
Filière DH

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

**Favoriser l'attractivité médicale au sein
de l'hôpital public : l'exemple du CHR
d'Orléans.**

Laure-Anne SCHERRER

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Olivier BOYER, directeur général du CHR d'Orléans, ainsi que toute l'équipe de direction, pour leur accueil chaleureux et leur disponibilité pendant ces deux années durant lesquelles ils m'ont associée à des projets stratégiques qui m'ont permis d'élargir ma réflexion sur le monde hospitalier et de nourrir ce mémoire.

Je tiens également à remercier tout particulièrement ceux qui m'ont accompagnée dans la réflexion, la réalisation et la rédaction de celui-ci :

- Antoine Lebrère, directeur des affaires médicales, pour m'avoir inspiré le sujet de ce mémoire, ainsi que pour ses conseils et ses réponses à mes nombreuses questions... même à la dernière minute.
- Les médecins du CHR pour leur disponibilité et la franchise de leurs témoignages.
- Les professionnels venus d'autres horizons pour avoir accepté d'échanger avec moi sur le sujet ainsi que pour les éclairages et les mises en perspective qu'ils m'ont apportés.
- Armelle Drexler, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa relecture attentive de ce manuscrit et ses nombreux conseils avisés.

Enfin, ce stage n'aurait pas été le même sans Geneviève Etronnier, ma formidable maître de stage, qui a su me mettre le pied à l'étrier, toujours dans la bonne humeur, et me prodiguer ses précieux conseils jusque tard le soir... surtout les nuits de garde ! Encore un grand merci !

Sommaire

Introduction	1
1 Le CHRO est confronté à des difficultés de recrutement médical aux causes tant nationales que locales, représentatives des défis rencontrés par certains centres hospitaliers de taille importante.....	7
1.1 Dans le contexte d'une région à la démographie médicale peu favorable, le CHR se caractérise par une position ambivalente en tant qu'établissement de recours confronté à des difficultés de recrutement.	7
1.1.1 Une région médicalement peu attractive, tant pour les praticiens hospitaliers que libéraux, susceptible de fragiliser l'offre de soins	7
1.1.2 Un établissement marqué par un déficit d'attractivité, variable selon les spécialités.	10
1.1.3 Un établissement de recours responsable à ce titre d'aider les établissements voisins à répondre aux besoins de santé de la population.	13
1.2 Cette situation résulte d'une conjonction de facteurs multiples, nationaux, locaux et institutionnels, dont certains sont propres au statut particulier d'un CHR.	14
1.2.1 Un contexte national malthusien renforcé par l'évolution des attentes d'un corps médical en mutation.....	14
1.2.2 Les contraintes de l'environnement hospitalier peuvent expliquer une « crise » des médecins, susceptible de fragiliser l'attractivité de l'hôpital public.	16
1.2.3 Une situation intermédiaire, entre CH et CHU, dans une région consciente de sa moindre attractivité.....	20
2 Au-delà des mesures financières et réglementaires, l'attractivité médicale se joue également à l'échelle des établissements en prenant en compte les nouvelles aspirations des praticiens en termes de parcours professionnels, de qualité de vie au travail et de management médical	25
2.1 Le plan pour l'attractivité de l'hôpital public témoigne d'une prise de conscience nécessaire, même si les mesures proposées se révèlent en pratique d'une efficacité variable.	25
2.1.1 Le plan pour l'attractivité s'inscrit dans une lignée de mesures réglementaires qui tentent de prendre en compte les évolutions du corps médical, sans pour autant révolutionner les fondamentaux.	25

2.1.2	La mise en œuvre de ces mesures sur le territoire peut toutefois s'avérer compliquée voire risquée, soulignant les limites de la réglementation.....	29
2.1.3	Le défi de la surenchère financière pose la question de son efficience.	33
2.2	Il apparaît nécessaire de réfléchir à d'autres facteurs d'attractivité, en prenant en compte les nouvelles aspirations des praticiens en termes de parcours professionnels, de qualité de vie au travail et de management médical	34
2.2.1	Les théories du « magnet hospital » et de la marque employeur insistent sur l'importance de l'image d'un établissement comme facteur d'attractivité,.....	35
2.2.2	Pour fidéliser les professionnels médicaux, des solutions organisationnelles et managériales innovantes doivent répondre à leurs attentes en matière de parcours professionnel, qualité de vie au travail et management médical.	38
2.2.3	La mise en place d'une cellule de recrutement et de management médical au sein du CHR a pour vocation d'agir sur l'ensemble des leviers d'attractivité identifiés dans un processus de co-construction avec les médecins.....	42
	Conclusion.....	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	51

Liste des sigles utilisés

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles
ARS : Agence Régionale de Santé
CESP : Contrat d'Engagement dans le Service Public
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHRO : Centre Hospitalier Régional d'Orléans
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNG : Centre National de Gestion
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CRH : Commission de Recrutement Hospitalier
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECN : Epreuves Classantes Nationales
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ETP : Equivalent – Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IESPE : Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif
IPROS : Institut de Recherche et de Prévention sur l'Ostéoporose
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PC : Praticien Contractuel
PDS : Permanence Des Soins
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire
PECH : Prime d'engagement dans la Carrière Hospitalière
PH : Praticien Hospitalier
PMCT : Poids Moyens des Cas Traités
PUPH : Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
RTT : Réduction du Temps de Travail
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Rééducation
T2A : Tarification A l'Activité
TTA : Temps de Travail Additionnel

Introduction

Dans un rapport publié en mai 2017, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) souligne que « *l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années* »¹. La baisse du *numerus clausus*, intervenue à la fin des années 1970, a induit une diminution différée du nombre de médecins. Dès lors, si le nombre de médecins continue à augmenter – 197 209 en activité en 2000, 223 571 en 2016² pour une densité médicale qui demeure proche de 3.3 médecins pour 1000 habitants - ceci est avant tout le résultat de flux de médecins diplômés à l'étranger et d'une augmentation de l'âge moyen des praticiens (51,5 ans en 2014³). La hausse du *numerus clausus* devrait permettre à terme d'enrayer ce phénomène de vieillissement de la population médicale. Dans l'intervalle néanmoins, un hiatus dans le renouvellement des générations demeure, au moins jusqu'en 2021, car les générations de médecins à fort *numerus clausus* partent à la retraite tandis que les nouvelles générations, qui ont elles aussi bénéficié d'un *numerus clausus* élevé, commencent seulement à achever leurs études.

Ce phénomène de raréfaction du temps médical disponible se trouve encore renforcé par deux évolutions inverses. D'un côté, l'arrivée de nouvelles générations médicales va le plus souvent de pair avec l'affirmation d'aspirations professionnelles plus respectueuses de la vie privée, lesquelles induisent une diminution de l'offre globale de soins à effectif constant. De l'autre, le vieillissement de la population entraîne à l'inverse une forte croissance de la demande en soins.

Ces mutations contraires tendent donc à inscrire la problématique d'une démographie médicale défavorable dans la durée.

L'émergence de la problématique des déserts médicaux :

Les inégalités de répartition des médecins libéraux ont rendu la problématique de l'accessibilité aux soins de premier recours (soins de ville) particulièrement visible, et ont contribué à faire émerger dans le débat public l'enjeu des « *déserts médicaux* ». Bien que la justesse et la pertinence d'une telle image soient parfois contestées⁴, elle a néanmoins permis de mettre en lumière les disparités territoriales observées, ainsi que la réduction incidente de l'offre de soins médicale.

Ceci a abouti à la mise en œuvre de dispositifs visant à favoriser l'installation de jeunes médecins dans les régions les plus médicalement déficitaires, tels que le contrat d'engagement de service public instauré par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009. Le pacte territoire-santé en 2012, à l'origine notamment du développement des maisons de santé, a pour objectif de renforcer et coordonner cet ensemble de mesures.

1 BACHELET M., ANGUIS M. (DREES), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats*, n°1011, mai 2017

² Source DREES

³ ONDPS, Rapport 2013-2014

⁴ BRAS P-L., « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 50, no. 1, 2016, pp. 67-91.

VERAN, O. « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », *Les Tribunes de la santé*, vol. 39, no. 2, 2013, pp. 77-85.

De l'émergence plus récente de la question des « déserts hospitaliers »⁵ au plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public :

La question de l'attractivité médicale s'est étendue plus récemment à la prise en compte de la « crise du recrutement »⁶, pourtant ancienne parfois, à laquelle se trouvent confrontés les établissements de santé publics. De fait, la « désertification médicale » de certains territoires a tendance à faire se reporter sur les hôpitaux la demande de soins de ville à laquelle l'offre existante n'a pas été en mesure de répondre. Ceci ne rend que plus aiguës et manifestes les difficultés de recrutement que peuvent rencontrer ces derniers.

Or, à l'hôpital, la question de l'attractivité médicale ne se limite pas à donner envie à un médecin de s'installer dans une zone géographique particulière. Il s'agit également d'être capable de susciter la vocation pour l'exercice hospitalier public, avec ses avantages et ses contraintes, dans un contexte pourtant hautement concurrentiel et complexe. Cet enjeu s'inscrit de plus dans la durée puisqu'il faut certes parvenir à recruter des praticiens de qualité mais également réussir à les fidéliser.

Par ailleurs, l'attractivité médicale désigne tant la capacité du secteur hospitalier public dans son ensemble de donner envie aux jeunes médecins, comme aux plus anciens, de poursuivre leur exercice au sein de l'hôpital public, que celle de chaque établissement de santé considéré individuellement, de parvenir à recruter et fidéliser un professionnel de santé.

Cet enjeu croise ainsi des problématiques nationales et locales : il interroge l'ensemble du système hospitalier au niveau du statut applicable aux médecins, de la réglementation nationale, mais également chaque établissement au regard de sa gestion des ressources humaines médicales.

De fait, les évolutions financières, managériales et organisationnelles à l'œuvre au sein du système de santé hospitalier semblent à l'origine d'une « crise d'identité des médecins »⁷ selon les termes de Gérard de Pouvourville. D'après lui, les réformes de la gouvernance hospitalière soumettent de plus en plus les établissements - et les praticiens eux-mêmes depuis la création des pôles par la loi HPST - à une exigence gestionnaire marquée par « un double mouvement de resserrement de leurs marges de manœuvre stratégiques et des contrôles budgétaires dont ils font l'objet ». Or, une telle recherche de performance est bien éloignée de « l'identité traditionnelle des médecins hospitaliers », « fondée sur l'excellence clinique et la notoriété scientifique ».⁸

Ce nouveau contexte, conjugué à la pénurie démographique, semble induire un déficit d'attractivité de l'hôpital public, dont témoignent les difficultés de recrutement des établissements, l'augmentation du nombre de praticiens étrangers, ou encore la hausse du recours à l'intérim.

Dans un contexte de démographie médicale particulièrement tendue, l'installation de nombreux médecins diplômés à l'étranger ou ressortissants étrangers, lesquels représentent

5 VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

6 BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A., « La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités », *Revue française de sociologie* 2007/4 (Vol. 48), p. 751-779.

7 IDEM

8 IDEM

désormais 10% des nouveaux actifs contre 6% en 2007⁹, permet souvent de combler un poste vacant révélateur de difficultés de recrutement.

De plus, le recours accru à l'emploi temporaire, non plus de façon ponctuelle mais désormais structurelle, est bien le signe que « *des déserts hospitaliers se creusent, par spécialité et par territoire* »¹⁰ : dans certaines régions, même d'importants établissements s'y trouvent contraints, notamment dans les trois spécialités les plus concernées par les difficultés de recrutement, à savoir l'anesthésie, la radiologie, et la médecine d'urgence. Le déficit d'attractivité de l'hôpital public pèse ainsi sur les finances des établissements, réduits à se procurer des médecins « *coûte que coûte* »¹¹.

Plusieurs rapports ont cherché récemment à objectiver et analyser ce constat¹², contribuant ainsi à faire émerger un débat spécifique autour de la question de l'accessibilité aux soins hospitaliers. C'est dans ce contexte qu'un plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public a été élaboré, lequel a abouti à l'automne 2016 à l'annonce puis à la mise en œuvre de cinq mesures prioritaires¹³, ainsi qu'à la signature d'un protocole d'accord pour la poursuite des concertations.

Mais, la réponse apportée au défi de l'attractivité médicale ne peut se limiter à des évolutions statutaires et réglementaires tant les situations individuelles et locales diffèrent. Au regard des mutations sociétales, des nouvelles aspirations et représentations du corps médical, des évolutions profondes à l'œuvre au sein du monde hospitalier, une nouvelle gestion des ressources humaines médicales apparaît nécessaire à l'échelle des établissements.

L'enjeu stratégique de l'attractivité médicale pour les directeurs d'hôpital :

Cette exigence place les directeurs d'hôpital face à un enjeu hautement stratégique : faciliter le recrutement de praticiens de valeur et les fidéliser afin d'assurer des soins de haute qualité à la population. C'est là leur mission première.

Pour autant, ceux-ci ne disposent pour y répondre que de peu d'outils et d'une autonomie réglementaire très limitée en matière de rémunération. Le manque de marges de manœuvre

9 BACHELET M., ANGUIS M. (DREES), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Études et Résultats, n°1011, mai 2017

¹⁰ VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

¹¹ IDEM

¹² TOUPILLIER D., Exercice médical à l'hôpital, Rapport, septembre 2011.

VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

FHF, L'Amélioration de l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital, 2014.

LE MENN, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester,

¹³ Arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée

Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux

Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière

Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques

qui les caractérise s'illustre à travers des injonctions contradictoires, qu'elles soient d'ordre financier ou géographique.

Un paradoxe financier se révèle de fait intrinsèque à la gestion des ressources humaines médicales : le coût des mesures du plan d'action pour l'attractivité de l'hôpital public, dans un contexte de contraintes financières croissantes, suffit à le résumer.

De plus, la prise de conscience du caractère souvent précaire de la démographie médicale des plus petits établissements hospitaliers a conduit à la volonté de mettre en valeur des parcours de soins à l'échelle des territoires, par le biais notamment de la constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et dans l'attente de la constitution future de véritables « équipes médicales de territoire ». Ceci a pour but de mieux répondre aux missions de santé publique. Toutefois, dans les territoires les plus ruraux où les GHT sont souvent davantage étendus géographiquement, la dynamique recherchée peut parfois s'inverser : au lieu de conforter le corps médical des établissements les plus isolés, la mobilité imposée aux médecins peut au contraire, à première vue du moins, mettre en péril l'attractivité même de l'établissement dit de recours.

Le défi pour les directeurs consiste donc à trouver des solutions innovantes, d'autres leviers permettant de rendre leur hôpital attractif, sans créer pour autant une mise en concurrence entre établissements qui serait à terme néfaste pour la qualité globale des soins prodigués à la population.

Dès lors, dans un contexte de démographie médicale tendue, quels sont les leviers, nationaux ou locaux, financiers, organisationnels ou managériaux, que peut utiliser un directeur d'hôpital pour renforcer l'attractivité médicale de son établissement ?

Afin de tenter d'apporter une réponse à cette question, cette réflexion s'appuie sur le cas particulier du Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Orléans.

Le cas particulier du CHR d'Orléans :

Le nouveau CHR d'Orléans, dont l'inauguration officielle a eu lieu le 2 janvier dernier, a désormais plus d'un an d'existence. Il se situe dans une des régions à la démographie médicale la plus fragile, ce qui en fait un excellent cas d'école.

Il se trouve dans une situation intermédiaire, paradoxale à plusieurs égards, mais assez représentative toutefois des enjeux afférents aux établissements de taille importante et dénués de dimension universitaire.

La réalisation du nouvel hôpital, qui a débuté en 2008, est le résultat d'un investissement de plus de 700 millions d'euros et se traduit par la création de 171 lits supplémentaires, une situation aujourd'hui assez atypique. L'établissement bénéficie de ce fait d'une dynamique particulièrement forte, marquée par une croissance du volume de ses recettes d'activité de près de 7% en 2016. Il souffre néanmoins dans le même temps d'une situation financière extrêmement tendue, en partie liée à d'importantes dépenses d'intérim médical, et d'une dépendance forte aux fluctuations de sa démographie médicale en matière d'activité.

