la liste exhaustive – proposent la création d'équipes médicales territoriales comme une piste à la pénurie de médecins dans certaines spécialités et dans certains territoires. Ainsi, le Docteur J-Y Grall, Directeur général de l'ARS Nord/ Pas-de-Calais propose une telle organisation

territoriale des urgences dans son rapport de juillet 2015²⁹. Le rapport sur l'exercice médical à l'hôpital de septembre 2011 souligne l'importance du travail en équipe comme élément d'attractivité du métier de praticien hospitalier. Toutefois, les professionnels ont insisté sur le fait que la notion d'équipe est « évolutive »³⁰ car elle tend à devenir de plus en plus territoriale et qu'elle « n'est pas encore suffisamment précise et déclinée »³¹.

Dans son rapport relatif au recours à l'intérim médical, M. le député Olivier Veran propose de faire de la coopération médicale entre établissements de santé une priorité pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital. Selon son rapport, « *les outils de cette coopération doivent être développés, à commencer par le poste médical à temps partagé. Il peut être pensé de l'hôpital centre vers les hôpitaux périphériques (assurant, par exemple, une formation de post-internat à des jeunes médecins), ou à l'inverse permettre à un médecin exerçant dans un établissement de petite taille de profiter d'une expérience professionnelle régulière dans une unité hospitalière de référence* »³².

Le rapport de l'ancien sénateur Jacky Le Menn, ayant aussi pour objet l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital, a été remis à la Ministre des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, le 20 juillet 2015. Ce rapport devait être « *rendu public en septembre, accompagné d'un plan d'action cohérent avec les orientations définies dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé* », comme continue de l'indiquer, début octobre, le site Internet du ministère³³. Les mesures annoncées devraient concerner l'intérim médical, les avantages financiers pour les médecins hospitaliers, notamment en exercice multi-sites.

L'ensemble de ces rapports ont trouvé une concrétisation dans les propositions formulées par le rapport Hubert-Martineau et traduites dans le projet de loi « santé ». Le Groupement hospitalier de territoire doit, en effet, constituer le cadre renouvelé de l'activité médicale partagée et de décloisonner les établissements.

- *La mise en place d'équipes territoriales suppose de mettre fin, au niveau législatif et réglementaire, à une stricte gestion par individu et par établissement, ce que les GHT ne feront qu'en partie*

²⁹ Grall (J.-Y.), DG ARS Nord Pas de Calais, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, juillet 2015, p. 21

³⁰ Aubart (F.), Delmotte (D.), Jacob (A.), Pruvo (J.-P.), Veran (O.), Exercice médical à l'hôpital, sept. 2011, p. 100

³¹ *Ibid*, p. 108

³² Veran (O.), député de l'Isère, Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Essor et dérivés du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public, décembre 2013, p. 22

³³ <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,2322/attractivite-de-l-exercice-medical,17974.html>

La mise en place d'équipes territoriales achoppe, aujourd'hui, en raison d'une gestion statutaire des médecins par établissement : ce modèle ne correspond plus à l'organisation d'une activité désormais dépendante d'une collectivité formée des deux anciens services. Deux limites illustrent ces difficultés en pratique.

D'une part, une approche de compensation du temps médical centrée sur les individus et non sur une équipe s'avère désormais inadaptée. En effet, comme pour le service des urgences du CHSM, 8 à 10 praticiens vont être amenés à exercer au CHD sans toutefois répondre aux conditions posées pour bénéficier de la prime multi-sites (être titulaire et réaliser au moins deux demi-journées). Si le temps médical partagé était prévu par médecin, celui-ci s'intègre de plus en plus dans une organisation collective au sein de laquelle ses absences sont prises en compte et éventuellement compensées. Alors qu'auparavant les temps partagés n'étaient pas compensés sur chaque site, aujourd'hui, la constitution d'équipes territoriales suppose la définition des effectifs médicaux dans chaque spécialité et sur chaque site. Dans des équipes médicales resserrées, la charge de la couverture des deux sites a besoin d'être lissée sur l'ensemble des membres de l'équipe. C'est, donc, à la fois dans le mode d'organisation et dans sa compensation que l'on passe d'une approche individuelle à une approche collective. Le projet de loi pour la modernisation de notre système de santé n'apporte aucune réponse qu'à la valorisation du temps partagé et ne modifie pas le rattachement des médecins à un établissement unique employeur. En effet, le GHT ne peut jouer le rôle d'employeur car il ne sera, a priori, pas doté de la personnalité morale. Les modalités de refacturation continueront d'être gérées par chaque établissement.

D'autre part, la mise en place d'équipes territoriales à travers la constitution de FMIH se heurte à certaines limites de fonctionnement. Aujourd'hui, le coordonnateur d'une FMIH est à la fois garant du bon fonctionnement de la coopération sans en être responsable réellement. En effet, en cas de refus de participation ou de conflit avec les responsables de structure interne, le coordonnateur ne dispose d'aucun levier pour dépasser ce blocage, en particulier s'il n'est pas chef de pôle. Comme le souligne la mission Hubert-Martineau, « *la mise en place de pôles inter-établissements, dans le cadre des FMIH, bute aujourd'hui sur le maintien de responsables de structure internes propres à chaque établissement* ». Aucune procédure complémentaire imaginée dans les CH n'arrivera à dépasser un conflit inhérent à un modèle et à la préservation de l'autonomie des services et des établissements.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, actuellement en discussion par les assemblées, prévoit la création obligatoire de GHT. A l'issue des

débats à l'Assemblée nationale, les deux rapporteurs de la mission constataient, en mai 2015 au Salon Santé Autonomie, que toutes les propositions issues des concertations menées par la mission avaient été reprises à une exception près : la mise en place de pôles inter-établissements³⁴. Frédéric Martineau regrettait ce retrait du projet de loi. Selon lui, « c'est une erreur », « si cette notion d'équipe territoriale n'existe pas, les GHT ne fonctionneront pas³⁵ ». Concrètement, le rapport propose de remettre en cause l'existence des responsables de structure interne propres à chaque établissement afin de donner une autorité du chef du pôle inter-établissement sur l'ensemble des médecins.

L'article 27 du projet de loi voté par le Sénat a réintégré les pôles inter-établissements. Il dispose que le GHT sera une association de centres hospitaliers, sans personnalité morale, dont la création est réalisée par convention. Ce document intégrera le projet médical partagé, les transferts éventuels d'activités de soins, les modalités de constitution d'équipes médicales communes et le cas échéant des pôles inter-établissement, en plus des modalités de fonctionnement du GHT. Les pôles inter-établissement seront même obligatoires pour l'imagerie et la biologie médicale³⁶. La constitution de pôle inter-établissement devrait permettre de résoudre le problème du positionnement des responsables de structure interne et intégrer durablement les équipes dans un exercice multi-sites. Cette mesure constitue un puissant levier de rapprochement des établissements qu'il ne faut pas sous-estimer. En décloisonnant les établissements, la loi devrait apporter une simplification des coopérations médicales par rapport aux actuelles FMIH. En outre, le projet de loi évoque la tenue d'instances médicales communes. Il ne prévoit, en revanche, aucune disposition de réforme relative aux incitations financières des médecins en temps partagé.

b) L'attractivité des postes en temps partagé est laissée en suspens

- *Le projet de loi ne prévoit aucune modalité renouvelée de contrepartie financière ou d'avancement accéléré, bien que fortement exprimée par les médecins*

La T2A comme nouveau mode de fonctionnement des hôpitaux a accentué la pression sur le nombre et l'efficacité des médecins au sein des services. En effet, les recettes de l'hôpital sont en majorité générées par l'activité médicale. Le nombre d'actes réalisés par les médecins, la bonne valorisation de l'état du patient grâce à l'indication de toutes les co-morbidités identifiées par le médecin, impactent directement le niveau des

³⁴ Hubert (J.), Martineau (F.), *Rapport intermédiaire de la Mission « Groupements hospitaliers de territoire »*, mai 2015, p. 29 et 30
³⁵ <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta-commission/r2673-a0.asp>

³⁶ Texte issu de la commission des affaires sociales du Sénat au 15 juillet 2015.

recettes. Ainsi, les établissements préfèrent aujourd'hui négocier des conditions financières plus intéressantes pour garder ou attirer des médecins au regard du niveau de recettes qu'ils sont amenés à générer. Les établissements font aujourd'hui preuve d'une inventivité au risque d'être à la limite de la légalité.