Le CHR d'Orléans est également dans une situation paradoxale au regard de sa situation géographique et institutionnelle. Il s'agit d'un établissement de recours important, dans une région où la précarité de la démographie médicale, tant libérale qu'hospitalière, lui confère un

rayonnement sur un vaste territoire de santé. Il est donc tenu à ce titre d'assurer ses missions de santé publique, et de pallier à la pénurie de l'offre de soins locale, voire régionale. Pour autant, il se trouve lui-même confronté à des difficultés de recrutement médical. Sans être aussi flagrantes que dans d'autres territoires, celles-ci en demeurent néanmoins d'autant plus critiques que l'établissement doit pouvoir répondre aux nombreux besoins de prises en charge induits tant par son statut d'établissement de recours que par le déficit d'alternative libérale au sein de l'agglomération comme de la région.

A cela s'ajoute que ce dernier, en tant que centre hospitalier régional, dispose d'un statut intermédiaire : établissement de recours dans de nombreuses spécialités, il ne bénéficie pas pour autant de la dimension universitaire d'un CHU, souvent plus attractive. Ce cas d'étude permet ainsi, de façon incidente, d'examiner également les atouts et limites d'un tel statut, nationalement peu répandu.

Une démarche au croisement de trois approches

Dans le cadre de ce travail, et au regard d'une actualité réglementaire importante, la démarche choisie a consisté à alterner les approches nationales, régionales ou au niveau de l'établissement, que ce soit pour l'analyse de la situation, de ses facteurs ou des solutions pouvant être apportées.

L'attractivité médicale au sein de l'hôpital public se révèle en effet un enjeu au croisement même de ces trois approches (nationale, régionale et propre à l'établissement), qu'il s'agit de conjuguer afin de s'adapter au mieux aux besoins de santé de la population, aux spécificités du corps médical, ainsi qu'à celles du territoire et de l'hôpital concerné.

Les évolutions nationales ont été appréhendées en priorité à travers une recherche documentaire fournie permettant de mieux appréhender le contexte dans lequel s'inscrit le CHR d'Orléans, les traits qui le caractérisent ainsi que les effets des efforts réglementaires au niveau local.

En parallèle, une recherche d'expériences comparables et de solutions innovantes en matière d'attractivité et de fidélisation du personnel médical a également été menée, à l'occasion de cinq entretiens réalisés avec des acteurs extérieurs appartenant à des structures variées (ARS centre val de Loire, FHF, EHESP, Direction d'établissement).

L'appréhension des enjeux territoriaux en Centre val-de-Loire a été facilitée par la participation à de nombreuses réunions régionales ou départementales portant, en partie du moins, sur la question de la démographie médicale. Celle-ci apparaît particulièrement préoccupante à cette échelle et encourage les acteurs hospitaliers à coopérer ensemble autour d'initiatives innovantes. La mise en place de conférences hospitalo-universitaires par discipline médicale permet par exemple aux professionnels de tous les établissements de se réunir par spécialité une fois tous les deux ans. Le but recherché consiste à fluidifier les circuits de prise en charge des patients mais également à optimiser les recrutements régionaux, en dessinant une gestion prévisionnelle des emplois médicaux.

A l'échelle du CHR enfin, deux missions de stage ont contribué à nourrir ma réflexion, à savoir la participation à la mise en place d'une cellule de recrutement et de management médical, et la réalisation d'une enquête sociale menée également auprès des médecins, pour la première fois.

L'état des lieux établi par le groupe de travail en charge de mettre en place ladite cellule, ainsi que les premiers éléments de solution proposés, ont permis de développer une approche très pragmatique et exhaustive des facteurs d'attractivité d'un établissement. Une telle cellule a de fait vocation à se composer en majorité de médecins. La tâche lui est notamment confiée de réfléchir, au-delà des leviers réglementaires et financiers, à l'ensemble des facteurs susceptibles d'attirer puis de fidéliser les médecins. A terme, elle est ainsi susceptible de se voir entre autres confier la tâche de rédiger le volet médical du projet social de l'établissement.

Elle pourra pour cela s'appuyer sur les résultats de l'enquête sociale menée auprès des médecins.

Ce retour d'expérience a été complété par des entretiens menés avec six médecins du CHR, aux spécialités et statuts variés (chefs de pôles, chefs de service, jeunes praticiens, assistants...).

Le CHR d'Orléans est confronté à des difficultés de recrutement médical aux causes multiples, tant nationales que locales, qui s'avèrent représentatives des défis rencontrés par certains centres hospitaliers de taille importante (I).

Au-delà des mesures financières et réglementaires, l'attractivité médicale, nécessaire à une qualité des soins optimale, se joue également à l'échelle des établissements en prenant en compte les nouvelles aspirations des praticiens en termes de parcours professionnels, de qualité de vie au travail et de management médical (II).

1 Le CHRO est confronté à des difficultés de recrutement médical aux causes tant nationales que locales, représentatives des défis rencontrés par certains centres hospitaliers de taille importante.

1.1 Dans le contexte d'une région à la démographie médicale peu favorable, le CHR se caractérise par une position ambivalente en tant qu'établissement de recours confronté à des difficultés de recrutement.

1.1.1 *Une région médicalement peu attractive, tant pour les praticiens hospitaliers que libéraux, susceptible de fragiliser l'offre de soins*

Une région à la démographie médicale en tension

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) classe la région Centre Val-de-Loire parmi les « *régions dites non-attractives* »¹⁴ au vu de la densité médicale du territoire.

De fait, ainsi que l'indique le Centre National de Gestion (CNG) dans son rapport de 2016, cette région se démarque par la densité médicale la plus faible de France métropolitaine, soit 268 médecins pour 100 000 habitants, un chiffre bien inférieur à la moyenne nationale (339.2)¹⁵. Cette situation concerne tant les médecins généralistes que les médecins spécialistes, en ville comme à l'hôpital.

La pénurie médicale de la région Centre – Val de Loire est particulièrement marquée concernant les médecins généralistes de ville. De fait, si la démographie régionale représente 4 % de la population nationale, le nombre de médecins généralistes libéraux ou mixtes s'y élève à 2021 professionnels selon les chiffres de 2016, soit 3,1 % des effectifs nationaux¹⁶. Dès lors, la région se caractérise par la densité médicale la plus faible de France métropolitaine, soit 85 médecins généralistes exerçant en ville pour 100 000 habitants, contre une moyenne nationale de 103¹⁷.

La précarité de l'offre de soins concerne également les spécialistes libéraux, de façon accrue dans certains départements tels que l'Indre où seuls trois gynécologues par exemple y exercent en ville¹⁸.

Or, au regard des liens d'interdépendances existant entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers, **ces difficultés d'accessibilité cumulatives ont tendance à reporter la demande de soins des spécialistes libéraux, en nombre insuffisant, vers les généralistes exerçant en ville, puis vers les centres hospitaliers lorsque l'alternative libérale n'est plus en mesure de répondre aux besoins de prise en charge.**

Pour autant, il est à noter que, quelle que soit la spécialité hospitalière considérée, la densité médicale de la région apparaît là encore inférieure à la moyenne nationale. De plus, la faible densité des autres professionnels de santé libéraux (infirmiers, sages-femmes...) ne facilite pas dans le même temps les sorties de l'hôpital, ce qui est susceptible d'allonger d'autant les durées moyennes de séjour dans certaines spécialités.

14 Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, 2016

15 CNG, Rapport2016, p115.

16 Source DREES : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2489>

17 Source DREES : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/frprof_sante_lib.asp-prov=BA-depar=BG.htm

18 Source DREES : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

Une population médicale vieillissante sans perspective de renouvellement des générations

Ce phénomène de précarité démographique globale est le résultat d'une diminution de la population médicale depuis 2007, plus marquée que dans les autres régions : les effectifs médicaux y ont baissé de 4% en dix ans, ce qui la démarque de la stabilisation du nombre de médecins observée au niveau national. La région enregistre plus particulièrement la deuxième baisse la plus importante du nombre de médecins généralistes, après l'Ile de France, avec une diminution de ces derniers de 13,1 % sur la période 2007-2016¹⁹. En outre, si le nombre de médecins spécialistes a augmenté, conformément à la tendance observée nationalement, la hausse des effectifs de 4% qui en a résulté demeure de plus faible ampleur que dans les autres régions métropolitaines²⁰.

Ceci tient en grande partie au nombre restreint d'installations de nouveaux médecins en région Centre-Val de Loire, ce qui suscite des projections encore plus alarmistes. Le vieillissement de la population médicale est en effet le principal corollaire d'un tel constat.

Ainsi, les médecins de plus de 60 ans représentent 29,2% des effectifs en activité, tandis que ceux de moins de 40 ans ne forment que 15,4 % de l'ensemble. L'écart de 13,8 points qui en résulte est un des plus élevés de France métropolitaine, la Corse mise à part. La part croissante des médecins retraités, laquelle s'est élevée de 15,4 % en 2007 à 24 % en 2015 souligne d'ailleurs la difficulté à répondre à la demande de soins qui en découle, laquelle semble inciter les professionnels de santé à retarder l'arrêt de leur activité.

De fait, le vieillissement de la population médicale laisse augurer une accélération du déficit médical dans les 5 à 10 ans à venir et, à terme, une éventuelle absence de renouvellement des générations. La DREES estime ainsi qu'un tiers de la population régionale se situe sous le seuil de vigilance à 5 ans en matière d'accessibilité aux soins, du fait des nombreux départs en retraite prévus²¹.

Le Loiret et le CHR d'Orléans : une position intermédiaire en termes d'attractivité médicale au sein de la région.

Sans bénéficier d'une densité médicale voisine de l'Indre et Loire, où se situe le CHU de Tours, le Loiret demeure dans une position plus enviable que les départements du sud de la région. Cette position médiane apparaît de façon manifeste au regard du différentiel entre les pourcentages de médecins entrants et sortants²² : alors que les installations de nouveaux praticiens compensent en grande partie les départs en Indre-et-Loire, l'écart est négatif de près de 15 points pour le Loiret, et de plus de 30 points pour l'Indre. Ces territoires enregistrent davantage de départs, en raison du vieillissement de la population médicale locale, sans qu'un nombre suffisant d'installations soit susceptible de faciliter le renouvellement des générations.

La faible attractivité régionale transparaît également dans le recours à des praticiens disposant d'un diplôme étranger. La région Centre-Val-de-Loire se caractérise par la plus grande proportion de médecins nouvellement inscrits disposant d'un diplôme étranger, soit 45,1%, ce qui met particulièrement en évidence le manque d'attractivité de ces territoires pour les professionnels de santé formés en France²³. Plus la démographie médicale apparaît

¹⁹ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, 2016 p 29

²⁰ Idem.

²¹ DREES, Portrait des professionnels de santé, février 2016, p 21.

²² Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en région centre, 2015

²³ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, 2016

préoccupante dans un département, plus le recours à ces derniers apparaît significatif (Fig.1). Le Loiret apparaît à ce titre à nouveau dans une position médiane.

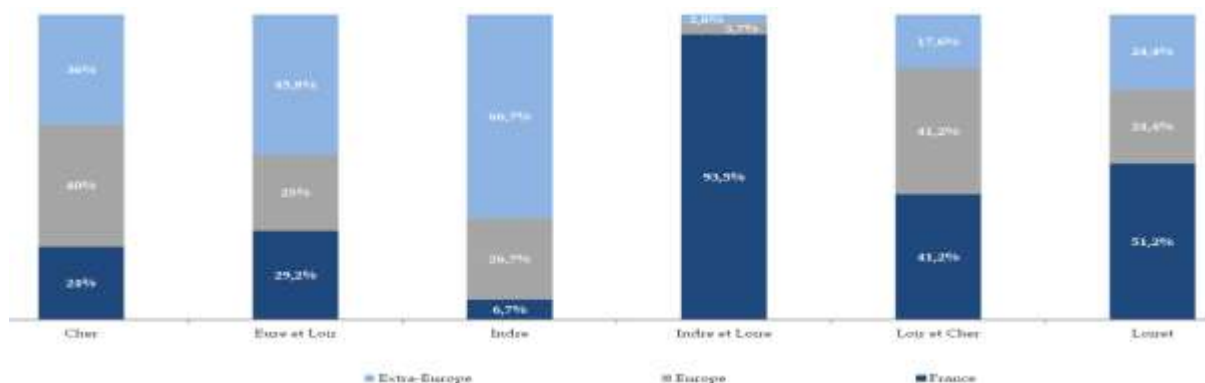


Fig. 1 : Origine des diplômes des nouveaux inscrits à l'Ordre à l'échelle départementale -2014²⁴

Le département du Loiret se caractérise toutefois par une densité de médecins généralistes en ville encore plus faible que dans la plupart des autres départements de la région Centre-Val de Loire : celle-ci n'y est que de 78 médecins pour 100 000 habitants, avec un âge moyen des praticiens particulièrement élevé, qui fait augurer une forte baisse du nombre de médecins généralistes de ville en activité d'ici 2020²⁵.

Une offre de soins fragilisée ?

Pour autant, faut-il considérer que cette démographie médicale fragilisée est nécessairement préjudiciable à l'état de santé de la population ?

Comme le souligne Pierre-Louis Bras, « *la très faible part de patients déclarant renoncer à des soins pour des raisons liées à l'éloignement* » ou aux délais d'attente pour une prise de rendez-vous, soit respectivement 0.1 et 0.5 % en 2013 selon Eurostat, « *incite plutôt à un certain scepticisme sur l'ampleur du problème* »²⁶.

Pour autant, il convient de rappeler que la population de la région Centre-Val de Loire, malgré un accroissement naturel faible, continue d'augmenter, ce qui ne fait qu'accroître le décalage face à la diminution du nombre de médecins, ainsi que le souligne le schéma suivant (Fig.2). Seule l'Indre et Loire bénéficie d'une évolution parallèle du nombre de médecins.



Fig.2 : Variation de la population (en bleu) et du nombre de médecins inscrits à l'Ordre (en rouge) en région Centre-Val-de-Loire²⁷

²⁴ Idem

²⁵ Idem.

²⁶ BRAS P-L., « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », Les Tribunes de la santé, vol. 50, no. 1, 2016, pp. 67-91

²⁷ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, 2016

De plus, la région est, tout comme l'ensemble du territoire national, confrontée au vieillissement de sa population, avec un indice de vieillissement (soit le nombre de personnes de plus de 65 ans rapporté à 100 personnes âgées de moins de 20 ans) particulièrement élevé, de l'ordre de 81 contre 71 en France métropolitaine.

Ceci induit nécessairement une demande de soins accrue à population constante.

Par ailleurs, si le taux de chômage ou le nombre de minima sociaux ne sont pas significatifs, la région est marquée historiquement par une proportion d'ouvriers importante, laquelle présente, selon les probabilités épidémiologiques, un état de santé plus fragile.

Alors que ce territoire se caractérisait dans les années 1980 par une sous-mortalité générale en comparaison des indicateurs de santé nationaux, ces derniers se sont largement dégradés dans la région depuis les années 2000, au point de voir apparaître désormais une surmortalité prématurée, liée notamment à une surmortalité par cancer.

Certes, cet état de fait ne peut être attribuable au déficit médical observé localement. Ainsi que le souligne l'observatoire régional, il n'existe aucune « *corrélation (...) entre les indicateurs d' « état de santé » et ceux d' « offre de soins »* » ; en revanche l'« *impact des facteurs socio-économiques* »²⁸ sur l'état de santé de la population est réel. Quoiqu'il en soit, il est indéniable que les patients concernés représentent une demande de soins accrue à laquelle il est fondamental de pouvoir répondre.

Surtout, il est important de rappeler qu'un territoire n'est pas uniforme et que les inégalités de répartition au sein même de la région sont de nature à renforcer dans certains espaces l'inadéquation entre offre et demande de soins.

1.1.2 Un établissement marqué par un déficit d'attractivité, variable selon les spécialités.

A l'image de son département, le CHR est concerné par des difficultés de recrutement dans certaines spécialités, telles que l'anesthésie-réanimation (taux de vacance de près de 44%), la médecine d'urgence (36%), l'imagerie ou encore l'ophtalmologie (Fig.3).

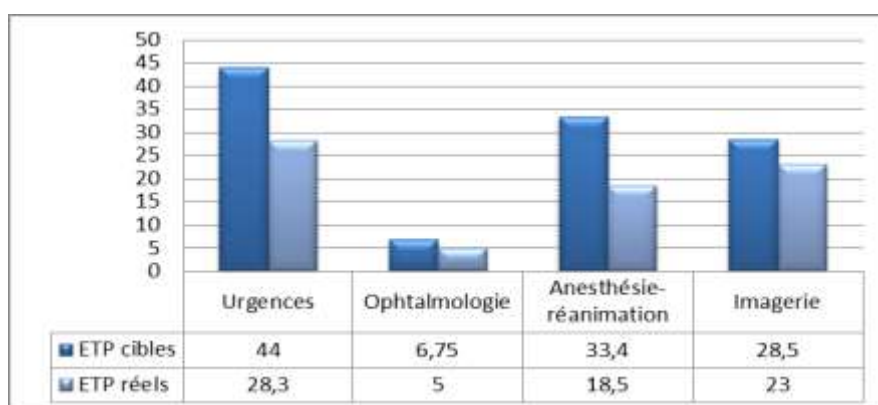


Fig. 3 : Difficultés de recrutement dans quelques spécialités au CHR d'Orléans – mai 2017²⁹

L'analyse de l'évolution des statuts des médecins présents au CHR depuis 2005 (Fig.4) peut également être révélatrice de telles difficultés, dans le contexte d'une augmentation globale des effectifs à l'occasion de l'ouverture du nouvel hôpital en 2015. La hausse du nombre de

²⁸ Observatoire régional de santé, les inégalités sociales et territoriales de santé en centre – val de Loire, 2016

²⁹ Source : Projet médical partagé du GHT du Loiret

praticiens attachés par exemple reflète en partie le recours à des praticiens à diplôme étranger ; celle des praticiens contractuels s'explique davantage par une politique RH qui se veut attrayante pour les jeunes médecins.

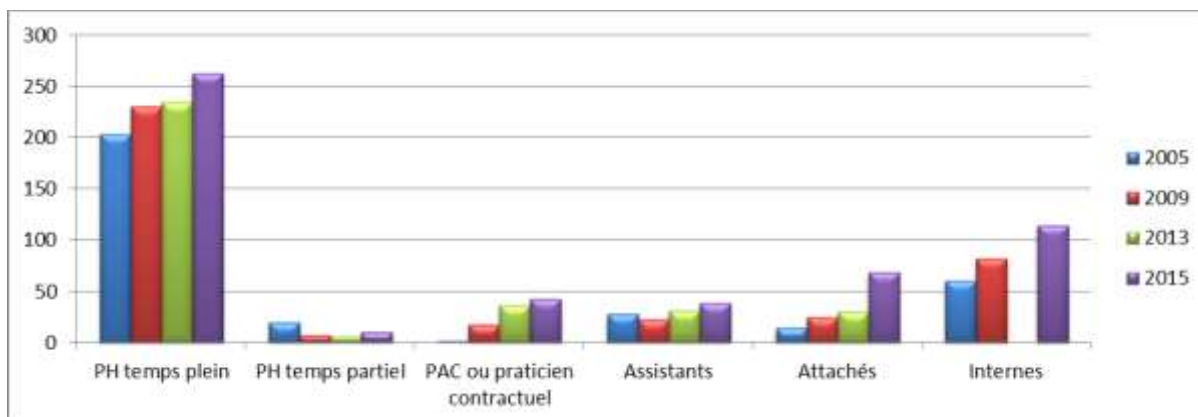


Fig.4 : Evolution de la structure de l'effectif médical de 2005 à 2015 en ETPR moyen³⁰

Le déficit d'attractivité auprès des internes est également manifeste dans certaines spécialités ou services. Pour le semestre courant de mai à novembre 2017, sur les 138 postes proposés à ce titre, 29 n'ont pas été choisis. Un des facteurs d'explication demeure certes l'anticipation de la réforme du 3^e cycle, dont la mise en application à compter de novembre 2017 a pu inciter certains étudiants en médecine à privilégier en amont un stage en CHU. Néanmoins, l'ampleur du phénomène constaté dans certains services - aucun interne en gynécologie obstétrique, un poste pourvu sur cinq proposés en cardiologie – laisse augurer de réelles difficultés et appelle une analyse plus approfondie.

Les internes représentent une population particulièrement cruciale pour un établissement de santé. Ils participent pleinement à la vie de l'hôpital et à son bon fonctionnement, en assurant notamment une partie des prises en charges médicales et des gardes. Le manque d'internes risque donc à son tour d'avoir un impact sur l'attractivité du service pour les praticiens, au regard de la charge de travail induite.

Deux impacts à plus long terme sont également en jeu : accueillir des internes demeure une voie fréquente aussi bien de recrutement des futurs praticiens hospitaliers que d'installation de jeunes médecins sur les territoires voisins de l'hôpital. C'est souvent durant ses années de formation que l'interne se construit sa vie et ses attaches géographiques. Si ce dernier n'a jamais eu l'occasion de découvrir l'agglomération orléanaise au cours de sa formation, ou de manière trop brève pour s'y faire des attaches, il est moins probable qu'il souhaite y commencer sa carrière.

Or, si le CHR est confronté à des problèmes de recrutement, de nombreux professionnels libéraux sont également en fin de carrière au sein de l'agglomération orléanaise, sans perspective de reprise de leur cabinet par de plus jeunes praticiens.

Dès lors, au regard des nombreux liens d'interdépendance existant entre la ville et l'hôpital en matière de santé, si le manque d'internes ne facilite pas l'installation de jeunes médecins

³⁰ Source : direction des affaires médicales du CHR, bilans sociaux 2005, 2009, 2013 et 2015.

libéraux dans l'agglomération, la faiblesse de la démographie des médecins libéraux pèse en retour sur le CHR.

Il lui faut en effet, au-delà de son activité de recours, être en mesure de répondre à la demande de soins induite par le manque d'alternative libérale au sein de l'agglomération orléanaise et des territoires alentours. Ceci requiert donc des effectifs médicaux supplémentaires au sein de l'hôpital, à demande de soin locale constante, pour des activités pourtant moins rémunératrices : le CHR se caractérise ainsi par une très forte activité de consultation externe, bien supérieure à ce qui serait attendu d'un établissement de sa taille, qui se traduit par une valorisation assez conséquente de près de 27 M€. Toutefois, ce chiffre s'explique avant tout par un volume très important de consultations peu rémunératrices, car relevant davantage de la consultation de ville que d'une expertise hospitalière.

Le manque d'attractivité médicale ne dispense pas non plus le CHR, de surcroît support de GHT et établissement de recours, d'assurer une permanence des soins de qualité dans les spécialités les plus cruciales pour la population, et notamment celle relevant de l'urgence. Il est d'ailleurs intéressant d'observer que la fermeture d'un cabinet de médecine de ville se traduit mécaniquement par une augmentation du nombre de venues aux Urgences. Cet enjeu représente un coût important pour l'établissement. Il conduit dans les disciplines les plus tendues au développement de dépenses d'intérim, particulièrement coûteuses, afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins médicaux.

L'emploi médical temporaire au CHR d'Orléans représente dès lors une dépense annuelle évaluée à 3.6M€ en 2017, contre 1.5M€ en 2014 et 2.7M€ en 2016, soit plus qu'un doublement du coût associé en trois ans. Le nombre de journées d'intérim concernées représentait 10 équivalent-temps plein (ETP) en 2016, soit 7 en anesthésie et 3 en médecine de l'urgence, pour un coût unitaire de l'ETP intérimaire évalué à 288 000€ par an en 2016 au sein du CHR³¹. Face à un coût moyen par PH estimé à 103 000€³² annuels, le surcoût lié à l'intérim s'élève donc à 185 000€ par ETP, soit 1.85M€ pour 10 ETP. Ceci représente près de 15% du déficit du CHR en 2016.

L'emploi médical temporaire se concentre dans les spécialités anesthésie-réanimation et urgences, où le poids de la permanence des soins est particulièrement lourd. Dans tous les services, les difficultés de recrutement peuvent également se traduire par une diminution de l'activité, tout aussi préoccupante pour l'offre de soins locale et l'équilibre financier de l'établissement.

De telles dépenses d'intérim ne sont pas considérées comme pérennes. L'objectif est avant tout de constituer des équipes de médecins en nombre suffisant pour assurer les lignes de garde sans décourager les praticiens restants et sans nuire à l'attractivité du service. Il s'avère en effet difficile d'amorcer les recrutements nécessaires en proposant au nouvel arrivant une charge de gardes particulièrement pesante. L'enjeu est donc de diminuer celle-ci grâce au recours à l'intérim, le temps de procéder à un nombre de recrutements suffisant pour assurer un fonctionnement normal du service.

Néanmoins, dans un contexte de déficit d'attractivité et de démographie médicale particulièrement tendue dans certaines spécialités, les dépenses d'intérim tendent non pas à

³¹ Source : direction des affaires médicales du CHR

³² Source : direction des affaires médicales du CHR

se réduire mais à se renforcer. Elles représentent bien souvent une double peine pour l'établissement considéré : elles sont à la fois le signe de ses difficultés de recrutement tout en grevant le budget de l'hôpital d'un poids financier important, alors même que le manque de médecins entraîne déjà bien souvent une perte d'activité et des ressources associées.

1.1.3 Un établissement de recours responsable à ce titre d'aider les établissements voisins à répondre aux besoins de santé de la population.

Face à ce constat, des conférences hospitalo-universitaires ont été instaurées à l'échelle de la région à partir de 2016. Elles ont pour but de faire se rencontrer les médecins par discipline une fois tous les deux ans afin de favoriser la coordination dans les parcours-patients. Elles permettent également d'établir un bilan de la démographie médicale propre à chaque spécialité.

A titre d'exemple, il est apparu en 2017 que plus de 50 % des professionnels de la spécialité d'anatomie et cytologie pathologiques prévoient de prendre leur retraite dans les dix années à venir. Il s'agit d'une des situations les plus alarmantes à l'échelle du territoire français en la matière : pour ce qui est du Loiret, sept praticiens travaillent actuellement au CHR d'Orléans, parmi lesquels trois ont plus de 50 ans. Le secteur privé est davantage en difficulté : plusieurs départs en retraite n'ont pas pu être remplacés et les deux professionnels restant sont tous deux âgés de plus de 60 ans. Ceci renforce la demande de soins qui pèse sur le CHR, laquelle se trouve encore accentuée du fait de la situation des départements voisins. En Eure et Loire notamment, il ne demeure dans cette discipline qu'un praticien au CH de Chartres et un praticien libéral pour quatre établissements de santé, lesquels souhaiteraient pouvoir arrêter leur activité dans les 5 à 10 ans à venir. Dès lors, l'activité du CH de Chateaudun est réalisée au CHR d'Orléans tandis que le CH de Chartres coopère avec ce dernier.

Il relève en effet de la mission de santé publique d'un établissement de santé, qui plus est de recours, d'aider les établissements voisins à répondre aux besoins de leur population.

Ceci peut se révéler toutefois difficile lorsqu'il s'avère nécessaire pour cela d'augmenter les effectifs médicaux dans des spécialités pourtant déjà en tension à l'échelle du CHR, voire de procéder à des recrutements pour le compte d'autres établissements. Ceci peut s'opérer en instaurant un partage de l'activité entre deux centres hospitaliers pour les nouvelles recrues. Certains praticiens de la spécialité peuvent également être mis à contribution lorsqu'une telle contrainte n'apparaît pas assez attractive pour assurer un recrutement ou lorsqu'il s'agit de participer à la permanence des soins d'un établissement dont le nombre de médecins ne lui permet plus de l'assurer par lui-même.

A titre d'exemple, le CH de Beaugency est un établissement à vocation essentiellement gériatrique. Il dispose néanmoins de 25 lits à vocation sanitaire, soit 13 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et 12 lits de médecine. Ceux-ci permettent de prendre en charge les patients âgés au plus près de leur famille, voire d'éviter des transferts entre établissements lorsqu'un problème de santé ne nécessite pas d'avoir recours aux compétences et matériels techniques du CHR.

Ces lits sont toutefois menacés de fermeture en l'absence d'un nombre suffisant de médecins permettant d'assurer la permanence des soins. L'ARS a donc fait appel au CHR d'Orléans afin que ce dernier vienne en aide à cet établissement, dans l'attente des recrutements nécessaires, en partie déjà réalisés à l'aide du CHR. Celui-ci a pu, au prix d'efforts significatifs,

organiser la continuité des soins en journée et en semaine. Dans cette dynamique, la direction a espéré parvenir à mobiliser les praticiens, libéraux ou non, afin d'assurer la permanence des soins, éventuellement au travers de solutions innovantes.

L'opposition de la plupart des médecins à ce projet pose la question de la pérennité des lits à vocation sanitaire au sein de la structure de Beaugency.

Cet exemple illustre ainsi les responsabilités qui pèsent sur les établissements de recours mais également les difficultés qu'ils rencontrent pour y faire face. Il est intéressant d'observer que les médecins du CHR opposés à ce projet ont immédiatement souligné le risque de difficultés de recrutement renforcées, voire de départs de certains membres de l'équipe, dans le cas d'un tel élargissement de la permanence des soins.

1.2 Cette situation résulte d'une conjonction de facteurs multiples, nationaux, locaux et institutionnels, dont certains sont propres au statut particulier d'un CHR.

1.2.1 *Un contexte national malthusien renforcé par l'évolution des attentes d'un corps médical en mutation*

Une démographie médicale en cours de renouvellement, résultat de l'évolution du numerus clausus

A l'échelle nationale, la « pénurie médicale » de certaines spécialités demeure le résultat des évolutions qui ont affecté le numerus clausus. Les effectifs de médecins dépendent principalement de cet outil de régulation national, et, dans une moindre mesure, de la durée des carrières ainsi que du nombre d'installations de médecins diplômés à l'étranger.

Cette « *régulation par les flux d'étudiants* »³³, qui fixe un nombre de places limité en seconde année d'études de médecine, a été mise en œuvre pour la première fois en 1971³⁴ afin d'assurer une adéquation entre le nombre d'étudiants de médecine et les capacités d'accueil des établissements hospitaliers universitaires chargés de dispenser la formation. Il s'agissait également, à la suite d'une période de forte croissance du nombre de professionnels de santé et d'une progression concomitante des dépenses d'assurance-maladie, de chercher à « *optimiser la couverture des besoins de santé dans un contexte de ressource rare* »³⁵. Le numerus clausus, fixé annuellement par arrêté, est néanmoins demeuré élevé jusqu'en 1978, ce qui explique aujourd'hui les nombreuses générations de médecins en fin de carrière.

Il s'agit là d'un levier puissant mais à effet différé en raison de la longueur des études de médecine. La forte chute du numerus clausus - de 8700 étudiants en 1977 à 3500 en 1993 - a ainsi conduit à un effet massif de réduction des effectifs de médecins, diplômés en France et âgés de moins de 60 ans. Il s'agissait d'éviter par ce biais une surconsommation de soins au coût social important. Face à l'imminence de départs en retraite très importants, le numerus clausus a été à nouveau augmenté à compter de 1999, avec une progression importante jusqu'en 2006, passant de moins de 4000 à plus de 7000 places par an. La hausse a été ensuite plus modérée jusqu'en 2011, date à laquelle il a quasiment retrouvé son niveau de 1977 avec près de 8000 places. Depuis 2012, et en l'absence de perspectives démographiques claires, un gel par défaut du numerus clausus semble privilégié.

³³ DREES, Portrait des professionnels de santé, février 2016, p 84.

³⁴ Arrêté du 21 octobre 1971

³⁵ ONDPS, rapport 2013-2014

Cet instrument puissant et aux effets de long terme, fortement critiqué pour la « *gestion en dents de scie et à court terme* »³⁶ qui en est faite (il est prévu pour 5 ans et réajusté chaque année), explique en grande partie les évolutions de la démographie médicale, décorrélées de celles de la population.

L'effet du numerus clausus est toutefois atténué par l'installation d'un nombre croissant de professionnels de santé titulaires d'un diplôme étranger, qu'ils soient de nationalité française ou non. Leur influence croissante sur la démographie médicale tend d'ailleurs à rendre caduques les projections démographiques, à questionner l'efficacité du numerus clausus et à réinterroger sa pertinence. Ceci pourrait même à terme « *faire redouter un excès d'offre* »³⁷ selon l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS).

Dans l'intervalle, la conjonction de nombreux départs en retraite parmi les générations de médecins à numerus clausus élevé, avec l'existence de « *générations médicales creuses* », et l'arrivée seulement récente (depuis 2007-2009) des premières générations à numerus clausus plus élevé, explique le hiatus actuel et le difficile renouvellement des générations dans une période de démographie médicale particulièrement tendue (2015-2022).

Il faut également noter que la démographie de chaque spécialité dépend en grande partie des places accordées à chaque discipline à l'issue des Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui donnent accès, après la sixième année, au troisième cycle des études de médecine (internat). Le facteur démographique pèse ainsi lourdement pour certaines spécialités et notamment celle d'anesthésie-réanimation dont le creux démographique ne devrait pas se résorber avant 2020, toutes choses égales par ailleurs.