Pour contourner cette réglementation trop restrictive, les établissements négocient donc directement avec les médecins, au cas par cas, des modalités financières de compensation. Le médecin peut ainsi obtenir la valorisation du temps partagé sous forme de temps additionnel rémunéré auprès de l'autre établissement, comme c'est le cas des urgentistes du CHSM qui vont exercer au CHD. Des arrangements peuvent être également trouvés au sein du service : la prime multi-site sera versée à différents médecins durant l'année selon une rotation établie par le chef de pôle. Aujourd'hui au CHSM, la multiplication du nombre de médecins allant à Dinan sur des temps courts pose la question de comment valoriser financièrement cette démarche. Dans le projet de loi en cours d'examen, aucune disposition ne concerne la valorisation salariale d'un exercice en temps partagé pour les médecins. Le rapport Jacky Le Menn, selon des dépêches APM et des articles de presse, propose la refonte de la prime multi-sites en une prime de solidarité territoriale³⁷. Celle-ci « *inclurait une « part fixe d'équipe » de 100 euros net mensuels, 200 dans les zones sous tension, et une « part individuelle » supérieure aux 415 euros actuels. Ces pools de médecins volants titulaires seraient constitués et rémunérés par les futurs groupements hospitaliers de territoire (GHT) et non par l'autorité régionale de santé* »³⁸. Malgré des dispositifs de compensation à bout de soufflé dans leur modèle, et non nécessairement dans leur ampleur, les pouvoirs publics semblent rester prudents sur le sujet. Aucune déclaration officielle de la Ministre sur de telles mesures n'est intervenue début octobre 2015.

La présidente de CME du CHSM aimerait que la loi autorise les établissements à aller même plus loin en donnant un avancement plus rapide au nouveau praticien qui accepterait un temps partagé. Le rapport Hubert-Martineau propose quant à lui de s'inspirer de la part « fonction » des rémunérations des directeurs d'hôpital³⁹. Celle-ci pourrait être calibrée en fonction de la région, de la fréquence des déplacements et de leur durée... Ces éléments ambitieux de politique salariale ne peuvent être mis en œuvre qu'avec l'existence d'un cadre légal national. Toutefois, en l'absence de texte sur de nouvelles contreparties financières et au vu des besoins du terrain, il semble

³⁷ Dépêche APM du 11 septembre 2015, « Médecins hospitaliers : la mission Le Menn fait « un bouquet de préconisations » pour attirer les jeunes et fidéliser ceux en place ».

³⁸ S. G., « Le rapport Le Menn fait des suggestions, parfois coûteuses, pour lutter contre la pénurie de médecins », *Les Echos*, 10 septembre 2015.

³⁹ Hubert (J.), Martineau (F.), *Rapport intermédiaire de la Mission « Groupements hospitaliers de territoire »*, mai 2015, p. 30

indispensable que chaque CHT, et demain GHT, se dote d'une politique d'attractivité salariale partagée par les membres du directoire (cf. B. 2)).

- *Existe-t-il d'autres incitations possibles ?*

Dans la mesure où les organisations se mettent progressivement en place depuis environ deux ans, on peut nuancer l'exclusivité de l'argent comme compensation du temps partagé. En effet, dans le cadre de la motivation intrinsèque, développée par les chercheurs Ryan et Deci, les comportements sont uniquement motivés en vertu de l'intérêt, la curiosité et le plaisir que l'employé éprouve dans la pratique de l'activité, sans attendre de récompense extrinsèque, notamment les récompenses monétaires à l'activité, c'est-à-dire que la personne est poussée à agir pour l'amusement ou le défi plutôt qu'en raison des poussées, des pressions ou des récompenses externes⁴⁰. En outre, les incitations monétaires sont susceptibles de démotiver l'individu « *si elles sont perçues comme un moyen de contrôle puisqu'elles affectent alors négativement le besoin d'autonomie et le sentiment de compétence des salariés* »⁴¹. Le versement d'une compensation monétaire peut donc être contre-productif. Dans ces conditions, il importe de soutenir les démarches spontanées et, notamment, en facilitant sa mise en place sur le plan matériel.

En effet, la plupart des médecins souhaitent avant tout que l'établissement leur donne les moyens d'exercer leur activité et de mettre en œuvre leur projet. Au premier chef, les médecins veulent des moyens informatiques permettant de consulter les biologies et les dossiers patients sur n'importe quel poste informatique de la CHT. Aujourd'hui, l'interopérabilité des systèmes d'information du CHSM et du CHD est en cours de réalisation. Un médecin en exercice à Dinan ne peut actuellement consulter le dossier d'un patient de Saint-Malo alors même qu'un avis urgent est requis par téléphone. De même, les médecins sont attachés à avoir un matériel ayant des conditions d'utilisation proche sur chacun des sites. Faciliter leur insertion sur l'autre site, est primordial pour fonder une coopération solide et durable. Etre à l'écoute des médecins pour lever le maximum d'obstacles matériels qu'ils pourraient rencontrer contribue au quotidien à l'acceptation d'un exercice multi-sites. Les achats et les investissements doivent donc être systématiquement pensés par les médecins et les équipes biomédicales des deux sites.

⁴⁰ Ryan, R. M. et Deci, E. L., « Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions », *Contemporary Educational Psychology*, vol. 25, n° 1, p. 56

⁴¹ Vin (P.), *Les impacts des incitations monétaires sur l'effort des salariés: positifs ou négatifs?*, Mémoire de Master 2 Recherche 2007, Université Lumière Lyon 2

B. Les GHT, une opportunité pour renouveler le projet médical et clarifier la politique de la CHT Rance Emeraude sur le TMP

Si les FMIH sont des supports de coopération entre CH, elles montrent des limites quant à la constitution d'équipes à vocation territoriale. Afin de passer ces blocages, nous rappellerons les enjeux stratégiques au sein de la CHT (1) pour, ensuite, proposer des pistes d'action (2).

1) Clarifier les enjeux et les moyens envisagés pour créer une dynamique de territoire au sein de la CHT

La CHT souhaite, sans aucun doute, poursuivre l'enjeu stratégique exprimé par cette question : « comment renforcer les coopérations entre le CHSM et le CHD en intégrant le partenariat public-privé de Dinan ? » (a). Les moyens et les méthodes d'accompagnement pour y arriver restent, pour autant, à clarifier (b).

- a) Si l'objectif de poursuivre le rapprochement entre le CHSM et le CHD reste plus que jamais d'actualité, les moyens pour y parvenir mériteraient d'être clarifiés à l'occasion des GHT
- *Objectif* : A terme, développer une vision territoriale de l'activité de la CHT et réduire les frais de gestion

Aujourd'hui, une solidarité territoriale est loin d'être généralisée entre le CHSM et le CHD. Elle s'est construite dans certaines filières, telles que la prise en charge des AVC, les urgences ou la pneumologie, grâce à l'implication des praticiens. Si la politique menée par la direction et les présidents de CME à travers les FMIH se développe, la vision territoriale des prises en charge est encore à approfondir.

La CHT remplit déjà, au regard des règles actuelles, l'ensemble des prescriptions prévues pour les GHT par le projet de loi « santé » : elle possède un DIM commun à la CHT, un contrôleur de gestion communautaire, un groupement d'achats communautaire, un service d'imagerie et un laboratoire unique entre le CHSM et le CHD. Cependant, les GHT sont conditionnés à un projet médical « partagé » selon l'expression proposée par la mission Hubert-Martineau. Le projet médical de la CHT Rance Emeraude arrive à échéance en 2015 et ne reflète plus aujourd'hui les enjeux de démographie médicale et de restructuration des services tournés vers des prises en charge de semaine ou en

ambulatoire. Les GHT doivent être l'occasion de réactualiser le projet médical dans le respect des projets d'établissements et des spécificités de chaque site.

En effet, pour qu'il soit durable, le temps médical partagé ne peut être la solution déconnectée des projets d'établissement ; il doit consister en un outil au service d'une politique et d'un projet médical territorial à la fois pour accompagner les restructurations et répondre dans la durée à la pénurie de médecins sur le territoire. En effet, comme le soulignait déjà la mission IGAS en 2003⁴², « *l'emploi temporaire est moins une cause qu'un révélateur des résistances à la restructuration* » pour certains services visités. En actualisant cette assertion, la résistance constatée pour la restructuration de certains services peut s'appliquer aujourd'hui à la constitution d'équipes territoriales ou au déploiement de la télémagerie entre établissements.