Des disparités territoriales qui résultent de la liberté d'installation.

A la faiblesse démographique, s'ajoute également le principe de la liberté d'installation. Héritage historique particulièrement sensible, celui-ci permet à un médecin de s'installer dans le territoire de son choix, quelle que soit la dotation en médecins de ce dernier, ce qui peut également expliquer les disparités territoriales en termes de démographie médicale, principalement pour les professionnels libéraux.

Une diminution du temps médical renforcée par les nouvelles aspirations du corps médical.

Le manque de temps médical est encore renforcé par les évolutions en cours au sein du corps médical. En effet, ainsi que le souligne notamment le rapport Le Menn³⁸, « *le rapport des jeunes praticiens à leur travail et aux hiérarchies professionnelles se transforme au gré des évolutions de la société et dans un contexte de féminisation rapide de la société* »

Les nouvelles aspirations des jeunes professionnels concernant la conciliation vie privée / vie professionnelle, participent ainsi de la **raréfaction du temps médical disponible, y compris à effectif constant.**

Il n'est plus question pour les jeunes générations d'envisager leur profession comme un « *sacerdoce* ». De fait, une enquête réalisée en 2013 auprès des internes d'Ile de France³⁹

³⁶ Idem

³⁷ Idem

³⁸ LE MENN, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Rapport, 2015

³⁹ Etude TNS Sofres/SIHP, « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile de France », mai 2013.

avaient mis en lumière le caractère primordial des critères tels que « *l'ambiance de travail agréable* » et « *l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée* », jugés au moins « très importants » par près de 86 % des répondants.

Une diminution du temps médical disponible renforcée par la mise en conformité avec la réglementation européenne sur le temps de travail.

Au sein du secteur hospitalier, plusieurs réformes ont eu pour objectif de s'aligner sur la réglementation européenne en matière de temps de travail à l'hôpital public. Trois réformes ont ainsi contribué à marquer « *le passage à une nouvelle philosophie du temps de travail pour les médecins hospitaliers* »⁴⁰ :

- L'arrêté du 8 novembre 2013⁴¹ introduit une meilleure valorisation des astreintes pour les praticiens seniors, en intégrant au sein du temps de travail effectif le temps déplacé à l'hôpital en période d'astreinte, ainsi que des temps non cliniques.
- La circulaire ministérielle du 22 décembre 2014⁴² a quant à elle entraîné une réforme du temps de travail des urgentistes, en identifiant notamment un temps dédié au travail posté de 39 heures et un temps forfaitisé réservé aux activités non cliniques. *
- Enfin, la réforme du temps de travail des internes⁴³ a également diminué leurs obligations de services.

Ces réformes impliquent une diminution du temps médical disponible, évaluée à 20 % dans le cas des médecins urgentistes. Pour ces derniers, selon une enquête inter-CHU réalisée en janvier 2015, c'est ainsi 277 ETP supplémentaires qui seraient nécessaires au sein des CHRU pour aboutir à l'effectif médical cible, en prenant comme base 39 heures de temps clinique posté⁴⁴. Ceci apparaît d'autant plus problématique qu'il s'agit là d'une profession à la démographie tendue, que ce soit nationalement ou localement au sein du CHR : plus de 100 postes demeurent ainsi vacants au sein des CHRU.

D'abord considérées comme une simple mise en conformité avec le droit européen, ces réformes du temps de travail ont été revendiquées comme un facteur d'attractivité par certaines organisations syndicales de médecins à partir d'octobre 2015, dans le contexte de la concertation mise en place autour du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public.

1.2.2 Les contraintes de l'environnement hospitalier peuvent expliquer une « crise » des médecins, susceptible de fragiliser l'attractivité de l'hôpital public.

⁴⁰ DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des danaïdes ou investissement d'avenir ? », Revue hospitalière de France, n° 572, 2016, pages 32-39.

⁴¹ Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁴² Circulaire DGOS no 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

⁴³ Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes

⁴⁴ DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des danaïdes ou investissement d'avenir ? », Revue hospitalière de France, n° 572, 2016, pages 32-39

Le fonctionnement hospitalier peut expliquer un certain déficit d'attractivité de l'hôpital public qui, allié à un hiatus dans la démographie médicale et à des disparités territoriales, explique parfois des situations particulièrement précaires.

Le poids de la permanence des soins :

Les gardes associées à l'exercice hospitalier sont jugées peu attractives dans le contexte des nouvelles aspirations des praticiens. De plus, depuis la réforme de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) intervenue en 2003⁴⁵, laquelle ne relève plus désormais que du volontariat, l'hôpital se trouve ainsi confronté à un **double « désavantage comparatif »** : les cliniques disposant d'un service d'urgences mises à part, les médecins qui travaillent dans un hôpital public sont de plus en plus les seuls à supporter le poids de la permanence des soins. A cela s'ajoute le fait que le transfert de la PDSA vers les urgences hospitalières a entraîné une intensification croissante du travail des Urgentistes, facteur de pénibilité accrue. Ceci est d'autant plus complexe que le poids de ces gardes concerne en priorité des spécialités (médecine d'urgence, anesthésie-réanimation, radiologie, gynécologie obstétrique, pédiatrie), à forte participation à la permanence des soins. De plus, des difficultés de recrutement dans ces disciplines entraînent mécaniquement un alourdissement des lignes de garde pour le reste de l'équipe déjà sous tension, ce qui ne fait que renforcer le déficit d'attractivité du service concerné, en favorisant même parfois la démission de certains praticiens.

La mise sous contrôle d'une activité jusque-là considérée comme un art souverain :

C'est plus généralement une « crise » du médecin hospitalier qui semble s'observer. Selon Gérard de Pouvourville, « *L'identité traditionnelle des médecins est fondée sur l'excellence clinique et la notoriété scientifique* »⁴⁶, ainsi que sur trois sources de pouvoir professionnel que sont le monopole des soins, la préséance dans la hiérarchie des soins et l'autonomie de la pratique médicale.

Or, le cadre dans lequel s'inscrit la pratique médicale hospitalière est depuis plusieurs décennies en plein bouleversement, via un encadrement croissant par des règles et des recommandations externes en pleine expansion.

Depuis la loi dite « Kouchner » du 4 mars 2002⁴⁷, les exigences des patients, devenus acteurs de leur propre santé, se renforcent. Ceux-ci ont le plus souvent consulté internet pour s'auto-diagnostiquer avant de se rendre chez le médecin, ils sont ainsi beaucoup plus enclins à discuter l'avis médical donné. De même, les contrôles réalisés par des acteurs extérieurs au soin, tels que les Analyses de Pratiques Professionnelles (APP) réalisées en référence à des recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de Santé (HAS), soulignent bien une perte de confiance sociétale dans l'infaillibilité du médecin, autrefois autorité souveraine et quasiment vénérée pour sa fonction.

La création des pôles d'activités⁴⁸ a également eu un impact fort sur l'organisation hospitalière en entraînant une modification de la hiérarchie médicale, de l'organisation et de la gestion hospitalière. De fait, les chefs de service sont désormais placés sous l'autorité d'un médecin

⁴⁵ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003.

⁴⁶ de POUVOURVILLE, G. « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », Le journal de l'école de Paris du management, vol. 86, no. 6, 2010, pp. 22-29.

⁴⁷ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁸ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

chef de pôle, ce qui crée de nouvelles hiérarchies médicales, inconnues jusqu'alors. De plus, les chefs de pôle, nommés par la direction après avis du médecin Président de Commission Médicale d'Établissement (CME), portent désormais la responsabilité des objectifs de productivité et de performance via « *une logique de transfert de la responsabilité des équilibres financiers sur les équipes médicales* »⁴⁹. Ils ont ainsi un rôle à jouer dans les projets d'optimisation et de coordination tout en y impliquant les chefs de service et par extension l'ensemble des médecins.

Enfin, cette réforme a eu pour objectif de favoriser l'ouverture des services qui formaient jusqu'alors des unités médicales autonomes, des bulles où pouvaient s'exercer une responsabilité professionnelle en quasi-totale indépendance.

L'influence des avancées technologiques

Les avancées technoscientifiques concourent de la même manière à une « *transformation accélérée d'un art individuel libre vers une pratique médicale collective* »⁵⁰.

Les nouvelles technologies (chirurgie assistée par robot, télémédecine...) sont en passe de faire basculer l'hôpital de « *l'artisanat médical* » vers « *l'industrie du soin* »⁵¹, ce qui induit des pratiques multidisciplinaires de travail en équipes, une parcellisation des tâches impliquant de manière croissante des professionnels non médicaux, ainsi qu'une mesure de la productivité.

Une exigence accrue de mesure de la productivité dans un contexte de finances contraintes
Surtout, les évolutions financières, managériales et organisationnelles à l'œuvre au sein de l'environnement hospitalier peuvent expliquer la « crise » que connaissent certains médecins en les amenant à modifier leur conception du soin ainsi que les représentations qu'ils se faisaient de leur métier. L'art médical se trouve ainsi confronté aujourd'hui à une exigence de mesure de sa productivité (temps consacré à chaque acte, coût de chaque acte, durée de séjour). Ainsi que le souligne le CNOM, « *Cantonné depuis Hippocrate à l'efficacité thérapeutique quel qu'en soit les moyens, le médecin doit désormais contribuer à l'équilibre financier de la protection sociale* »⁵².

Les dernières réformes hospitalières ont toutes œuvré en ce sens :

- La loi HPST tout d'abord a donné davantage de pouvoirs aux directeurs d'hôpital afin de lui permettre d'orienter la stratégie médicale de son établissement.
- La réforme du financement des hôpitaux par la mise en place de la T2A⁵³ conduit à une plus grande quantification du temps dévolu à chaque prise en charge, via le calcul de la durée de séjour ou des coûts induits pour chaque acte, ainsi qu'à une comptabilisation du temps de travail médical.

⁴⁹ de POUVOURVILLE, G. « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », Le journal de l'école de Paris du management, vol. 86, no. 6, 2010, pp. 22-29.

⁵⁰ VALLANCIEN G., « Le médecin du XXIe siècle. Sa place et son rôle », Le Débat 2011/5 (n° 167), p. 80-99.

⁵¹ Idem

⁵² Conseil de l'ordre national des médecins, rapport « Les médecins dans leur environnement », 2009

⁵³ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

- Celle-ci a encore été accrue par la mise en œuvre depuis 2002 des repos de sécurité, de la Réduction du Temps de Travail (RTT)⁵⁴ et du Temps de Travail Additionnel (TTA), qui permettent de compenser respectivement le temps de garde, ainsi qu'un travail hebdomadaire supérieur aux obligations de service.

Cette gestion du temps médical, contraire aux pratiques de la profession, a pu entraîner une nouvelle représentation sociale du praticien hospitalier, et par la même une certaine forme de « **désacralisation** » de son métier, en favorisant un **contrôle renforcé du travail effectué dans le temps imparti**. La conjonction d'une recherche d'optimisation du coût des soins et de comptabilisation au plus juste du temps médical ne peut de fait qu'engendrer une **recherche de productivité médicale**.

Ces évolutions ont dès lors pu engendrer chez certains médecins un sentiment de manque de reconnaissance du rôle clé qui est le leur et du caractère si particulier de leur métier, face à ce qu'ils ressentent comme une organisation impersonnelle sur laquelle ils n'ont plus vraiment de prise.

La concurrence des structures privées et de l'emploi temporaire

De tels bouleversements peuvent expliquer une concurrence accrue de l'emploi médical temporaire et des structures de santé privées. Celles-ci profitent de la souplesse dont elles disposent pour offrir la possibilité aux praticiens d'organiser leur temps de travail selon leur souhait, et de recruter les équipes de soignants de leur choix en bénéficiant d'une plus grande autonomie. Ils ont ainsi une prise directe sur l'organisation de leur lieu de travail, sans être le plus souvent soumis au poids de la permanence des soins.

Le choix du statut d'intérimaire quant à lui apparaît parfois comme un moyen d'alléger la pénibilité du travail hospitalier, notamment pour les médecins urgentistes. Ainsi que le souligne le rapport consacré à l'emploi médical temporaire, « *confrontés à une situation de tension professionnelle, des urgentistes verraient dans les missions de courte durée une porte de sortie progressive d'un exercice médical qui ne leur convient plus, privilégiant le temps partiel tout en garantissant un bon niveau de revenus* »⁵⁵. En revanche, le recours à l'intérim peut au contraire engendrer un stress supplémentaire pour le reste de l'équipe lorsqu'il s'agit de travailler au quotidien avec des collègues inconnus, peu habitués au fonctionnement propre de l'établissement et indifférents à ses enjeux de long terme.

Cette préférence pour l'intérim touche également d'autres spécialités également structurées autour de l'urgence et à forte participation à la permanence des soins, telles que la radiologie et l'anesthésie-réanimation. Il s'agit en effet de spécialités qui s'accommodent plus facilement de missions temporaires que la plupart des autres disciplines.

Ces choix s'expliquent également par un différentiel de rémunération public / privé important, lequel contribue au départ de nombreux jeunes praticiens vers le secteur libéral, une fois leur assistantat leur permettant d'accéder au secteur 2 achevé.

⁵⁴ Circulaire DHOS/M 2 n°2002-425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers.

⁵⁵ VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013

Ce facteur est plus ou moins prégnant selon les spécialités, puisque certaines s'envisagent plus difficilement en ville. Ainsi, l'étude réalisée en région Centre - Val de Loire entre 2009 et 2014 sur une cohorte de médecins nouvellement inscrits à l'ordre montre que cinq ans plus tard 100% des gériatres ou internistes continuent d'exercer en tant que salarié, tandis que tous les médecins des spécialités d'anatomie et cytologie-pathologiques ou d'ophtalmologie ont abandonné ce mode d'exercice⁵⁶.

Le différentiel d'attractivité des différentes spécialités à l'issue des ECN souligne toutefois l'impact d'un tel facteur puisque les disciplines qui s'exercent majoritairement en libéral, telles que l'ophtalmologie ou la radiologie pour lesquelles le différentiel de rémunération est particulièrement marqué, figurent en tête des choix des étudiants.

Cet état de fait, allié au creux démographique que connaissent certaines de ces disciplines, expliquent dès lors d'importantes difficultés de recrutement pour des métiers (radiologie, anesthésie-réanimation) pourtant indispensables à la permanence des soins des hôpitaux.

1.2.3 Une situation intermédiaire, entre CH et CHU, dans une région consciente de sa moindre attractivité

Selon le rapport relatif à l'emploi temporaire, « *la situation est plus critique dans les hôpitaux de petite taille et de taille moyenne (...). Les grands centres hospitaliers demeurent attractifs en raison du profil d'activité qu'ils offrent aux équipes, spécialisée, de recours, sur des plateaux techniques plus importants. (...) ces hôpitaux ne connaissent des difficultés de recrutement que transitoires et limitées* »⁵⁷. Il est de fait indéniable que le CHR d'Orléans jouit dans sa région d'une attractivité bien plus forte que les autres établissements de plus petite taille. Pourtant, l'assertion selon laquelle il ne connaîtrait que des difficultés transitoires et limitées est à relativiser.

Une attractivité médicale ambivalente liée à un statut intermédiaire entre CHU et CH

Avec 1200 lits de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et près de 109 000 séjours hospitaliers, le CHR est sans conteste un établissement de taille importante. Néanmoins sa situation intermédiaire, entre CHU et CH, semble expliquer une attractivité médicale plus ambivalente.

En tant que CHR, son plateau technique très développé, et entièrement renouvelé dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital, est salué par l'ensemble des médecins interrogés. Le robot chirurgical représente à lui seul un argument de recrutement important pour les jeunes chirurgiens.

Néanmoins, l'absence de dimension universitaire constitue un handicap malgré la taille de l'établissement. Elle présente certes l'avantage, souligné par certains médecins, d'induire une hiérarchie médicale bien moins pesante que dans un CHU, qui facilite l'émergence de projets portés par de jeunes praticiens. Mais elle entraîne également un case-mix moins attractif pour le corps médical, d'autant qu'en l'absence d'alternatives libérales, le CHR doit aussi répondre à la demande de soins de base de la population. Il se caractérise de ce fait par un profil d'activité assez atypique pour sa taille : bien qu'en progression de 5 %, son Poids Moyen des Cas Traités (PMCT) demeure globalement inférieur de 13 % à la moyenne des CHU en 2016.

⁵⁶ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en région centre, 2015

⁵⁷ VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013

Or, le CHR d'Orléans ne dispose pas pour répondre à l'ensemble de ces demandes de prise en charge des strates intermédiaires de formation existantes au sein d'un CHU, et qui permettent le plus souvent d'assouplir le travail des praticiens séniors. Ce sont par conséquent les mêmes ressources médicales qui sont chargées de répondre à la demande de soins de base comme d'expertise, tout en assurant la permanence des soins. Bien qu'établissement de recours, le CHR d'Orléans peut s'avérer à ce titre moins attractif pour un praticien sénior.

Le service de gynécologie-obstétrique du CHR dispose par exemple de 14 praticiens pour une double ligne de garde, soit une garde par semaine pour chacun d'entre eux. La présence de trois internes permet d'alléger le poids de la permanence des soins, mais leur aide demeure sans commune mesure avec le confort de travail qu'apporte la présence de 11 internes au CHU de Tours, laquelle permet aux praticiens séniors de n'être sollicités durant leur garde que pour les situations les plus critiques. L'absence d'interne sur ce semestre a encore aggravé la situation, d'autant que le CHR d'Orléans accueille chaque année plus de 4800 naissances (4801 en 2015⁵⁸ contre 3655 pour le CHU de Tours⁵⁹). Bien que certains facteurs inhérents au service puissent expliquer cet état de fait, la lourdeur de la permanence des soins pour les internes au CHR constitue une raison significative à prendre en compte.

Une situation renforcée par un nombre d'internes historiquement plus limité dans une région, confrontée à la concurrence de Paris et du littoral Atlantique

Le passage en troisième cycle des études de médecine, qui permet de se spécialiser après six ans d'études, est conditionné depuis 2004 par les ECN. En fonction de leur rang de classement aux épreuves, et après validation de leur dernière année de deuxième cycle, les étudiants choisissent un poste d'interne, c'est-à-dire à la fois une spécialité et une subdivision géographique (un lieu de formation), dans une liste arrêtée conjointement par les ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur (30 spécialités, 28 subdivisions).

Or, la région Centre - Val de Loire se caractérise historiquement par un nombre d'internes plus restreint, soit 800 à 1000, de même que l'ensemble des régions limitrophes de l'Ile de France. Malgré un fort mouvement de rééquilibrage dont a beaucoup bénéficié la région, le Centre - Val de Loire n'a pas pu rattraper entièrement son retard en matière de dotation d'internes : au titre de l'année universitaire 2017-2018, 220 postes d'internes seront ouverts dans la région⁶⁰, sur un total national de 8281, soit 2.7% des internes pour une région représentant 4% de la population nationale. Ce territoire illustre selon l'ONDPS un cas où la « *régulation dysfonctionne* », dans la mesure où elle se caractérise par une densité de médecins plus faible que la moyenne nationale associée à un numerus clausus peu élevé, ainsi qu'à un nombre de postes d'internes proposés et pourvus également faible.

Il faut dire que la faculté de médecine de Tours a également un nombre de Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (PUPH) ou chefs de clinique restreint. Ceci limite d'autant les capacités de stage supplémentaires (au sein du CHU de Tours ou des autres établissements de la région), nécessaires pour pouvoir absorber une augmentation du nombre de postes d'internes. Le hiatus démographique, valable quant à lui pour l'ensemble du territoire

⁵⁸ Les chiffres-clés 2015 – CHR d'Orléans

⁵⁹ Les chiffres-clés 2015 – CHU de Tours

⁶⁰ Arrêté du 6 juillet 2017 fixant au titre de l'année universitaire 2017-2018 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire

national, renforce encore ce phénomène puisque ce sont ainsi les générations médicales moins nombreuses (issues d'un numerus clausus peu élevé) qui sont en charge aujourd'hui de former un nombre croissant d'internes.

De surcroît, un phénomène de saturation semble apparaître en Centre - Val de Loire, ce qui souligne en parallèle la faible attractivité régionale : ainsi que le montre le graphique suivant (Fig.5), l'augmentation du nombre d'internes en 2014 s'est traduite par une diminution du taux d'adéquation de 100% à près de 90% entre nombre de postes ouverts et nombre de postes pourvus, ce qui tend à démontrer que les candidats ont choisi d'autres subdivisions pour effectuer leur internat. Ceci s'inscrit aussi dans le contexte de la mise en place d'un taux d'inadéquation de 107% par un arrêté de 2015⁶¹, lequel impose désormais un excédent de 7% dans le nombre de postes d'internes proposés dans chaque spécialité. Les étudiants en médecine ont ainsi davantage de marges de manœuvre pour choisir leur subdivision géographique. La région Centre-Val de Loire étant depuis la fusion des régions la seule à ne comporter qu'une seule faculté de médecine, elle risque également de souffrir à ce titre d'un déficit d'attractivité.

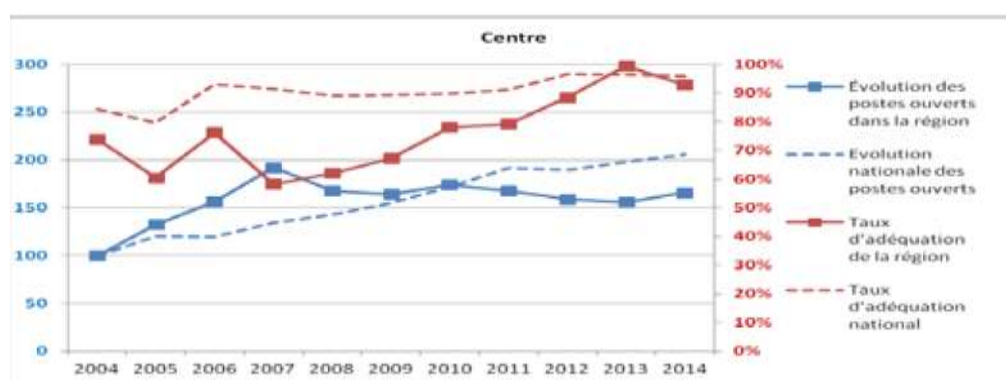


Fig. 5 : Comparaisons entre les évolutions régionale et nationale du nombre de postes d'internes ouverts et du taux d'adéquation afférent⁶²

Au-delà de la répartition des postes d'internes, il est enfin à noter que la région se caractérise par un taux de fuite important des médecins à l'issue de leur formation : en 2013, la fidélité des médecins à leur lieu de formation s'y révèle parmi les plus basses de France métropolitaine, avec 41.6% des médecins exerçant dans la région en y ayant obtenu leur diplôme, contre 64.8% à l'échelle nationale.

Ceci peut s'expliquer par l'attractivité supérieure des régions limitrophes, Paris comme le littoral Atlantique, mais également par le mécanisme même des ECN qui aboutit à redistribuer les internes sur le territoire dans des régions dont ils ne sont pas originaires. Ce phénomène conduit d'ailleurs à remettre en cause la capacité réelle du numerus clausus régionalisé à répondre aux nouveaux objectifs qui lui ont été fixés en 2010, à savoir la prise en compte « *des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés* »⁶³, dès lors que les ECN déplacent la moitié des étudiants en médecine⁶⁴.

⁶¹ Arrêté du 20 février 2015 fixant un taux d'inadéquation pour les choix de postes semestriels des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie

⁶² ONDPS, rapport 2015

⁶³ Article L631-1 du code de l'éducation, loi du 7 juillet 2009 1

⁶⁴ ONDPS, rapport 2013-2014

La recherche d'un équilibre territorial susceptible de détériorer la situation relative du CHR.

La présence d'internes au sein d'un service est souvent d'autant plus fondamentale que l'équipe médicale est de taille restreinte. Face au poids de la permanence des soins, les services peu dimensionnés sont souvent bien plus fragiles et un ou deux départs suffisent la plupart du temps à enclencher une spirale de perte d'attractivité et de fuite des praticiens. Les internes permettent d'apporter un certain confort de travail, au risque parfois d'en oublier l'objectif premier de formation du stage.

La réforme du 3^e cycle a donc pour objectif de recentrer la première phase de l'internat, dite phase socle, sur les CHU afin de s'assurer du contenu pédagogique des stages.

Il s'agit là d'une opportunité pour le CHR : ce dernier a obtenu de nombreuses accréditations pour la phase socle, dans la mesure où le CHU de Tours n'est pas en mesure d'accueillir l'ensemble des internes de première année s'il souhaite conserver également quelques internes plus avancés dans leur formation. Le service des urgences notamment bénéficie largement de cette réforme car, dans l'esprit de la réforme, le nombre de postes d'internes de phase socle adressés au CHR a augmenté, au détriment des établissements périphériques.

Toutefois, cette réforme suscite également des inquiétudes face au risque pour certains services de ne plus pouvoir accueillir des internes en fin de formation, au moment où ils sont les plus autonomes et les plus précieux pour diminuer la charge de travail d'une équipe, car ceux-ci seraient dorénavant adressés en priorité aux établissements périphériques.

Ceci est encore accentué pour le CHR d'Orléans par la volonté louable de la faculté de médecine de Tours et de l'ARS de promouvoir une meilleure répartition des internes, en plaçant la formation au service de la démographie médicale des territoires. L'idée est en effet de lutter contre la concentration des internes le long de l'axe ligérien (Tours, Blois, Orléans), en diminuant leur nombre de postes respectifs, afin de permettre aux futurs médecins de découvrir les autres territoires, et notamment le Cher ou l'Indre, pour tenter ainsi de favoriser à terme l'installation de jeunes professionnels dans ces territoires. C'est ainsi 15 postes d'internes sur 153 qui ont à ce titre été fermés au CHR d'Orléans par la commission d'adéquation pour le semestre de mai à novembre 2017.

Par ailleurs, le déficit d'attractivité médicale de la région implique pour le CHR la nécessité de pallier la pénurie médicale des établissements voisins, en encourageant ses équipes médicales à exercer sur plusieurs établissements. Ceci demeure néanmoins très peu attractif pour les médecins, voire un frein à certains recrutements, au regard notamment des distances importantes qui caractérisent le GHT du Loiret. Ainsi que le souligne l'enquête sociale réalisée auprès des médecins en mars 2017, seuls 34.5% de ces derniers considèrent l'engagement territorial du CHR comme une opportunité.

Enfin, il arrive que les difficultés de recrutement du CHR d'Orléans soient au contraire plus importantes que celles des établissements voisins. Le cas des urgentistes illustre bien ce phénomène : au sein du GHT du Loiret, alors que le CH de Gien est proche de l'effectif cible, le CHR ne dispose que de 28.3 ETP pour un effectif ciblé évalué à 44 ETP. La pénibilité explique en grande partie cet écart dans la mesure où, à salaire égal, la tension professionnelle est bien plus forte dans un établissement de recours de taille importante. Les urgentistes

peuvent donc être tentés au cours de leur carrière de privilégier à terme un établissement de plus petite taille, afin d'éviter une trop grande usure professionnelle.

Dans le cas des médecins urgentistes, la concurrence est donc double pour le CHR : celle de l'intérim et celle des petits établissements, plus attractifs. Ces deux phénomènes peuvent même se conjuguer lorsqu'un petit établissement recrute sur des missions de courte durée des médecins déjà sous contrat de praticien hospitalier dans un autre hôpital.

Cette pratique irrégulière a été acceptée de façon dérogatoire en Lorraine car les grands établissements n'y rencontraient pas de difficultés de recrutement dans cette spécialité. Cela permet de remédier à la pénurie des urgentistes dans les établissements de petite taille où la faible dimension des équipes médicales ne permet pas d'assurer un auto-remplacement durant la période estivale.

Dans le Loiret, où les difficultés de recrutement concernent cette fois les grands établissements, une telle pratique mettrait en revanche en péril la continuité des soins : le CHR est déjà obligé de pallier son manque d'effectif en ayant recours à du temps de travail additionnel. Ouvrir la possibilité de réaliser, à la place de ce TTA, des missions temporaires moins pénibles et plus rémunératrices dans les petits établissements voisins pourrait à terme priver le CHR du temps médical nécessaire pour assurer la continuité des soins, au risque de l'obliger à son tour à avoir recours à davantage d'intérim.

Cette hypothèse suffit à démontrer comment un contexte de rareté de la ressource médicale est susceptible d'entraîner une spirale de l'intérim et une surenchère entre les établissements d'un même territoire, défavorable à la qualité des soins, et préjudiciable à l'équilibre financier global du système de santé.

Est-ce dire pour autant que les obstacles démographiques, financiers et organisationnels sont insurmontables et les directeurs condamnés à l'impuissance face à une spirale inéluctable ?

L'exemple du service de médecine interne du CHR d'Orléans, qui ne souffre d'aucune difficulté de recrutement, montre toutefois l'absence de fatalité et la possibilité d'œuvrer en faveur de l'attractivité médicale. L'attrait d'un tel service semble de fait reposer sur trois leviers qui ont permis sa reconstruction après une période de crise, grâce à un cercle cette fois vertueux : un management médical renouvelé a permis de procéder à de nouveaux recrutements qui ont peu à peu allégé les conditions de travail des praticiens du service. Par ailleurs, les projets médicaux qui s'y développent désormais se révèlent attractifs pour les nouvelles recrues.

L'attractivité semble ainsi le fruit de leviers nationaux comme locaux, financiers, organisationnels ou managériaux.

2 Au-delà des mesures financières et réglementaires, l'attractivité médicale se joue également à l'échelle des établissements en prenant en compte les nouvelles aspirations des praticiens en termes de parcours professionnels, de qualité de vie au travail et de management médical

2.1 Le plan pour l'attractivité de l'hôpital public témoigne d'une prise de conscience nécessaire, même si les mesures proposées se révèlent en pratique d'une efficacité variable.

2.1.1 Le plan pour l'attractivité s'inscrit dans une lignée de mesures réglementaires qui tentent de prendre en compte les évolutions du corps médical, sans pour autant révolutionner les fondamentaux.

Dans un contexte de pénurie médicale et de concurrence avec l'offre privée, les marges de négociation salariale des directions des affaires médicales sont relativement limitées, compte tenu des contraintes réglementaires qui encadrent strictement la rémunération et la gestion statutaire du personnel médical à l'hôpital public.

Pour les Praticiens Hospitaliers statutaires (PH temps plein et PH temps partiel), la rémunération correspond à une grille à laquelle il n'est pas possible de déroger. Pour les Praticiens Contractuels (PC), une marge de négociation existe avec un plafond qui correspond au 4^e échelon de la grille des PH temps plein augmenté de 10%. Un établissement ne peut toutefois pas contractualiser avec un médecin pour une durée supérieure à deux ans lorsqu'il s'agit d'occuper un poste de PH vacant, et la réussite au concours de PH peut donc entraîner dans un premier temps une baisse de rémunération pour le PH contractuel.

Les mesures de la loi HPST en faveur de l'attractivité médicale

Plusieurs mesures ont témoigné ces dernières années d'une prise de conscience des nouvelles aspirations du corps médical, ainsi que de la nécessité de favoriser une gestion davantage stratégique des ressources médicales.

Dès la loi dite HPST du 21 juillet 2009, la création du contrat de clinicien hospitalier ainsi que des Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) ont démontré une volonté de restaurer l'attractivité de l'hôpital public.

Le contrat de clinicien a pour objectif de favoriser le recrutement de médecins « *par contrat, sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus* »⁶⁵, grâce à une rémunération attractive : la rémunération totale (part fixe et variable) est librement négociée dans la limite que constitue le 13^e échelon du corps des PH temps plein augmenté de 65%. La détermination de la part variable, en fonction de l'atteinte ou non des objectifs fixés contractuellement, est un outil managérial tant pour le directeur qui en arrête le montant que pour le chef de pôle qui propose celui-ci. Le nombre de contrats offerts résulte d'une négociation de l'établissement avec l'ARS. A titre d'exemple, le CHR a ainsi obtenu la création

⁶⁵ Décret n° 2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrats sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus

de neuf postes de cliniciens dans des spécialités où les difficultés de recrutement étaient particulièrement fortes, telles que l'anesthésie-réanimation ou la sénologie notamment. Il s'est agi le plus souvent d'attirer des médecins en début de carrière.

Cette nouvelle possibilité prend ainsi acte du fait que le statut de praticien hospitalier n'est plus en mesure de correspondre aux attentes de jeunes radiologues ou anesthésistes, au regard du différentiel de rémunération qu'ils peuvent espérer en travaillant dans le secteur privé. Ce statut temporaire – limité à une durée de 6 ans – permet ainsi de générer de l'ancienneté le temps que le statut de PH devienne plus acceptable. Un hiatus demeure cependant lorsque le contrat de clinicien prend fin, au risque de ne favoriser pour certains qu'une attractivité de court terme.