Par ailleurs, il n'existe pas aujourd'hui de vision territoriale de l'activité de la CHT. Ainsi, il n'est pas possible d'objectiver l'existence de filières, l'éventuelle augmentation d'activités du CHSM sous l'effet de consultations avancées au CHD, par exemple. Juridiquement, les patients sont identifiés sous des numéros IPP⁴³ différents dans chaque établissement de santé. Techniquement, selon le médecin du département d'information médicale de la CHT, il n'y a pas d'appariement des identités entre les établissements. Hormis, les cas particuliers de prestations inter-établissements, il n'est pas possible de suivre le parcours du patient dans le temps. Finalement, ce n'est qu'a posteriori que l'on peut calculer les taux de recrutement et le taux de fuite associés grâce aux applications STATISS. Au sein des CHT, aucun outil territorial n'a été pensé, ni calibré pour permettre un pilotage global des filières. La Directrice des affaires médicales du CH de Pontoise a confirmé l'absence d'un tel outil au sein de sa CHT et doutait de son existence sur d'autres territoires. Son besoin était toutefois moins immédiat que pour la CHT Rance Emeraude dans la mesure où les deux hôpitaux principaux de la CHT Nord-Val d'Oise, à savoir Pontoise et Beaumont-sur-Oise, ont vu leur activité sensiblement augmentée avec la mise en place de coopérations renforcées. Dans l'idéal, un suivi des patients sur les deux sites permettrait de tracer une activité communautaire et de dégager des indicateurs de suivi de l'activité.

⁴² Costargent (G.) et Le Coz (G.), rapport IGAS, « Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires », juillet 2003, p. 32

⁴³ L'Identification permanente du patient (IPP) est une norme d'identité-vigilance appliquée dans tous les établissements de santé.

- *Comment ? : des outils techniques aux choix politiques de restructurations (GHT/ la fusion / la fin de la coopération public/privé à Dinan)*

Pour atteindre l'objectif fixé de rapprocher les établissements tout en diminuant les frais de gestion, plusieurs moyens existent et peuvent être classés selon deux approches : soit, les moyens participent à une harmonisation progressive des établissements, soit ils tendent vers la consécration d'un nouveau modèle, plus radical. Si l'objectif du rapprochement entre le CHSM et le CHD est acquis par les personnels et les élus, le choix des moyens pour l'atteindre est encore incertain. Cette incertitude s'est même accentuée depuis avril 2015 avec la volonté affichée du précédent Directeur de la CHT d'engager une fusion entre les trois établissements de la CHT.

La fusion, comme nous l'avons déjà mentionné, est conçue pour de nombreux agents comme une simplification au regard du nombre de postes partagés à la fois médicaux mais aussi administratifs : chargée de communication, contrôleur de gestion, correspondant handicap, directeurs... Cette solution radicale a été mise en avant par le précédent Directeur de la CHT comme permettant de dépasser les blocages actuels liés à l'existence d'établissements distincts. Comme le rappelle le rapport de l'IGAS sur les fusions d'établissements hospitaliers, la fusion doit constituer un levier de simplification en gestion et non une arme pour la réorganisation de l'offre de soins⁴⁴. Or aujourd'hui, la cartographie des activités sur les deux sites est loin d'être stabilisée, ce qui crée une défiance du CHD d'être absorbé par le CHSM. Par ailleurs, d'après le bilan dressé par le rapport de l'IGAS, la fusion est plus facile à mettre en œuvre quand les établissements sont de taille très différente comme entre un CHU et un ex-hôpital local, et beaucoup moins évidente entre deux CH de taille similaire comme Avranches et Granville ou Saint-Malo et Dinan. Outre la réserve concernant la taille, le partenariat public/ privé de Dinan constitue également une limite à un environnement fusionné avec le CHD.

D'autres moyens plus progressifs, que l'on peut qualifier « de convergence » initiés il y a un ou deux ans, commenceront à produire leurs effets d'ici deux à trois ans. Tout d'abord sur le plan informatique, les deux CH devraient à terme être dotés de systèmes d'information identiques et même d'un dossier patient communautaire, mis en place en collaboration avec les établissements du territoire n°7. Ces chantiers d'harmonisation et de modernisation, engagé depuis presque deux ans, nécessite encore entre trois et cinq ans de travail en raison des contraintes techniques et budgétaires qui pèsent actuellement sur les établissements. Au CHD, les dossiers patients demeurent « papier », ce qui ne facilite pas au quotidien la mise en place des temps partagés. En pratique, cela

⁴⁴ Lalande (F.), Scotton (C.), Bocquet (P.-Y.), Bonnet (J.-L.), membres de l'Inspection générale des affaires sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années*, mars 2012, p. 140

limite l'accès des dossiers patients par les médecins exerçant en multi-sites : ainsi, sans dossier complet sur les bilans sanguins notamment, il s'avère plus difficile d'émettre un avis complémentaire par téléphone. A terme, n'importe quel agent pourra accéder sur n'importe quel poste des trois établissements à son espace personnel. En plus de cette convergence informatique, le rapprochement des DIM, depuis 2013, et des contrôleurs de gestion, depuis 2015, des établissements de la CHT participent aussi à ce mouvement d'harmonisation. Enfin, les établissements de Saint-Malo et de Dinan souhaitent mettre en place une politique harmonisée de gestion des lits afin, notamment, d'avoir une visibilité des places disponibles sur l'ensemble des trois sites. Tous ces éléments permettent au quotidien de créer une convergence de vue et d'action au sein des établissements.

Le GHT constitue une forme de troisième voie : il permet un maintien des établissements mais en harmonise les procédures et les modes de gestion de l'intérieur. En fonction des dispositions finales ainsi que des modalités d'application retenues, les GHT pourraient donner un cadre alternatif à la fusion pour les établissements comme le CHSM et le CHD : la création d'une ligne de trésorerie commune permettrait d'éviter les refacturations et les pôles inter-établissement les blocages de certaines FMIH. Les GHT ont été qualifiés par Me Houdart, avocat spécialisé en droit de la santé comme une « pré-fusion », alors que lui, milite pour « *sortir de ce « torrent tumultueux » et se lancer dans la fusion* »⁴⁵. Malgré des élus assez sensibles à la question de la fusion, les personnels et les communautés médicales ont besoin d'être rassurés actuellement sur le devenir de chacun des sites. Les GHT permettront finalement de préparer les esprits et pourront se mettre en place d'autant plus facilement qu'ils sont désormais imposés par une contrainte législative. Retenir la méthode des « petits pas » apparaît davantage opportune que l'annonce du « grand soir », source d'incertitudes pour les acteurs quant au devenir de chaque établissement et aux moyens pour y parvenir.

- b) Face aux mutations des CH depuis 2008, deux leviers peuvent faciliter l'accompagnement au changement et aider à l'acceptation des projets

L'hôpital connaît depuis la mise en place de la T2A et l'accélération des innovations médicales de profonds changements : développement de l'ambulatoire, retour à domicile précoce (PRADO), téléimagerie, téléconsultation... Tous ces changements doivent être expliqués et accompagnés à la fois vis-à-vis des professionnels et vis-à-vis de la population, des élus et des médecins adresseurs. Dans ce contexte de changements très rapides, il n'est pas toujours aisé de garder un discours clair sur les orientations et de

⁴⁵ Dépêche APM, « GHT, il faut sortir du « torrent tumultueux » de la pré-fusion et se lancer dans la fusion (Me Houdart) », 9 septembre 2015

mener à bien les projets initialement prévus lorsque ceux-ci évoluent avec l'arrivée de nouveaux besoins ou de nouvelles contraintes. Des enjeux relatifs à l'accompagnement du changement émergent quel que soit le contexte et les projets envisagés.

- *Prendre conscience de la dimension performative⁴⁶ des mots*

Quel que soit le projet envisagé, le choix des mots employés se révèle particulièrement déterminant dans le sens et la perception que vont retenir les professionnels. Dans les études réalisées sur la communication, la perception du message par le récepteur dépend essentiellement de la communication non verbale de l'émetteur, par le choix des mots et les émotions mises dans le discours. La dimension « performative » des mots traduit le fait que les mots employés par l'émetteur sont en eux-mêmes porteurs d'un sens et d'un message.