Les étudiants signataires d'un CESP perçoivent quant à eux une allocation mensuelle brute de 1200 euros jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés dans les zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement correspond à la durée de versement de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans. La majorité des postes sont ouverts en médecine générale mais ce dispositif couvre également des spécialités telles que la cardiologie, la radiologie ou l'ophtalmologie, permettant à des étudiants d'accéder à des spécialités recherchées, auxquelles ils n'auraient pas accès autrement compte tenu de leur rang de classement national à l'issue des ECN.

En 2014, 136 candidats sur 7860 affectés à l'issue des ECN étaient signataires d'un CESP⁶⁶.

La loi HPST a également promu les postes d'assistants spécialistes partagés, lesquels permettent de pallier à la pénurie de postes de post-internat (chefs de clinique et assistants) dans une période marquée par l'augmentation du nombre d'internes, tout en favorisant l'installation de jeunes médecins dans des établissements (CH) moins attractifs.

Il s'agit d'un post-internat de deux ans durant lequel l'assistant spécialiste travaille sur deux établissements, comprenant ou non un CHU. Le CH concerné s'engage à l'issue de cette période à créer un poste de PH, sur lequel l'assistant pourra postuler. L'ARS coordonne les créations de postes d'assistants partagés et participe le plus souvent au financement de tels postes. Ceci permet au CHR d'accueillir davantage de jeunes médecins en espérant les fidéliser à terme.

Le plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public

A la suite de plusieurs rapports⁶⁷ et des premières mesures visant à favoriser un allègement du temps de travail médical⁶⁸, le plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital

⁶⁶ DREES, portrait des professionnels de santé, 2016

⁶⁷ TOUPILLIER D., Exercice médical à l'hôpital, Rapport, septembre 2011.

VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

FHF, L'Amélioration de l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital, 2014.

LE MENN, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester,

⁶⁸ Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Circulaire DGOS no 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR

public a été présenté le 2 novembre 2015. Structuré en trois axes et douze mesures, il a pour ambition de développer une vraie politique globale en la matière en incluant dans son périmètre tant les droits sociaux et statutaires que les conditions d'exercice des médecins.

Ce travail a abouti à l'automne 2016 à l'annonce puis à la mise en œuvre de cinq mesures prioritaires, ainsi qu'à la signature d'un protocole d'accord pour la poursuite des concertations.

L'harmonisation des droits sociaux⁶⁹ des médecins sous statut contractuel avec ceux des PH était nécessaire pour renforcer l'équité au sein du corps médical, y compris pour les jeunes professionnels, en assurant à tous un maintien de la rémunération en cas de maladie ou de maternité. Le droit désormais accordé aux PH en année probatoire de réduire leur quotité de temps de travail, sur accord du directeur, sans attendre leur nomination à titre permanent vise quant à lui à mieux répondre aux aspirations des nouvelles générations de médecins.

L'homogénéisation de la rémunération du Temps de Travail Additionnel (TTA) et des astreintes⁷⁰, en supprimant la distinction entre astreinte de sécurité et astreinte opérationnelle, ainsi que celle entre TTA de jour et TTA de nuit, a pour conséquence une augmentation de la rémunération des médecins, de même que la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée⁷¹. Cette dernière représente l'opportunité pour l'hôpital de mieux optimiser l'utilisation de ses plateaux techniques sur la plage horaire concernée, et de se rendre davantage attractif pour certains patients intéressés par une offre de soins proposée en fin de journée.

Une Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (PECH)⁷² a également été mise en place. Celle-ci permet aux praticiens contractuels et aux assistants des hôpitaux de s'engager, par la signature d'une convention passée avec le directeur d'un établissement de santé public, à exercer sur un poste dans une spécialité définie comme en tension localement ou nationalement.

Le praticien concerné s'engage à se présenter à chaque session du concours national de PH, à se porter candidat sur un poste dans l'établissement et à effectuer trois ans de services effectifs à compter de sa réussite au concours. En contrepartie, l'hôpital s'engage à lui proposer un emploi à temps plein sous un statut de personnel médical hospitalier jusqu'à sa nomination en tant que PH au sein de l'établissement, et à lui verser pendant toute la durée de la convention des émoluments mensuels au moins équivalents à ceux du premier contrat, ainsi que la PECH.

Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes

⁶⁹ Décret n° 2017-161 du 9 février 2017 relatif aux droits à congés et aux conditions d'exercice de certains personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux

⁷⁰ Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁷¹ Arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée

⁷² Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux

Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière

Le montant de cette prime diffère selon le statut du poste. Elle s'élève ainsi à :

- 10 000€ pour une spécialité en tension au niveau national, c'est-à-dire celles qui se caractérisent par un taux de vacance statutaire supérieur à 20 % au taux de vacance moyen toutes spécialités confondues, pour un nombre de postes statutairement vacants de plus de 250 PH temps plein, soit au titre de 2016 l'anesthésie-réanimation et l'imagerie.
- 20 000€ pour une spécialité en tension au niveau local, définie par arrêté du directeur général de l'ARS, sur proposition des directeurs d'établissements et après avis de la commission régionale paritaire.
- 30 000€ pour une spécialité qui cumule les deux difficultés.

La PECH est versée en deux fois, la moitié dans le mois de signature de la convention, la seconde dans le mois de nomination du PH en période probatoire.

Il est également possible de bénéficier d'un gain d'ancienneté de deux ans si le praticien s'engage, par voie d'avenant, à exercer trois années supplémentaires après cinq années de services effectifs à compter de la date d'effet de la convention. Cet avancement accéléré permet ainsi d'insuffler une nouvelle dynamique dans les carrières hospitalières en introduisant une part de modularité en début de parcours.

La fidélisation des médecins est aussi recherchée via une mesure supplémentaire, non prévue dans le plan d'action : la création d'un second pallier pour l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif (IESPE). Au bout de 15 ans, le bénéficiaire de l'IESPE verra désormais son indemnité passer de 490 à 700€ bruts mensuels.

Enfin, le remplacement de la prime multisites par une prime d'exercice territorial⁷³ doit permettre de mieux prendre en compte les réalités du terrain afin de soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire. Les conditions d'octroi sont élargies puisque que les praticiens contractuels y sont désormais éligibles et qu'une demi-journée d'exercice sur un autre site suffit à donner droit à ladite prime, à condition que ce dernier soit distant d'au moins 20 km. Quatre niveaux de primes brutes mensuelles sont définis en fonction de la quotité de temps d'exercice territorial :

- ½ journée par semaine : 250€
- 2 à 3 demi-journées par semaine : 450€
- 4 demi-journées par semaine : 700€
- Plus de 4 demi-journées ou 4 demi-journées sur trois sites : 1000€.

Cette prime peut représenter une opportunité très intéressante, dans le cadre d'un parcours individuel contractualisé, pour un jeune médecin par exemple, à qui elle peut apporter un complément de rémunération, en attendant de gagner un peu d'ancienneté. Elle est dans ce cas un élément d'attractivité non seulement pour l'établissement support, qui peut lui proposer ainsi une meilleure rémunération, mais également pour les plus petits établissements qui bénéficient ainsi d'un temps médical dont leur attractivité propre ne leur permettrait pas de jouir autrement. Elle est de plus un facteur d'encouragement à une meilleure coordination des soins via le développement d'un exercice territorial des équipes médicales, tel que voulu par l'esprit des GHT.

⁷³ Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques

L'impact de ces mesures à l'échelle du CHR d'Orléans :

La réforme du temps de travail des urgentistes a dû être mise en place en deux temps, au regard du nombre de postes vacants déjà existant dans cette spécialité. Le temps posté est fixé en 2017 à 44 heures avant une pleine application de la réforme au 1^{er} janvier 2018.

En ce qui concerne les mesures du plan d'action, la réglementation relative à la PECH est certes stabilisée depuis mars pour les anesthésistes-réanimateurs et les radiologues mais à l'échelon local, la concertation est encore en cours afin de connaître les priorités des différents établissements. En pratique, le CHR serait prêt à signer de telles conventions mais le dispositif n'a pas à ce jour suscité de candidature sur les spécialités en tension au niveau national.

L'homogénéisation des droits sociaux et le second pallier de l'IESPE ont été mis en œuvre : ce dernier n'a toutefois concerné a priori que des praticiens qui ont fait toute leur carrière à l'hôpital et qui n'ont aucune volonté d'en partir.

La valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée n'est quant à elle pas une priorité dans le contexte de l'ouverture du nouvel hôpital à la capacité augmentée.

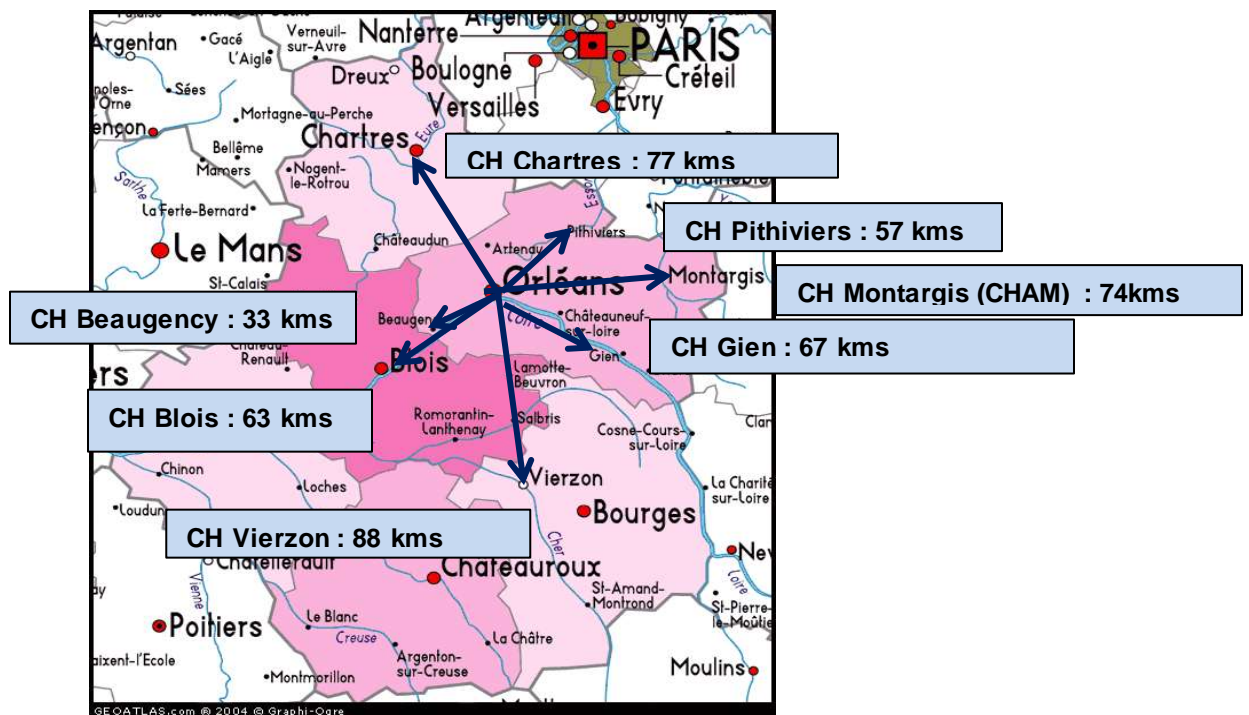
Ces différents exemples soulignent ainsi les limites de ces mesures, du fait notamment de la pluralité des situations rencontrées sur le terrain.

2.1.2 La mise en œuvre de ces mesures sur le territoire peut toutefois s'avérer compliquée voire risquée, soulignant les limites de la réglementation.

La prime d'exercice territoriale

Elle représente certes un apport de rémunération supplémentaire pour un professionnel de santé dont la pratique est déjà multisites. Mais elle n'est alors pas un facteur d'attractivité en tant que telle et relève davantage de l'effet d'aubaine.

Son caractère attractif semble devoir dépendre en grande partie du territoire concerné : dans une région densément peuplée qui se caractérise par des établissements de santé relativement proches les uns des autres, une telle prime peut apparaître comme un avantage comparatif, à condition toutefois que la distance entre les centres hospitaliers concernés ne soit pas inférieure à 20 km. En revanche, dans une région en majorité rurale telle que le Centre-Val de Loire, il convient de garder à l'esprit que les établissements sont nécessairement éloignés les uns des autres, du fait d'une densité de population moindre, ce qui représente souvent un frein à la mobilité des médecins.



Celle-ci serait pourtant nécessaire à la continuité territoriale dans l'accès aux soins, dans un territoire où les plus petits établissements sont confrontés à une véritable pénurie médicale. Pour autant, la prime ne semble pas suffisante pour rendre un tel exercice territorial attractif, d'autant que les plus jeunes médecins ont souvent envie de privilégier leur intégration dans l'équipe qu'ils viennent de rejoindre, ainsi que leur formation, laquelle se fait en priorité au sein d'établissements de la taille du CHR.

Considérer les jeunes praticiens comme une variable d'ajustement territorial risque donc de nuire profondément à l'attractivité du CHR d'Orléans, sans parvenir pour autant à conforter le corps médical des établissements les plus isolés.

En revanche, la prime peut avoir un impact si elle s'intègre dans un parcours professionnel contractualisé avec le nouvel arrivant, en lui proposant par exemple d'accepter d'être mobile pendant une période de deux ans en contrepartie de cette rémunération supplémentaire, avant d'obtenir un poste à temps plein au sein du CHR.

Si quelques cas existent ainsi dans l'établissement, l'exemple du service d'anatomopathologie, où le chef de service préfère réaliser lui-même les déplacements à Chartres et Châteaudun afin notamment de ne pas nuire à l'attractivité du service auprès des jeunes professionnels, semble souligner que la portée de la prime demeure, à ce jour pour le moins, limitée.

Les possibilités de prolongation d'activité.

Le plan d'action a également entraîné une modification statutaire afin de permettre la prolongation d'activité jusqu'à 70 ans et le cumul emploi-retraite jusqu'à 72 ans pour les médecins. Il s'agit de pouvoir faire face à court terme au défi de la démographie médicale. Cette mesure a l'avantage d'être particulièrement efficace au regard des effectifs importants de médecins dans les tranches d'âges concernées. Ainsi que le souligne l'étude de la DREES sur l'évolution de la population médicale d'ici à 2040, la simulation d'un allongement des carrières d'un an à compter de 2016 entraîne dès cette année-là un « effectif projeté de médecins (...) supérieur à 0,5% à celui du scénario tendanciel. L'écart d'effectifs culmine à 2

% en 2022, puis diminue jusqu'à 0.8% en 2040. »⁷⁴ Malgré tout, il peut demeurer important de s'interroger sur le caractère souhaitable ou non d'un allongement des carrières jusqu'à 72 ans, dans toutes les spécialités, au regard des objectifs de qualité et de sécurité des soins. Surtout, il est difficile de considérer une telle mesure comme un facteur d'attractivité, dès lors que la prolongation du poste de PH ainsi occupé, empêche de proposer ledit poste à un jeune professionnel.

Les mesures catégorielles

De même, l'établissement de mesures catégorielles en faveur notamment des anesthésistes et des radiologues (via la PECH), apparaît pertinent au regard des difficultés de recrutement particulières de ces professions, ainsi qu'en raison de leur rôle clé dans le fonctionnement d'un établissement de santé (circuit de l'urgence, chirurgie...). Néanmoins, ces mesures demeurent insuffisantes pour combler le différentiel de rémunération considérable qui existe entre les secteurs public et privé pour ces spécialités. A quelques exceptions près, la prime nationale, versée de façon homogène à l'ensemble des jeunes radiologues et anesthésistes même dans les établissements où leur recrutement est aisé, est donc susceptible de créer des effets d'aubaine pour ceux qui ont déjà fait le choix de l'exercice hospitalier, sans pour autant convaincre les autres jeunes professionnels concernés.

Concernant la PECH pour les spécialités en tension au niveau locale, qui présente quant à elle l'avantage de reconnaître les spécificités territoriales, il est fondamental que celles-ci soient définies à l'échelle du GHT afin d'éviter des effets d'opportunisme et d'attractivité inversée. Dans le cas contraire, et en l'absence d'un fort rôle de régulateur joué par l'ARS, les établissements sans problème de recrutement dans une spécialité sont susceptibles d'être confrontés à un début de démantèlement de leur service du fait d'une mise en concurrence avec les établissements voisins qui proposent une prime supérieure, à moins que l'attractivité propre du service ne soit en capacité de contrebalancer cet attrait financier.