Aujourd'hui, de trop nombreux discours au CHSM ou CHD évoquent le temps médical partagé comme « un coup de main », « une organisation qui va aider ». Comme dans la vie courante, l'emploi de ces termes évoque un renfort ponctuel, non pérenne. De plus, sa répétition dans le temps dans la bouche des médecins donne l'impression d'une dépendance d'un site par rapport à l'autre. Alors que les mots « aide », « coup de main », sont considérés dans la vie courante comme des marques de solidarité positives, dans le contexte d'une coopération territoriale, ces mots fonctionnent à contre-emploi. Ils maintiennent deux réalités distinctes alors qu'une seule vision communautaire est souhaitée. Dans une équipe territoriale, les médecins en temps partagé n'ont pas vocation à aider l'autre site mais à faire leur travail de prise en charge des patients du territoire n°6. Employer de telles expressions montre les marges de manœuvre encore importantes et le degré de maturité d'une collaboration réellement territoriale. A terme, les médecins en activité multi-sites doivent arrêter de distinguer « mes patients », à savoir les patients du site employeur, des « patients du site B », site d'accueil en temps partagé. L'ensemble des patients vus dans les deux établissements sont à considérer avec la même importance. Le coordonnateur de la FMIH neurologie l'a d'ailleurs rappelé à l'occasion d'une réunion : « *je n'envisage jamais une nouvelle activité ou une nouvelle organisation sur un seul site ; je prends toujours en compte à la fois Saint-Malo et Dinan. Je suis attaché aux deux* ». Ce degré de maturité dans la conception d'équipe territoriale, s'il existe en neurologie et émerge dans le service des urgences, reste peu élevé dans

⁴⁶ John Langshaw Austin, *Quand dire c'est faire*, Éditions du Seuil, Paris, 1970. Pour Austin, la performativité est le fait pour un signe linguistique de réaliser lui-même ce qu'il énonce, c'est-à-dire que produire (prononcer, écrire) ce signe produit en même temps l'action qu'il décrit. Par exemple, le simple fait de dire « je promets » constitue une promesse. De manière plus large, cette notion peut s'appliquer au sens et au message que portent en eux-mêmes les mots que l'on utilise.

d'autres spécialités au vu de certains échanges de cardiologues mentionnant la « réautonomisation de l'équipe dinannaise » par exemple.

- *Développer la GPMC des médecins pour rendre le temps médical partagé durable*

Lors d'un entretien, la directrice adjointe de l'ARS Bretagne en charge des coopérations a particulièrement insisté sur le fait que le temps partagé doit constituer un choix pour le praticien : à la fois dans l'entrée et dans sa durée dans le temps. Il apparaît cependant illusoire de faire du temps partagé un choix alors que les contraintes liées à la démographie médicale s'intensifient et que les incitations financières restent marginales aujourd'hui. Ce discours, même s'il peut avoir des effets vertueux en termes de mise en place d'une véritable gestion de carrière des médecins, il semble toutefois très éloigné du terrain et davantage relevé de la sacralisation de la liberté d'installation des médecins. L'arrêt d'une activité multi-site pour un médecin peut mettre en péril l'organisation de toute une équipe. Les équilibres étant fragiles, ce n'est pas toujours évident d'intégrer les choix des médecins. Aujourd'hui, seuls les postes proposés au recrutement intègrent une dimension territoriale de manière obligatoire. On peut se demander quel choix, les praticiens accédant à ses postes, aura pour aménager leur temps de travail : pourront-ils négocier en interne ou devront-ils changer d'établissement ?

Pour répondre à ces questions et garder une attractivité pour les praticiens, il importe d'anticiper ses futurs besoins de changement de postes et de modes d'exercice. Il convient de les inclure dans une trajectoire de carrière et ainsi de développer une véritable gestion des métiers et des compétences (GPMC) pour le personnel médical. Cette démarche, largement engagée pour les personnels non médicaux, doit s'étendre aux médecins alors même que ce n'est pas dans leur « culture ». De nombreux médecins interrogés ont reconnu l'absence totale d'initiations à ces questions dans le cursus de formation initiale. Les internes sont peu préparés aux modes d'exercice en temps partagé, bien que celui-ci soit de plus en plus exigé sur le terrain, et, de manière générale, sensibilisés à la prise en compte de la pénibilité au travail. Il y a de réelles cartographies à mener. Comme me l'a indiqué le chef de pôle des activités non programmées du CHSM, les postes d'urgentiste dans un CH de proximité peuvent être attractifs pour des PH en fin de carrière qui ne souhaitent plus avoir une cadence aussi forte que dans un CHU ou un CH de référence. Un temps partagé entre deux établissements de taille différente, loin d'être considérée comme une source de pénibilité, peut être vécu, au contraire, comme une modalité de prise en compte de celle-ci. Le service des affaires médicales ainsi que les présidents de CME, en tant que leader d'opinion au sein d'un hôpital, doivent promouvoir et porter cette nouvelle approche : l'accompagnement des médecins, à la fois

dans la mise en place d'un temps partagé ou pour en sortir, doit être le fruit d'une politique bien identifiée.

2) Propositions pour accompagner la mise en place opérationnelle d'équipes médicales territoriales

Aujourd'hui, les FMIH donnent un cadre de coopération pour six spécialités. Si cette étape traduit une dynamique de généralisation des temps partagés, elle doit être confortée par une politique clarifiée et des outils opérationnels pour faire vivre au quotidien les organisations.

Première orientation : En condition préalable, fixer un cadre d'action partagé entre médecins et direction

- *Axe n°1 : Etablir un constat partagé sur les intérêts mutuels des deux CH en s'appuyant sur un DIM territorial*

Afin d'établir un constat partagé entre médecins et direction des deux CH, il serait précieux de disposer d'outils de suivi au DIM pour évaluer le nombre de patients pris en charge dans le cadre des filières entre CH du territoire. Aujourd'hui, il est difficile d'avoir une vision chiffrée de l'activité communautaire. Disposer de chiffres, outre l'intérêt de données factuelles, servirait aussi à se fixer des objectifs et à dresser des bilans dans la mise en place de coopérations.

Ainsi, le DIM et le contrôle de gestion communautaire pourraient travailler sur des indicateurs permettant d'objectiver les coopérations entre Dinan et Saint-Malo. La direction et le directoire disposent de peu d'outils d'aides à la décision. Il n'est pas aisé d'évaluer les bienfaits du temps médical partagé et la mise en place d'équipes territoriales entre les établissements. Les impacts peuvent être quantifiables (augmentation des recettes) ou non quantifiables (amélioration des prises en charge). En tout état de cause, il mérite d'être recensés et objectivés. Pour la CHT, même si le CHSM a connu ces dernières années une hausse des recettes, le lien de causalité entre temps partagé et augmentation du volume d'actes n'est pas nécessairement aussi établi et partagé. Cette augmentation peut être également le fait de la hausse de collaboration avec le CHU ou le développement de nouvelles activités, ou encore des éléments conjoncturels liés à une hausse des naissances par exemple. Il serait donc particulièrement intéressant de développer un vrai DIM territorial allant au delà d'une approche par établissements. Cette proposition va plus loin que l'organisation territoriale du DIM retenu dans le projet de loi

« santé ». En effet, celui-ci demande la constitution d'équipes communes des départements d'information médicale dans le sens d'une harmonisation des pratiques et d'alléger la charge des médecins DIM souvent isolés dans l'exercice de leur métier. Les contrôleurs de gestion auraient également vocation à prendre une dimension territoriale. La CHT Rance Emeraude répondant déjà au cadre prévu par le projet de loi sur les GHT, une vision prospective du rôle territorial du DIM est à encourager.

- *Axe n°2 : Définir une politique systématique d'attractivité, partagée par les médecins et la direction*

La politique relative au temps partagé doit être clarifiée pour permettre aux projets actuels de s'inscrire dans la durée sans risque de démotivation. Plusieurs éléments doivent faire l'objet d'annonces. Tout d'abord, chaque nouveau recrutement dans le cadre d'une FMIH doit être conçu comme un renfort d'une équipe territoriale et non comme la chance d'une réautonomisation de chaque équipe d'établissement. Le recrutement doit être validé par le coordonnateur de la FMIH et par les directeurs des deux sites. Ensuite, il convient de fixer des règles claires de compensation pour les médecins en temps partagé, en particulier lorsque l'exercice du temps partagé est « tournant » au sein de l'équipe. Sans prévoir à l'avance les règles du jeu, la direction s'expose au risque de blocage et de situation de crise annihilant toute marge de négociation avec les médecins. En outre, les modalités de refacturation entre les établissements mériteraient également d'être reposées au regard notamment du temps additionnel pouvant être généré lors de temps partagé. Enfin, pour éviter un gonflement des équipes médicales sur le site de référence (cf. I. B. 2.), des études médico-économiques pour chaque réorganisation envisagée ou recrutement de médecins doivent estimer le temps médical nécessaire. Les temps sur-numéraires doivent être discutés avec les médecins et identifiés au moment des recrutements pour être éventuellement renégociés par la suite.

Deuxième orientation : En interne, rechercher l'opérationnel et le collectif pour donner une consistance et une pérennité aux équipes territoriales

- *Axe n°3 : Définir un projet médical de territoire en tenant compte du plan ONDAM et des futurs GHT*

L'élaboration d'un projet médical territorial constitue un bon exercice en soi permettant la formalisation d'actions communautaires entre les trois établissements. Au sein de la CHT Rance Emeraude, il a donné de grandes orientations sans déclinaison pratique et

mise en œuvre réelle pour certaines spécialités. L'étape entre la conception du projet et sa mise en œuvre suppose, le plus souvent, un accompagnement administratif et une direction porteuse, notamment dans le cadre actuel des contraintes du plan triennal et des futurs GHT. L'année 2016 pourrait être le lancement de l'élaboration d'un projet médical partagé, chaque établissement ayant réalisé son projet d'établissement en 2014 et 2015.

- *Axe n°4 : Définir un projet de couverture médicale par spécialité présente sur les deux établissements porté par un leader légitime et rendu opérationnel par des maquettes organisationnelles dans le cadre des FMIH*

Comme nous l'avons constaté, c'est avant tout la motivation d'un ou deux médecins qui permet la structuration de filières, le développement de nouvelles activités et organisations. La définition du projet médical est déterminante pour la bonne mise en œuvre des temps partagés qui en découlent. Ainsi, le projet doit intégrer toutes les dimensions actuelles et futures de prises en charge : télémédecine/ télé-imagerie, permanence des soins, aléas prévisibles (congrés, formation...). La Direction a un rôle d'accompagnement dans cette vision médicale pour traduire de manière opérationnelle les coopérations.

C'est à travers le développement de nouveaux outils comme les maquettes organisationnelles, que la Direction pourra s'assurer de la pérennité des organisations envisagées. En effet, la mise en œuvre des projets médicaux devient de plus en plus complexe : elle doit tenir compte à la fois des sur-spécialités, des gardes et des sites à couvrir. L'enjeu est d'en garantir la viabilité quels que soient les aléas prévisibles (maladie, maternité, manque d'internes...) de la vie d'un service. Ainsi, pour chaque équipe, il doit être défini une organisation en présence de tous les médecins et une autre organisation en cas d'absence. Dans le cadre de cette seconde organisation, les équipes devront définir le nombre minimal de médecins pour assurer les différentes activités sur chacun des sites et déterminer quelles sur-spécialités doivent être garanties en période creuse sur chaque site également (cf. Annexe 5). Ce n'est qu'en étant précis que l'on facilitera la mise en place de temps partagés pérennes et mettra un terme aux critiques sur le caractère aléatoire de présence des médecins en temps partagé. A terme, ces maquettes peuvent aussi être complétés d'une dimension de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences et d'un suivi d'activité par médecin.

La direction, et notamment celle des affaires médicales, ont un rôle prépondérant à jouer pour accompagner les coordonnateurs des FMIH dans la mise en place d'équipes territoriales opérationnelles. Aujourd'hui, le champ des affaires médicales au sein de la CHT Rance Emerald est réparti sur trois postes : le poste de directeur adjoint de la CHT

en charge de la stratégie et des coopérations mène la constitution des dossiers d'autorisation et le développement des partenariats au sein de la CHT et à l'extérieur. D'autre part, les postes de directeurs délégués de site à Saint-Malo et à Dinan sont en charge de la gestion des médecins (formalité de recrutement, rémunération, localisation d'unités, bureaux médicaux...). La réalisation de maquette organisationnelle en proximité avec les médecins des équipes territoriales est à la frontière entre la stratégie et la gestion. L'organisation concrète du service pose vite des règles sur les congés, la valorisation en temps ou en argent du temps additionnel. Ceci plaide davantage pour un suivi par les directrices de site. Or celles-ci sont aujourd'hui très accaparées par la vie de l'institution et ne consacrent finalement qu'un temps limité aux affaires médicales. Une autre option pourrait être également l'existence d'un directeur des affaires médicales unique pour la CHT : ce positionnement permettrait de développer une vision territoriale de la gestion des médecins.

- *Axe n°5 : Créer une synergie de groupe en développant les réunions communes aux deux sites*

En routine, il importe que les staffs des équipes territoriales puissent être réalisés en visio le plus souvent possible afin de créer une synergie de groupe. Des rencontres physiques sur chacun des sites à tour de rôle doivent également se réaliser ponctuellement dans l'année. Du point de vue de la gouvernance, programmer davantage de directoires communautaires et de CME communes contribuerait également à lier les projets médicaux et leur faire prendre une dimension territoriale.

- *Axe n°6 : Anticiper la constitution de pôles inter-établissements*

S'il est encore un peu tôt, sans les décrets d'application, pour évaluer l'impact des pôles inter-établissement sur l'organisation des services, il convient d'anticiper au mieux les futures évolutions. Par exemple, le projet de loi prévoit l'obligation de pôle inter-établissement pour chacun des domaines suivants : le laboratoire et l'imagerie. Dans ces conditions, la CHT a-t-elle intérêt à poursuivre la mise en œuvre d'un GCS de moyens pour le laboratoire unique de territoire ? Se lancer dans une négociation d'une FMIH en imagerie pourrait également s'avérer inutile. Ne pas minimiser les apports des GHT pour la CHT, c'est aussi se donner une ouverture pour s'emparer de la contrainte extérieure et préparer les esprits au changement. En rappelant le fait que les GHT ne changeront rien ou peu de choses, il sera moins facile de mobiliser le moment venu.

Troisième orientation : En externe, communiquer largement auprès de la population et des médecins adresseurs sur l'existence de prise en charge par filière

Pour rendre visible la CHT Rance Emeraude, structure encore peu identifiée de la population, il importe de communiquer autour des projets territoriaux menés et des prises en charge innovantes. La filière de prise en charge des AVC entre le CHSM et le CHD ou encore la première téléconsultation entre le CHSM et le CH de Cancale ont fait, par exemple, l'objet d'articles récents dans la presse locale⁴⁷. Les rencontres mensuelles avec les médecins de ville doivent également être l'occasion de faire connaître les filières de prise en charge avec la gradation des soins associée. C'est en communiquant vers la population, les médecins adresseurs et les élus que le modèle territorial de la CHT et demain des GHT pourra durablement s'établir.

*

* *

⁴⁷ Article sur la prise en charge des AVC au CHSM et au CHD dans le *Pays Malouin* en date du 3 septembre et article sur la téléconsultation dans l'édition du 4 septembre du *Ouest France*

Conclusion

La CHT Rance Emeraude est aujourd'hui confrontée à une nouvelle étape dans l'intégration communautaire des établissements. La généralisation du temps médical partagé portée par six FMIH vise à organiser une bonne répartition des ressources médicales sur le territoire au regard des besoins de santé. En effet, le temps médical partagé est aujourd'hui conçu et mis en œuvre au profit d'un projet médical dans un contexte de carence de médecins alors qu'auparavant il était davantage centré sur les aspirations individuelles des praticiens. Ce changement d'utilisation de l'outil de temps partagé ne s'est malheureusement pas accompagné par un nouveau cadre facilitant sa mise en œuvre. D'une part, les mises à disposition et les refacturations sont systématiques et suivies au cas par cas par la direction des affaires médicales. D'autre part, les incitations financières ou compensations d'exercice multi-sites perdurent dans une approche individuelle alors qu'elles concernent de plus en plus une équipe.

L'enjeu aujourd'hui est de faire vivre les FMIH c'est-à-dire les projets médicaux, les mises à disposition de médecins envisagées. Les coopérations actuelles fonctionnent « bon gré, mal gré », en fonction des ressources disponibles sur le site principal, permettant de « rendre du temps » au site de proximité. Le caractère non durable, en routine, de certains temps partagés ne doit plus être toléré. Les FMIH doivent contribuer à passer à une approche collective et territoriale. Le temps médical partagé doit donc s'intégrer dans un planning permettant la continuité des prises en charge sur chaque site : le temps partagé ne peut avoir vocation à mettre en difficulté les sites mais, au contraire, apporter une amélioration de la prise à charge en évitant des surcoûts liés à l'intérim. Ce sont à travers une politique de compensation claire définie par la direction et des outils comme les maquettes organisationnelles que l'on arrivera à créer des équipes territoriales opérationnelles et porteuses de sens.

Demain, les GHT obligeront à penser en dehors du cadre habituel qu'est l'établissement. Les coopérations médicales à travers la multiplication des temps partagés gommement au quotidien la frontière comptable et juridique des établissements. Les directions essaient bien de maintenir la ligne par le jeu de refacturations, de mises à disposition, de conventions... Les limites de ce jeu hypocrite résident dans les coûts induits en gestion par de tels artifices. Les GHT proposent un modèle mixte, maintenant juridiquement l'autonomie des établissements tout en créant un espace commun (ligne de trésorerie, transferts d'activité, pôles inter-établissement). Ce modèle aura le mérite de faire vivre cette notion encore floue de « territoire » : aurons-nous assez d'imagination

pour maintenir cet être hybride ou aurons nous la tentation de la fusion pour revenir à un modèle connu et confortable de gestion qu'est le centre hospitalier ?