Sauf à parvenir à attirer des spécialistes libéraux ou étrangers, il convient de souligner que l'attractivité se joue à moyens constants, la mise en concurrence entre établissements voisins risque donc à terme d'être néfaste pour la qualité globale des soins prodigués à la population.

Ces mesures catégorielles peuvent enfin entraîner des incompréhensions et des tensions en interne, au sein de la communauté médicale. Il reste délicat de créer trop de distorsions entre les différentes spécialités au sein d'un établissement, alors qu'il y a déjà des divergences croissantes entre les statuts proposés aux médecins.

Les politiques de gestion du travail

Enfin, l'attractivité des politiques de gestion du temps médical apparaît elle aussi ambivalente. Cet enjeu est aujourd'hui présenté comme central dans la politique d'attractivité à destination des praticiens, ce qui souligne une forte prise de conscience des nouvelles aspirations du corps médical. La seconde séquence de concertation dans le cadre du plan d'action semblait devoir privilégier à nouveau cette thématique puisque les axes de travail choisis avaient trait à l'incitation à la reconnaissance des valences non cliniques, à la consolidation des modalités de gestion du temps de travail médical ou encore à la reconnaissance de l'impact des sujétions liées à la permanence des soins.

⁷⁴ BACHELET M., ANGUIS M. (DREES), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats*, n°1011, mai 2017

Or, deux aspirations coexistent ainsi au sein du corps médical qui s'avèrent difficiles à concilier : l'autonomie dans l'exercice professionnelle, assurée le plus souvent par le décompte du temps de travail en demi-journées, la possibilité accordée d'exercer en libéral à l'hôpital ou de réaliser des activités d'intérêt général deux demi-journées par semaine, et la meilleure valorisation du temps de travail.

Face aux demandes, ceci a abouti à la mise en place d'un décompte horaire du temps de travail posté (39 heures) avec en parallèle une forfaitisation du temps de travail dit institutionnel pour les urgentistes.

De fait, ainsi que le soulignait le rapport Le Menn, « *l'intensification du travail dans certaines spécialités – telles que la médecine d'urgence – fait apparaître des iniquités entre praticiens* »⁷⁵, laquelle pouvait expliquer en partie les difficultés de recrutement croissantes rencontrées au sein des services d'Urgences.

Le plan d'action pour l'attractivité a complété ces mesures pour les autres spécialités via l'homogénéisation de la rémunération du TTA et des astreintes ainsi que la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée.

Toutefois, si cette meilleure valorisation du temps de travail a pour but d'entraîner une diminution de la pénibilité, ainsi qu'un complément de rémunération susceptibles de restaurer l'attractivité de l'hôpital public face au poids désormais peu partagé de la permanence des soins, elle ne sera capable de remplir cette mission que dans la mesure où des recrutements complémentaires permettront de compenser cette diminution du temps médical afin de faire face à la demande de soins ; or, ceci peut s'avérer difficile dans un contexte démographique et financier tendu.

De plus, la réforme du temps de travail des urgentistes a l'inconvénient en l'état de favoriser au final ceux qui s'investissent le moins dans la vie institutionnelle, puisque le temps consacré aux tâches afférentes fait l'objet d'un forfait quelles que soient le nombre d'heures qui y sont dédiées, contrairement au décompte horaire des heures de travail posté.

L'attractivité médicale est indiscutablement un enjeu prioritaire pour les établissements de santé, et la plupart des mesures du plan d'action présentent l'intérêt de prendre en compte tant les nouvelles aspirations du corps médical que la pénibilité propre à certaines spécialités médicales, confrontées aujourd'hui à une intensification de leur travail face à l'absence d'alternative libérale (services d'urgences par exemple). Il est certes encore prématuré de chercher à faire le bilan de ces mesures puisque les décrets nécessaires à leur mise en place sont particulièrement récents.

Toutefois, la tendance qui se dessine vers une typologie de plus en plus développée des statuts comme des spécialités médicales, ainsi que vers des revalorisations catégorielles, peut interroger non seulement la cohérence du modèle, mais également la capacité des hôpitaux à faire face à l'ensemble de ces mesures, à budget constant.

⁷⁵ CHALVIN P., « Le Temps de travail médical, un enjeu d'attractivité : analyse et propositions de la mission Le Menn », *gestions hospitalières*, n°553, 2016.

2.1.3 Le défi de la surenchère financière pose la question de son efficacité.

Les mesures catégorielles de ces dernières années ont représenté un coût particulièrement important pour les budgets des établissements hospitaliers, notamment au regard du plan triennal d'économies qui leur a été fixé. Elles sont donc sources d'injonctions contradictoires pour les directeurs des hôpitaux à qui l'on confie la mission de restaurer l'attractivité médicale sans pour autant grever l'équilibre financier de l'établissement.

A titre d'exemple, selon l'enquête inter-CHU réalisée en janvier 2016, la nouvelle valorisation des astreintes pour les praticiens séniors a entraîné pour les CHRU un surcoût moyen de 26%, avec un impact moyen de 770 000€ par établissement en année pleine⁷⁶. La réforme des urgences engendre quant à elle une augmentation de l'effectif cible équivalente à 277 ETP, pour un coût moyen par établissement évalué à 1,2 M€⁷⁷. Enfin, le surcoût de la réforme du temps de travail des internes se chiffre quant à lui à 4,5 M€ pour l'ensemble des CHRU⁷⁸, les coûts de la permanence des soins des internes demeurent en effet à la charge des établissements d'accueil.

A cela se sont ajoutées plus récemment les mesures du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. Le financement de ce dernier relevait d'une logique selon laquelle il permettrait de « *diminuer les dépenses d'intérim dans les établissements, et que cette économie serait utilisable pour absorber les coûts du plan* »⁷⁹. Or, les mesures propres à lutter contre les dérives de l'emploi temporaire, le plafonnement des dépenses d'intérim et la création d'un pool de praticiens remplaçants notamment, n'ont pas encore été mises en œuvre à ce jour, contrairement aux mesures les plus dispendieuses. Il en ressort donc à nouveau des injonctions contradictoires pour les établissements de santé, censés financer des dépenses de personnel médical croissantes, sans crédits associés, alors même que leurs recettes (les tarifs de la T2A) sont eux en diminution.

A titre d'exemple, pour le CHR d'Orléans, le surcoût évalué des principales mesures du plan d'action, calculé sur l'effectif médical de 2014, soit un budget de 47 M€, s'élève à près de 750 000€ en année pleine, hors homogénéisation des droits sociaux et PECH. A cela s'ajoutent les réformes du temps médical des urgentistes et anesthésistes, pour un coût global d'un peu plus de 770 000€, ainsi que toutes les autres revalorisations catégorielles mises en place ces dernières années. Le surcoût est donc au total supérieur à 1,5 M €, soit une augmentation en quelques années de plus de 3 % du budget lié aux personnel médical, les revalorisations du point d'indice mises à part, sans pour autant que les dépenses d'intérim ne cessent d'augmenter.

Un tel impact budgétaire ne peut donc qu'interroger sur l'efficacité des mesures mises en œuvre au nom de l'attractivité médicale. Certaines d'entre elles, comme l'homogénéisation des droits sociaux, sont indiscutables afin de mettre un terme à des iniquités infondées.

⁷⁶ DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des Danaïdes ou investissement d'avenir ? », *Revue hospitalière de France*, n° 572, 2016, pages 32-39.

⁷⁷ Idem

⁷⁸ idem

⁷⁹ DREXLER A., « Attractivité médicale : comment traduire, sur le terrain, les annonces ministérielles ? », *Revue hospitalière de France*, n°573, 2016, pages 50-55.

D'autres, telle que la prime d'exercice territorial, apparaissent essentielles pour encourager la coordination des parcours de soin dans le cadre des GHT.

En revanche, pour d'autres, le différentiel entre le gain obtenu par les médecins et le surcoût global de la mesure peut interroger sur l'efficacité réelle des mesures concernées au regard de l'attractivité recherchée. La revalorisation des gardes des internes effectuées le week-end par exemple n'entraîne qu'un gain financier symbolique pour ces derniers, soit 9 euros net par week-end, mais un coût financier global pour les CHRU de 5 M€ en année pleine, pour un public de professionnels médicaux en formation, pour qui la question de l'attractivité ne se pose pas encore.

Surtout, l'impossibilité de concurrencer le secteur privé sur le terrain de la rémunération, du moins en ce qui concerne les spécialités en tension comme les anesthésistes et les radiologues, pose la question de savoir si une telle surenchère financière, avec les effets d'aubaine qu'elle est susceptible d'entraîner, relève davantage de l'« *investissement d'avenir* » ou du « *tonneau des Danaïdes* »⁸⁰.

De plus, selon l'enquête sur l'exercice médical dans les établissements publics de santé, réalisée auprès des médecins de 305 établissements en 2011 dans le cadre de la mission Toupillier⁸¹, les attentes des professionnels de santé portent en priorité sur l'amélioration des conditions de travail, la qualité du management médical ou l'intérêt des projets médicaux.

Les textes réglementaires et les revalorisations financières ne semblent dès lors pas en mesure de constituer à eux-seuls un choc d'attractivité : elles nécessitent le plus souvent pour être efficaces de s'accompagner des évolutions de pratiques propres à répondre aux attentes des praticiens. Or, celles-ci relèvent avant tout d'une impulsion institutionnelle et innovante à l'échelle de chaque établissement. De telles transformations sont certes plus longues et difficiles à mettre en place mais leurs effets se révèlent souvent structurels.

Les directeurs des affaires médicales retrouvent à cette occasion une marge de manœuvre puisqu'il leur appartient, en coopération avec le management médical, de chercher les leviers innovants capables de renforcer l'attractivité de leur établissement et de maintenir intacte la motivation des médecins qui y exercent.

2.2 Il apparaît nécessaire de réfléchir à d'autres facteurs d'attractivité, en prenant en compte les nouvelles aspirations des praticiens en termes de parcours professionnels, de qualité de vie au travail et de management médical

Le concept d'hôpital magnétique met en avant l'idée selon laquelle « *les incitatifs non économiques sont d'aussi puissants sinon de plus efficaces « prédicateurs de comportements » que les variables jouant sur le revenu* »⁸². Cette théorie, née au début des années 1980 à la suite des travaux d'un groupe de l'American Academy of Nursing, prend en compte la spécificité de la mobilisation des personnels hospitaliers, qui n'est pas seulement liée à la rémunération.

⁸⁰ DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des danaïdes ou investissement d'avenir ? », *Revue hospitalière de France*, n° 572, 2016, pages 32-39.

⁸¹ TOUPILLIER D., *Exercice médical à l'hôpital*, Rapport, septembre 2011.

⁸² COLLIN A., DEMANET Q., PAUL E., « Magnétisme hospitalier et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, n°544, 2015, pages 184-189.

Le levier financier n'est donc pas le levier exclusif d'action et d'autres facteurs d'attractivité, tels qu'un projet dynamique, des perspectives d'évolution ou de bonnes conditions de travail sont susceptibles de faire adhérer des médecins aux valeurs et à une carrière hospitalière, d'autant que l'hôpital possède l'avantage comparatif de permettre la recherche clinique et la montée en compétences.

La théorie du « *magnet hospital* » permet de déplacer la focale face à l'enjeu de l'attractivité médicale en centrant son attention sur la qualité des soins. Ce sont la qualité des soins, ainsi qu'un environnement de travail agréable, qui doivent être recherchés de concert afin d'attirer tant les patients que les professionnels. L'objectif n'est pas de recruter un médecin, mais de fidéliser un praticien de qualité.

Le concept plus récent de « *marque employeur* », qui ne s'adresse pas en premier lieu au monde hospitalier, présente quant à lui l'intérêt de bien souligner combien des facteurs d'attractivité tels que l'environnement de travail, la politique RH ou d'autres avantages assurent à une entreprise une attractivité propre pour des employés potentiels en construisant une identité et une image distinctive de l'organisation.

Ce concept reflète en effet l'idée que se font tant les salariés internes que les candidats potentiels de l'entreprise ainsi que des conditions de travail qu'elle offre. Ainsi que le souligne Dominique Crié « *affirmer l'identité de l'entreprise, sa culture, ses avantages employeurs, est une arme pour attirer les talents* »⁸³. Une politique d'attractivité envers les employés doit donc se développer selon deux axes : œuvrer à assurer un environnement de travail, des perspectives et un attachement aux valeurs de l'entreprise propre à fidéliser les personnels ; capitaliser sur cela afin de développer la réputation et l'image de l'organisation pour attirer de nouveaux candidats potentiels. Selon Viot et Benraïss-Noailles, « *La marque employeur est une promesse d'emploi unique à destination des employés actuels et potentiels qui s'appuie sur les bénéfiques – fonctionnels, économiques et psychologiques – associés à une organisation en tant qu'employeur et à l'offre RH qu'elle propose* »⁸⁴.

L'attractivité est donc multifactorielle et se joue également au niveau de la communication développée autour de l'établissement.

2.2.1 Les théories du « *magnet hospital* » et de la *marque employeur* insistent sur l'importance de l'image d'un établissement comme facteur d'attractivité,

Ainsi que le souligne Dominique Crié, qui s'intéresse à la transposition possible du concept de marque employeur (ME) à l'hôpital, « *Dans le cas spécifique de la ME à l'hôpital, ce bouche-à-oreille ou cette cooptation procèdent souvent d'expériences vécues en tant que stagiaire dans la structure. Il s'agit en effet de la meilleure position d'observation pour percevoir ce qu'est l'entreprise, les valeurs qu'elle véhicule et surtout leur déclinaison en pratique sur le terrain. Ce sont donc ces deux axes principaux qu'il convient de développer : une présence*

⁸³ CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », *Revue hospitalière de France*, n°577, 2017, pages 8-15.

⁸⁴ Viot C., Benraïss-Noailles L., « Employeurs démarquez-vous ! La marque employeur, un gisement de valeur inexploité ? », *Management International*, 2014, 18, 3, pp. 60-81

externe sur les réseaux sociaux (bien qu'ils soient aussi présents en interne), une mise en œuvre des attributs de la ME sur le terrain, avec un focus plus particulier sur les stagiaires»⁸⁵.

Contrairement à une entreprise privée, l'hôpital ne dispose pas d'une véritable marque « corporate ». Il peut donc sembler difficile de développer une ME, dans toute l'étendue de son acception, d'autant que les ressources dédiées à cet enjeu demeurent très limitées. Néanmoins, il demeure toujours possible de travailler la réputation, et l'e-réputation de l'établissement afin d'attirer notamment les jeunes médecins.

Le CHU et la faculté de médecine d'Angers notamment ont développé en 2015 une importante campagne de communication en faisant des réseaux sociaux un facteur de renforcement de l'attractivité de l'hôpital, à travers la campagne « adopte un PUPH ». Il s'agissait de sensibiliser les étudiants qui venaient de passer les ECN afin de les encourager à choisir cet établissement pour réaliser leur internat. Les vidéos de valorisation décalées ont permis d'attirer l'attention sur le CHU mais aussi sur la ville d'Angers puisqu'elles ont dépassé 100 000 vues sur Youtube.

Ainsi que le souligne Yann Bubien « *Rater sa vitrine, c'est passer à côté de futurs talents* »⁸⁶. Or, pour réussir celle-ci, il convient de s'adapter aux nouveaux moyens de communication ainsi qu'aux attentes des plus jeunes professionnels. Il est donc parfois profitable de faire participer les jeunes médecins à la politique de communication de l'établissement afin qu'elle puisse être la plus parlante possible pour le corps médical. En effet, au-delà de l'e-reputation, les jeunes professionnels demeurent les meilleurs ambassadeurs des bonnes pratiques d'un établissement, entre autres sur les réseaux sociaux.

Il est intéressant d'observer que cette campagne a visé à attirer des internes. De fait, une particularité forte est liée à l'hôpital : contrairement à la plupart des organisations, l'essentiel des futures ressources médicales est formé sur place en ayant donc une idée très précise de la politique RH mise en place. Afin de développer un bouche-à-oreille positif, au-delà de l'e-réputation, il est donc primordial de soigner l'accueil des jeunes professionnels.

Les premiers pas dans une institution sont en effet fondamentaux pour l'image que l'on se fait de ce nouvel environnement de travail.

Cela concerne tant les internes que les nouveaux professionnels.