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Code de la santé publique : articles L. 6131-1 et suivants

Projet de loi pour la modernisation de notre système de santé et son dossier législatif :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl14-406.html>

Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et précisant, d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution, à certains de ces praticiens, médecins, odontologistes ou pharmaciens,

Circulaire DHOS/M n° 2000-521 du 13 octobre 2000 à l'indemnité versée à certains personnels médicaux hospitaliers lorsqu'ils exercent leur activité dans plusieurs établissements.

Arrêté du 6 janvier 2000 fixant le taux et les modalités de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements exercée par certains praticiens hospitaliers et certains praticiens exerçant à temps partiel, et circulaire du 13 octobre 2000

Rapports publics par ordre décroissant de publication :

Grall (J.-Y.), DG ARS Nord Pas de Calais, *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*, juillet 2015

Hubert (J.), Martineau (F.), *Rapport intermédiaire de la Mission « Groupements hospitaliers de territoire »*, mai 2015

Veran (O.), député de l'Isère, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, décembre 2013

Lalande (F.), Scotton (C.), Bocquet (P.-Y.), Bonnet (J.-L.), membres de l'Inspection générale des affaires sociales, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années*, mars 2012

Aubart (F.), Delmotte (D.), Jacob (A.), Pruvo (J.-P.), Veran (O.), *Exercice médical à l'hôpital*, septembre 2011

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Chapitre XI, « Les coopérations hospitalières », septembre 2011

About (E.), Aubart (F.), Jacob (A.), Mangola (B.), Thévenin (D.), *Mission concernant la promotion et la promotion des recrutements médicaux à l'hôpital public*, 23 juillet 2009

Chambaud (L.), Khennouf (M.), Lannelongue (C.), membres de l'Inspection générale des affaires sociales, et Mordelet (P.), Dusehu (E.), Geffroy (L.), conseillers généraux des établissements de santé, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, janvier 2009

Costargent (G.) et Le Coz (G.), membres de l'Inspection générale des affaires sociales, rapport relatif au « Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires », juillet 2003, p. 32

Articles :

Calmes, (G.), « Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle », *DH Magazine*, n°129, n°130 et n°131, 2009

Copin (J.-Y.), « Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST », *Gestions hospitalières* n° 507, juin/juillet 2011, p. 421-422

Dépêche APM, « GHT, il faut sortir du « torrent tumultueux » de la pré-fusion et se lancer dans la fusion (Me Houdart) », 9 septembre 2015

Dépêche APM, « Médecins hospitaliers : la mission Le Menn fait « un bouquet de préconisations » pour attirer les jeunes et fidéliser ceux en place », 11 septembre 2015

Direct hôpital, « Le partage des postes de médecins entre plusieurs établissements utile, mais compliqué », 2 juin 2014

Drexler (A.), Mondolini (L.), « Nouvelle gestion du temps de travail médical », *Revue hospitalière de France*, n°556, janvier-février 2014, p. 54-58

Samu-Urgences de France, *Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des urgences, UHCD)*, novembre 2011

S. G., « Le rapport Le Menn fait des suggestions, parfois coûteuses, pour lutter contre la pénurie de médecins », *Les Echos*, 10 septembre 2015

Vin (P.), *Les impacts des incitations monétaires sur l'effort des salariés: positifs ou négatifs ?*, Mémoire de Master 2 Recherche 2007, Université Lumière Lyon 2

Autres :

ARS Bretagne, *Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016, Atlas du PRS*, édition 2014

ARS Bretagne, *Observatoire des territoires, Profil territoire du territoire 6*, juin 2015

Liste des annexes

Annexe n°1 : Présentation des trois établissements composant la CHT Rance Emeraude	II
Annexe n°2 : Liste des personnes rencontrées ou contactées par téléphone	IV
Annexe n°3 : Questionnaire d'entretien	V
Annexe n°4 : Cartographie St-Malo et Dinan	VI
Annexe n°5 : Proposition de maquette organisationnelle	VIII

Annexe n°1 : Présentation des trois établissements composant la CHT

Rance Emeraude

Centre Hospitalier de Cancale

L'hôpital de Cancale comprend deux activités principales :

- un service de soins de suite et de réadaptation à orientation gériatrique de 25 lits ;
- un Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes de 120 lits.

L'activité en 2013 se décompose comme suit :

- SSR : 223 entrées, DMS 34.84 jours, taux d'occupation 92.56%
- EHPAD : 42 entrées, 98,70% de taux d'occupation.

Centre Hospitalier de Dinan

Le centre hospitalier de Dinan est un établissement de proximité centré sur les activités de médecine, de gynécologie obstétrique et de prise en charge des personnes âgées.

Les patients bénéficient d'un plateau de consultations pour des avis de spécialistes, d'une maternité de niveau IIA, d'un service d'accueil des urgences, des services de spécialité pour les hospitalisations programmées ainsi que de structures d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Les 656 lits sont répartis en :

- 214 lits de médecine ;
- 20 lits de gynécologie obstétrique ;
- 65 lits de soins de suite et réadaptation (SSR) ;
- 60 lits de soins de longue durée (USLD) ;
- 297 lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'activité en 2013 se décompose comme suit :

- Urgences : 26 836 passages, 798 sorties SMUR ;
- Médecine: 21 393 consultations, 4964 journées d'hospitalisation ;
- Gynécologie Obstétrique: 13 914 consultations, 4964 journées d'hospitalisation ;
- Maternité : 822 naissances ;
- Soins de longue durée : 97,8% de taux d'occupation ;
- Hébergement : 99,3% d'occupation des lits d'EHPAD.

Centre Hospitalier de Saint Malo

Le centre hospitalier de Saint-Malo est l'établissement de référence du territoire de santé n°6 de Bretagne (pays de Saint-Malo et Dinan). Il assure des activités d'urgences et réanimation, de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, prise en charge des personnes âgées, santé mentale.

Les patients bénéficient d'une offre étendue de consultations pour des avis de spécialistes en médecine et en chirurgie, d'une maternité de niveau IIB, d'un service d'accueil des urgences, des services de spécialité pour les hospitalisations programmées ainsi que de structures d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. L'hôpital de Saint-Malo est habilité à prendre en charge les patients atteints de cancer (digestif, pneumologique gynécologique, mammaire et ORL). Il dispose également d'unités de soins intensifs (cardiologie, neurologie, réanimation, Unité de Surveillance Continue, néonatalogie). En tant qu'établissement de soins en santé mentale, il offre un dispositif de prise en charge des patients de tous âges (enfants et adultes).

Les 1281 lits et places sont répartis comme suit :

- médecine: 344 ;
- chirurgie: 81 ;
- gynécologie-obstétrique: 28 ;
- psychiatrie: 148 ;

- long séjour: 166 ;
- hébergement: 514.

L'activité en 2013 se décompose comme suit :

- Urgences: 36 489 passages, 845 sorties SMUR ;
- Médecine : 21 349 consultations, 6156 entrées ;
- Chirurgie : 25 748 consultations, 6156 entrées ;
- Maternité : 1347 accouchements ;
- Gynécologie-obstétrique : 8777 consultations médicales, 1930 entrées en hospitalisation
- Psychiatrie (adulte et enfants) : 57 387 prises en charge ambulatoires, 43 568 journées d'hospitalisation ;
- Hébergement : 98% de taux d'occupation des lits d'EPHAD.

Etat des lieux des effectifs de la CHT Rance Emeraude (2013)

- 308 médecins ;
- 3299 personnels non médicaux.

Annexe n°2 : Liste des personnes rencontrées ou contactées par téléphone

CHT Rance Emeraude

Praticiens hospitaliers :

Docteur Stéphane Corbinais, oncologue, chef du pôle Pasteur, CHSM

Docteur Anne Le Gagne, gériatre et Président de CME du CHSM

Docteur Laurent Verley, urgentiste, chef de pôle « Activités non programmées » et chef des urgences du CHSM

Docteur Jean-Marc Lainé, interniste et Président de CME du CHD

Docteur Fabrice Ollivier, urgentiste, CHD

DIM :

Docteur Catherine Juchault, médecin DIM du CHSM et du CHD

Directions et équipes administratives :

Mme Dominique Radureau, Directrice adjointe de la CHT et directrice de la stratégie

Mmes Maryline Desissert et Jessica Rohan, attachées aux affaires médicales du CHSM

Mme Régine Tilly, attachée aux affaires médicales du CHD

ARS Bretagne :

Mme Bénédicte Simon, directrice adjointe en charge des partenariats et Docteur Airaud, chargé de mission en matière de coopération

CNG :

M. Dominique Bertrand, conseiller médical de la Directrice générale du CNG

M. Bernard Chenevière, chef du département de gestion des praticiens hospitaliers

Autres établissements :

Mme Viviane Humbert, DAM des CH Pontoise et CH Beaumont sur Oise, CHT Nord-Val d'Oise

Mme Emilie Privat, DAM du CH Avranches-Granville

Docteur Labarrière, gastro-entérologue au CHR d'Orléans en poste partagé avec le CHD Georges Daumazon

Annexe n°3 : Questionnaire d'entretien

Médecins

Quelle est votre définition du temps médical partagé ?
Etes-vous en TMP ? Avec quel établissement ?
Si oui, êtes-vous à l'origine de cette organisation du temps de travail ?
Etes-vous favorables au temps médical partagé sur plusieurs sites ?
Quelles motivations trouvez-vous au TMP ? (intérêt médical, autre façon d'exercer, motivation financière, maintien en compétences, activation de réseaux interprofessionnels)

Faites-vous une distinction entre TMP vers le CHU ou vers un CH de proximité ?
Vivez ou vivriez-vous le TMP comme une contrainte/ une opportunité ?
Est-ce un mouvement irréversible pour les postes de PH ? Les nouveaux médecins sont-ils conscients de ce genre de modalités de travail ?
Quels avantages et inconvénients identifiez-vous pour le TMP ?
Quelles sont les conditions de réussite d'un TMP ?
A terme, est ce qu'il y aurait du sens à faire des pôles multi-sites ?
D'un point de vue statutaire, existe-t-il des manques pour la mise en place du TMP ?

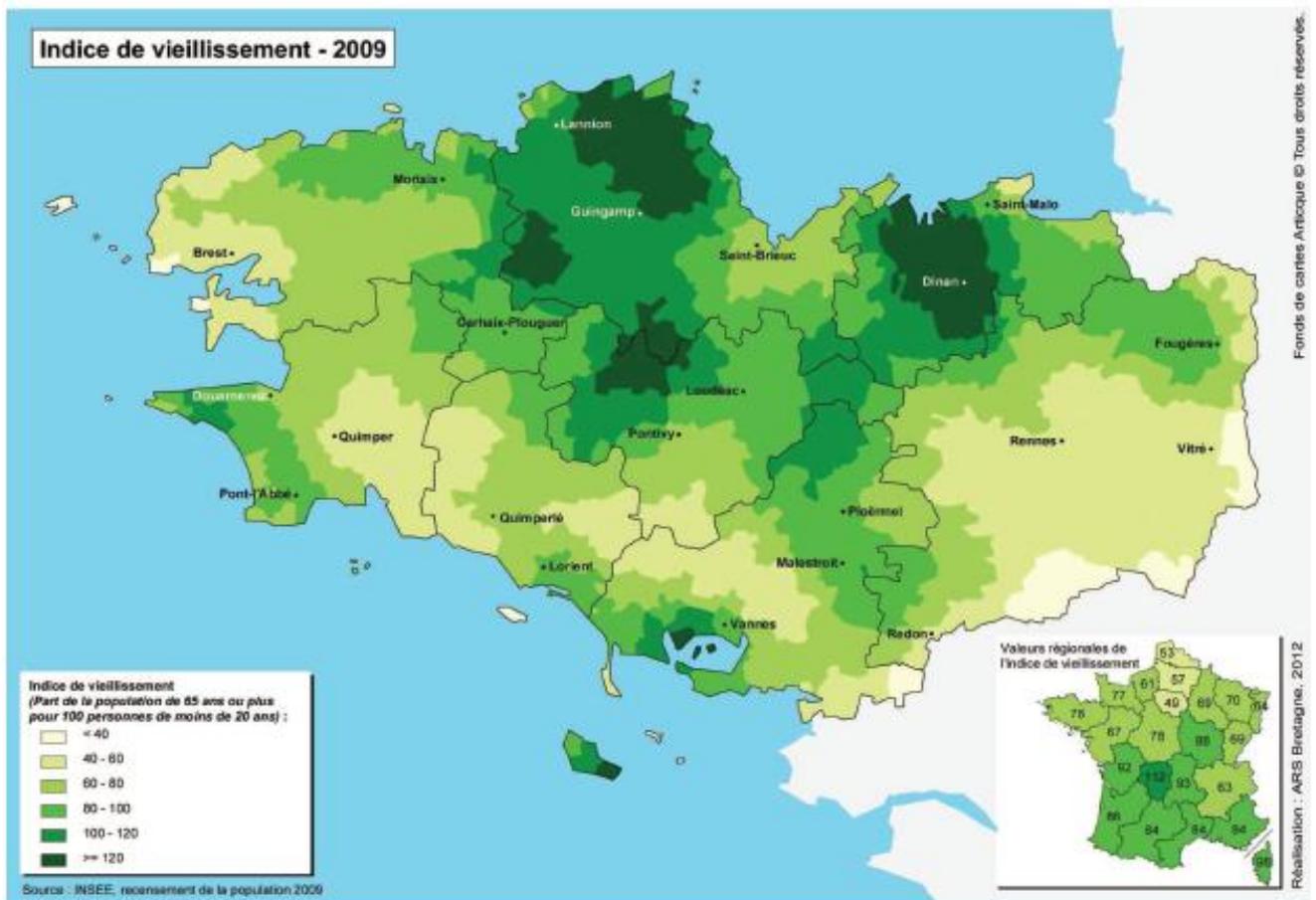
DAM / Attaché

Votre établissement recourt-il au TMP ?
Si oui, combien de médecins sont concernés ? Est-ce vers un autre CH ou vers le CHU ?

Pourquoi le TMP a-t-il été mis en place (besoin d'un autre CH/ développement des coopérations avec CHU...)
Existe-t-il une politique institutionnelle en matière de TMP (ciblé sur certains services/postes, vu avec les services ou le pôle ?) ? Ou est-ce négocié au cas par cas en fonction de la personne concernée ?
Avez-vous établi des règles de calcul claires et uniformisées sur les contreparties demandées aux établissements d'accueil ? (frais de déplacements + cout moyen ou cout réel + temps de formation et congés)
Quelle masse financière représente les remboursements de contreparties de TMP ?
Quels sont les avantages du TMP selon vous ? Inconvénients ?
Avez-vous établi un cout du TMP ? N'avez-vous pas constaté une augmentation des frais de déplacement ?
Avec les services de l'autre CH, les médecins de ce CH viennent-ils sur le site principal?

Dimension d'accompagnement :
Comment convaincre ?
L'élément financier est-il l'élément déterminant ? L'élément de stratégie médicale parle-t-il ? (maintien d'une offre de soins sur le territoire de santé ?)
Quelles modalités juridiques ? FMIH/ cadrage + un contrat signé du PH
Quelles difficultés avez-vous rencontré auprès des médecins ?
Pensez-vous que le TMP est une solution pérenne/ durable face au manque de médecins / difficulté de recrutement ?
Considérez-vous le développement de l'ambulatoire comme une limite au TMP ?

Annexe n°4 : Cartographie du bassin de recrutement de St-Malo et Dinan



Indicateurs sur la sélection

Sélection : 31 unité(s)
Population 1999 : 236 126 hab.

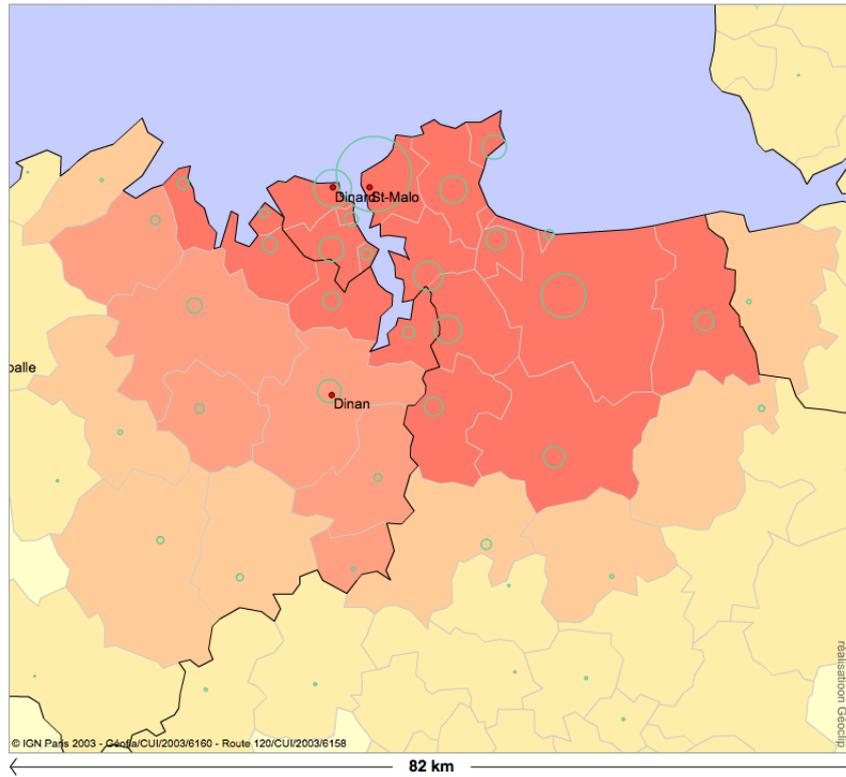
autres indicateurs



densité de pop. : 102.7 hab./km²
population 1990. : 231 519 hab.
évolution annuelle moy. de la pop. 1990-1999 : 0.2 %
part en 1999 des >= 75 ans : 9.7 % des <20 ans : 22.7 %
séjours de la zone (2013) : 73 507
taux de fuite (2013) : 26.6 %



Répartition des séjours issus de la zone (plus d'infos : survolez le camembert)



Bretagne | autres régions

35 - CH broussais , SAINT-MALO

Total activité

2013

7 802 24 545 séjours (par CP de résidence)
1 951 (0.9 % de CP inutilisables pour l'établissement)

source : PMSI MCO 2013

155 px pour 7 802

taux de recrutement en 2013

taux de recrutement en 2013 (%)

10
5
1
0

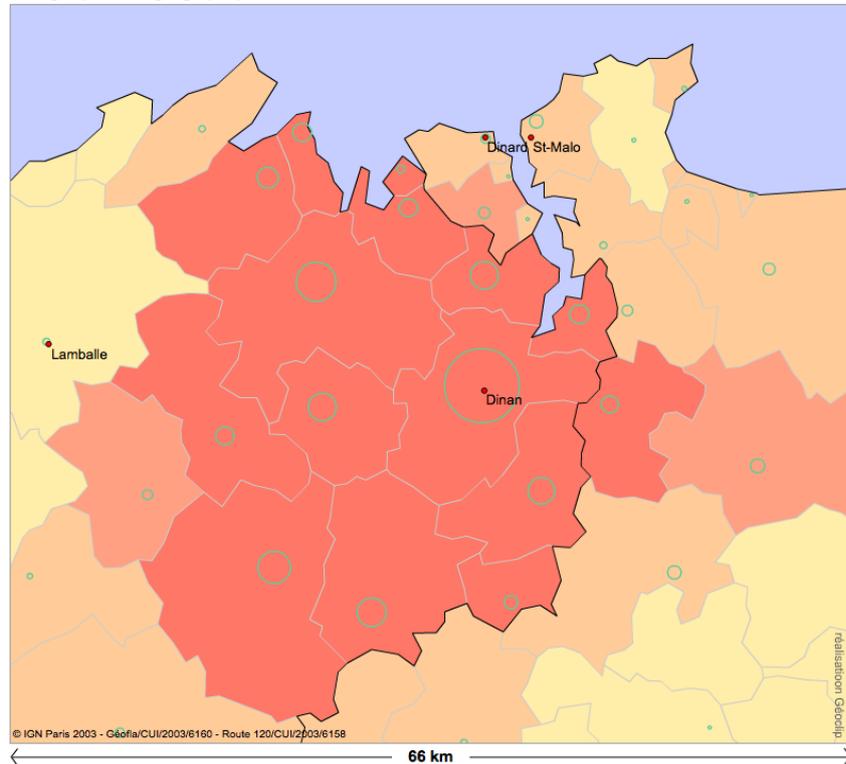
source : PMSI-MCO 2013

couches d'habillage | sélections

pas de couche d'habillage

zooms et déplacements

388 %



Bretagne | autres régions

22 - CH rene pleven , DINAN

Total activité

2013

4 322 12 246 séjours (par CP de résidence)
1 081 (0.3 % de CP inutilisables pour l'établissement)

source : PMSI MCO 2013

191 px pour 4 322

taux de recrutement en 2013

taux de recrutement en 2013 (%)

10
5
1
0

source : PMSI-MCO 2013

couches d'habillage | sélections

pas de couche d'habillage

zooms et déplacements

479 %

Annexe n°5 : Proposition de maquette organisationnelle

06/11/2015	lundi		mardi		mercredi		jeudi		vendredi		samedi	TOTAL	calcul en demi-journée
Période normale : combien de praticiens	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin		
Saint-Malo													
Garde (récupération veille)												-	
Hospitalisation (dont USIC)												-	
Coronarographie												-	
Rythmologie												-	
Plateau non interventionnel												-	
HTA												-	
Consultations externes												-	
Tests d'effort												-	
Divers (avis IRM scanner)												-	
Dinan													
Astreinte téléphonique/ Garde												-	
Hospitalisation (dont USIC)												-	
Coronarographie												-	
Rythmologie												-	
Plateau non interventionnel												-	
Consultations externes												-	
Divers (avis IRM scanner)												-	
Dinard													
Compensation Dr D.												-	
Nb de praticiens par jour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
06/11/2015													
Période basse (minimum 5 praticiens : 3 s/spécialités représentées)	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	ap.midi	matin	TOTAL	
Saint-Malo													
Garde (récupération veille)												-	
Hospitalisation (dont USIC)												-	
Coronarographie												-	
Rythmologie												-	
HTA												-	
Plateau non interventionnel												-	
Dinan													
Astreinte téléphonique/ Garde												-	
Hospitalisation (dont USIC)												-	
Coronarographie												-	
Rythmologie												-	
Plateau non interventionnel												-	
Consultations externes												-	
Divers (avis IRM scanner)												-	
Dinard													
Compensation Dr Denolle												-	
Nb de praticiens par jour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ETP pourvu 50 1/2 journées

COSSEC

Estelle

Décembre 2015

Directeur d'hôpital

Promotion 2014-2016

Du temps médical partagé à la constitution d'équipes médicales territoriales : enjeux et limites

- Cas de la CHT Rance Emeraude -

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -

Résumé :

En créant la CHT Rance Emeraude en 2010, les centres hospitaliers publics de Saint-Malo, Dinan et Cancale se sont très tôt structurés pour garantir leur attractivité sur le territoire de santé n°6 de Bretagne. Cette coopération se manifeste à travers un projet médical commun, une mutualisation des achats et des fonctions supports ainsi qu'une politique de convergence en matière d'information médicale et de règles de gestion.

Toutefois, cette dynamique peine à prendre un véritable essor du fait de la rivalité du CH de Saint-Malo avec le pôle public-privé de Dinan et d'une relative instabilité à la tête de la CHT depuis sa création en 2010. Quelques coopérations médicales portées par des praticiens engagés se sont construites « bon gré, mal gré » : neurologie, urgences, pneumologie.

En raison des difficultés de recrutement de praticiens à Dinan, les postes en temps partagé sont vus comme la solution permettant d'éviter le recours coûteux à l'intérim médical. En général, les postes ne correspondent pas à un projet médical commun mais au simple exercice sur deux sites différents permettant une répartition des ressources médicales. En cas d'absence du médecin en temps partagé, celui-ci n'est pas remplacé et la couverture médicale qu'il assure laissée en suspens. Cette organisation résulte d'un modèle centré sur une gestion par médecin et par établissement. L'unique compensation financière au temps partagé qu'est la prime multi-site est versée à un seul médecin ; les temps médicaux sont refacturés par les services des établissements aux budgets distincts.

L'enjeu aujourd'hui pour la CHT Rance Emeraude est de dépasser cette organisation cloisonnée pour faire naître des équipes médicales territoriales qui assurent une offre de soins, dans l'espace et dans le temps, quel que soit les aléas prévisibles. La CHT souhaite conclure des FMIH pour chaque spécialité. Demain, le Groupement hospitalier de territoire, loin d'être déjà acquis pour la CHT, devrait apporter des outils facilitant la mise en place d'équipe territoriale : projet médical partagé, pôle inter-établissement, ligne de trésorerie unique... Sans attendre leur mise en œuvre, la CHT pourra d'ores-et-déjà se doter de maquettes organisationnelles et d'une politique de refacturation clarifiée.

Mots clés :

Temps médical partagé – Equipe médicale territoriale – CHT – GHT – Coopération – Compensation – Mise à disposition – Refacturation – FMIH – Prime multi-sites – Affaires médicales

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.