Pour les internes, il importe de s'assurer que le stage réalisé au sein de l'établissement aura été jugé de façon particulièrement positive, afin de donner à l'interne le souhait de revenir à l'issue de sa formation. Pour ce faire, le Directeur des affaires médicales et un médecin, Président de la Commission de Recrutement Hospitalier (CRH) au sein du CHR rencontrent les représentants des internes trois fois par semestre, afin d'avoir connaissance des éventuelles difficultés rencontrées et de tenter de « rectifier le tir » avant la fin du stage. Un questionnaire de satisfaction est également proposé au bout de deux mois de façon également à anticiper autant que possible sur l'image que l'interne aura de son stage à la fin des 6 mois.

⁸⁵ CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », *Revue hospitalière de France*, n°577, 2017, pages 8-15

⁸⁶ BUBIEN Y., « L'attractivité de l'hôpital public », *Gestions hospitalières*, n°553, 2016.

Cette politique vis-à-vis des internes est d'autant plus primordiale que, dans la mesure où le CHR n'a pas de dimension universitaire, la plupart des internes ne réalise qu'un stage de six mois dans l'établissement. Le droit à l'erreur n'existe donc pas en matière d'attractivité et de fidélisation.

Afin de favoriser l'attachement des internes à la ville d'Orléans, généralement peu connue et sous-estimée, le CHR essaie également de loger autant que possible une partie des internes dans les logements hospitaliers du centre-ville (le CHR est lui-même situé en banlieue). Récente, cette politique a des retours très positifs.

Un partenariat avec la ville est également en cours de développement, avec pour objectif commun de fidéliser les internes en les intégrant notamment à la politique culturelle de la ville, via des invitations aux diverses manifestations, voire la mise en place d'un événement d'accueil des internes.

Une politique d'attractivité est en effet d'autant plus efficace que les différents acteurs s'allient pour assurer sa réussite.

A titre d'exemple, le CH du Cotentin a ainsi reçu le prix de l'attractivité pour son projet intégratif qui s'appuie sur une mise en commun de tous les acteurs locaux. Au-delà d'une démarche interne visant à améliorer l'accueil, l'intégration et la formation des internes, les collectivités territoriales, ainsi que les autres établissements de santé et acteurs du soin, tant publics que privés, se sont alliés pour créer ensemble un dispositif novateur d'intégration des internes : une soirée d'accueil devenue progressivement un week-end de découverte ludique et sportive des attraits du Cotentin dénommé « Les Paradis de Cherbourg ». Ce projet repose sur l'idée que dans les zones les moins attractives, l'intérêt des acteurs n'est pas de se concurrencer pour attirer à soi les médecins mais de s'unir pour donner envie à un nombre plus important de professionnels de venir s'installer dans la région.

De même, face à une démographie faible et vieillissante des chirurgiens-dentistes dans l'agglomération, et au regard du manque d'installations de jeunes professionnels prêts à reprendre les cabinets de ville dans une région qui ne dispose pas d'une faculté dentaire, les différents acteurs Orléanais se sont alliés pour mettre en place un projet innovant. Le CHR a ainsi passé une convention avec l'Université de Nantes afin qu'Orléans soit en mesure d'accueillir 10 à 12 étudiants (chirurgiens-dentistes) de dernière année pour un stage de 6 mois. Durant cette période, ceux-ci travaillent la moitié du temps dans un cabinet de ville, et l'autre moitié dans l'unité d'odontologie du CHR, nouvellement créée. Ils y sont alors encadrés par dix chirurgiens-dentistes libéraux, qui réalisent chacun une vacation d'une demi-journée en tant que praticiens attachés, ainsi qu'une praticienne à 80%.

Ce projet a été porté par de nombreux acteurs locaux puisque le CHR a bénéficié de 475 000€ de subventions d'investissement de la part en majeure partie de la région, mais également des autres collectivités locales et de l'union régionale des professions de santé dentaire.

L'objectif est d'inverser la tendance démographique en favorisant l'installation de jeunes dentistes souhaitant reprendre le cabinet d'un professionnel partant à la retraite, tout en répondant également à la demande de soins de la population grâce à une offre de soins élargie : la praticienne du service est spécialiste en médecine bucco-dentaire, ce qui permet entre autres de répondre à une forte demande de soins pour enfants sur le territoire.

Il est encore tôt pour évaluer la réussite du projet en matière d'installation de professionnels car celui-ci a débuté il y a moins de 18 mois. La troisième promotion de 10 étudiants est aujourd'hui en train de réaliser son stage. Il s'agit toutefois d'un projet qui marque une forte coopération des acteurs tant publics que privés pour tenter ensemble de favoriser l'attractivité du territoire.

Une telle coopération est également fondamentale concernant l'accueil des jeunes médecins car des aides à l'installation sont souvent nécessaires pour faciliter leur arrivée dans de bonnes conditions, qu'il s'agisse de places en crèche réservées ou de logements transitoires. Surtout, le choix de l'établissement est souvent tributaire de la capacité du conjoint à trouver un emploi dans l'agglomération. L'hôpital a ainsi intérêt à avoir une connaissance précise et actualisée des postes vacants qu'il est en mesure de proposer au conjoint, mais un partenariat avec la ville peut également s'avérer intéressant.

Ces avantages ne sont toutefois que complémentaires à l'attrait du poste en lui-même, lequel dépend avant tout de la réputation de l'établissement et du service (à travers le concept de marque employeur mais aussi la recherche qui y est réalisée), des perspectives professionnelles et de l'intégration réservée au nouvel arrivant, ainsi que de la qualité de vie au travail qui fera son quotidien. L'attractivité suppose en effet non seulement d'attirer des professionnels de qualité mais également de les fidéliser. Or, la réputation d'un établissement en matière d'environnement de travail pour les professionnels met du temps à se construire mais ne se maintient que si elle s'appuie sur des politiques organisationnelles et managériales innovantes et attractives dans la durée.

2.2.2 Pour fidéliser les professionnels médicaux, des solutions organisationnelles et managériales innovantes doivent répondre à leurs attentes en matière de parcours professionnel, qualité de vie au travail et management médical.

Les facteurs d'attractivité sont multiples et complémentaires à l'échelle d'un établissement. Il est toutefois possible, dans un but simplificateur, d'identifier trois grands axes de travail : un projet de service attractif, une politique RH claire, innovante et dynamique, et un management médical de qualité, capable d'assurer une qualité de vie au travail attractive.

Tout d'abord, un projet de service attractif apparaît primordial afin d'attirer un nouveau professionnel. Ainsi que le souligne l'enquête réalisée par le CNG dans le cadre de la mission Toupillier, la qualité du travail en équipe et la qualité de l'exercice clinique réalisés auprès du patient demeurent les items les plus importants pour les médecins puisque respectivement 98,8% et 97 % des praticiens interrogés y accordent de l'importance⁸⁷.

Le projet de service doit à la fois permettre au nouvel arrivant de trouver une place dans l'équipe, même en tant qu'assistant, et se montrer assez innovant et dynamique pour motiver les professionnels concernés. A cet égard, l'existence de projets de recherche de qualité au sein d'un service est en soi un facteur de renforcement de l'attractivité puisqu'elle réhausse la réputation du service en question, dont le nom des praticiens-chercheurs est désormais reconnu à une échelle plus large, via les congrès et publications. De plus, la recherche est un élément fort d'attractivité pour de nombreux jeunes professionnels qui souhaitent ainsi gagner en expertise et mieux se faire connaître tout en diversifiant leurs activités : selon le rapport

⁸⁷ TOUPILLIER D., *Exercice médical à l'hôpital*, Rapport, septembre 2011.

Toupillier, 70 % des médecins jugent qu'il est important de pouvoir faire de la recherche à l'hôpital mais seuls 40 % s'estiment satisfaits des possibilités qui leur sont offertes en la matière.

L'exemple du CHR permet de souligner un troisième avantage de la recherche, ainsi que l'illustre la situation du service de rhumatologie du CHR. Celui-ci développe d'importantes activités de recherche en collaboration avec l'Institut de Prévention et de Recherche sur l'Ostéoporose (IPROS). Or, cela lui a permis au cours du temps de renforcer son effectif médical :

- la diversification des activités rend nécessaire des recrutements supplémentaires pour disposer d'un temps médical suffisant face à la demande de prises en charge
- les ressources associées à la recherche permettent de financer ces derniers
- la réputation liée aux publications du service rend celui-ci attractif et permet de recruter facilement.

Il s'ensuit ainsi une équipe plus nombreuse, ce qui vient à nouveau renforcer l'attractivité du service puisque les nouveaux professionnels sont ainsi certains de n'être soumis qu'à une obligation de PDS supportable, avec d'importantes possibilités de se développer professionnellement, au lieu de devoir se cantonner à assurer le quotidien. Une équipe de plus grande ampleur rend de fait plus aisé pour chacun la faculté de se sur-spécialiser s'il le désire.

La motivation et l'intérêt du poste ne relèvent pas du seul projet médical du service. Ils peuvent aussi dépendre de la qualité du projet territorial, laquelle est cruciale pour être susceptible d'entraîner une équipe médicale dans un exercice territorial. Les projets institutionnels ont également un impact fort et peuvent être un moyen d'intégrer les jeunes professionnels, afin qu'une place leur soit faite au sein du service mais également au niveau de l'établissement. A titre d'exemple, le CHR d'Orléans a tenu à l'occasion de la rédaction du projet médical d'établissement à réserver plusieurs places pour de jeunes praticiens ou assistants dans chaque groupe de travail chargé de l'élaboration du projet.

L'impulsion institutionnelle est, de fait, importante dès que sont en cause les perspectives et les parcours qui peuvent être offerts aux nouvelles recrues. La politique RH est à ce titre un grand facteur de fidélisation des médecins. Elle n'est bien sûr pas compétente pour définir les projets médicaux au sein des services mais elle peut travailler à encourager chaque chef de service à en définir un dynamique et inclusif pour l'ensemble de l'équipe.

Surtout, elle permet d'assurer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, cohérente avec les projets des services et de l'établissement. Face à un droit statutaire qui ne dessine aux praticiens qu'une carrière linéaire, il revient à une politique RH innovante au sein de l'établissement d'insuffler du dynamisme dans l'évolution des parcours proposés et de dessiner à chacun des perspectives motivantes.

L'élaboration de parcours contractualisés semble à ce titre la meilleure façon de répondre aux attentes des professionnels tout en insérant leur souhait de développement dans la logique institutionnelle. Les diplômes universitaires (DU) proposés aux nouvelles recrues peuvent ainsi s'avérer particulièrement attractifs tout en dotant à terme le service de compétences complémentaires : la formation et les possibilités de développement professionnel sont d'ailleurs le grand avantage comparatif de l'hôpital public, dont il convient de faire usage.

La contractualisation peut également porter sur la quotité de travail, sur des parcours territoriaux (avec un engagement de pratique territoriale limité dans le temps si nécessaire), des valences recherche accordées aux PH, ou encore des parcours institutionnels lorsque les compétences managériales d'un professionnel ont été remarquées. Enfin, il est également possible de contractualiser sur l'activité libérale, laquelle peut permettre dans certains cas de rendre l'hôpital public presque aussi compétitif que le secteur privé en matière de rémunération, tout en augmentant par ce biais la file active de l'établissement et son attractivité auprès des patients.

Ces possibilités de contractualiser dans le but d'assurer à chaque praticien un parcours individualisé posent de fait la question du management par objectifs. Ceci revient presque en effet à envisager la mise en place de fiches de poste comportant des objectifs, tels que le nombre de consultations à assurer, le nombre d'astreintes à réaliser, mais également quels projets mener à bien. Ceci reviendrait à étendre le modèle du statut de clinicien, lequel est également assujéti à des objectifs qualitatifs (100% de codage de son activité par exemple...).

Toutefois, pour ces derniers, la définition d'objectifs demeure liée à une rémunération plus avantageuse, et il peut sembler difficile de basculer entièrement vers un management par objectifs sans y associer une rémunération modulée à l'atteinte de tels objectifs.

Il demeure néanmoins intéressant de favoriser des parcours individuels contractualisés, davantage susceptibles de motiver les praticiens et de répondre à la diversité de leurs attentes, dans une logique de fidélisation.

Or, comme le souligne le rapport Le Menn, « *cette contractualisation exige le renforcement d'un management médical qui laisse aujourd'hui trop de place à l'improvisation* »⁸⁸ et ne permet pas ainsi d'apporter suffisamment de perspectives aux praticiens des services.

De plus, un management médical défectueux ne peut qu'entraîner une mauvaise qualité de vie au travail. Celle-ci, dont le caractère primordial ne fait aucun doute, dépend en priorité de l'ambiance qui règne au sein du service.

En l'absence d'un management médical respectueux des membres du service ou rigoureux dans le respect des conditions de travail des internes par exemple, un risque de dérive existe, lequel peut aboutir à des conditions de travail déplorables. Dès lors, celles-ci peuvent expliquer l'apparition d'un point de fixation, par exemple sur la question du temps de travail, qui est avant tout l'expression d'un malaise plus global. Ceci finit par rendre nécessaire l'élaboration de nombreuses normes au niveau national dont l'adaptation à l'ensemble des situations sur le terrain demeure difficile, et qui peuvent parfois aller finalement à l'encontre de l'autonomie reconnue aux médecins, de même qu'à l'ensemble des professions de cadres supérieurs, quant à l'organisation de leur temps de travail.

Face à ces difficultés, le CH du Cotentin cherche à assurer notamment le respect du repos de sécurité des internes à travers notamment l'élaboration d'une fiche relative à la gestion du temps de travail des internes à destination des chefs de service.

⁸⁸ CHALVIN P., « Le Temps de travail médical, un enjeu d'attractivité : analyse et propositions de la mission Le Menn », gestions hospitalières, n°553, 2016.

Face à la question du management médical, il s'agit en effet pour la direction d'encourager les bonnes pratiques par une politique d'impulsion institutionnelle, sans pour autant se révéler intrusive au sein des services.

Or, il s'agit d'un enjeu délicat : crucial pour la qualité de vie au travail et l'attractivité des services, le management médical relève d'un pilotage par les pairs. Ainsi que le souligne Gérard de Pourvoirville, « *un chef de service a beaucoup de mal à établir une relation d'autorité avec ses pairs, parce que, dans le milieu médical, il y a une forte culture de la collégialité professionnelle* »⁸⁹. La difficulté est d'autant plus grande dans un CHR que les chefs de service n'ont pas, à l'inverse d'un CHU, le statut de PU-PH, lequel véhicule de fait une certaine autorité hiérarchique. Il convient d'ajouter qu'« *historiquement, un chef de service tient sa légitimité avant tout de sa compétence technique et assez secondairement de la capacité qu'il a montré à gérer et diriger des équipes* »⁹⁰.

La formation systématique des chefs de service au management est dès lors importante pour la qualité de l'environnement de travail, que ce soit en amont de la prise de fonctions ou de façon continue durant toute la durée du mandat. Au sein du CH du Mans, le Président de la CME a ainsi instauré trois demi-journées annuelles de formation obligatoire pour l'ensemble des chefs de service, lesquelles débutent à chaque fois par un déjeuner commun et convivial qui permet à la communauté des managers médicaux d'apprendre à se connaître. L'enquête sociale réalisée auprès des médecins au sein du CHR révèle ainsi que 92% des répondants estiment que les médecins qui ont un jour le projet de viser des fonctions de responsable de service doivent avoir accès en amont à des offres de formation aux compétences managériales.

A la suite des événements survenus au sein de l'hôpital européen Georges Pompidou, le directoire de l'AP-HP a ainsi adopté un plan d'action en matière de management médical, lequel préconise entre autres de mieux prendre en compte les compétences managériales avant d'investir des praticiens de responsabilité, de rétablir une durée limitée au mandat de chef de service, avec une évaluation préalable à un éventuel renouvellement qui tienne compte de l'appréciation portée par l'équipe médicale et paramédicale sur le management, et de mieux définir les responsabilités managériales qui incombent aux chefs de service et aux chefs de pôle.

Pour ce faire, la mise en place d'un entretien annuel avec l'ensemble des praticiens du service est recommandée. Celui-ci représente de fait une occasion d'instaurer un dialogue au sein du service favorable à envisager des évolutions de carrière ou à trouver sa place dans le service. Afin de respecter l'absence de pouvoir hiérarchique, la direction n'a pas vocation à en avoir connaissance.

La difficulté en matière de management médical relève bien de l'équilibre subtil à trouver entre des impulsions institutionnelles efficaces et le risque que celles-ci soient vécues comme une intrusion dans la vie des services.

⁸⁹ de POUVOURVILLE, G. « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », Le journal de l'école de Paris du management, vol. 86, no. 6, 2010, pp. 22-29.

⁹⁰ Idem

2.2.3 La mise en place d'une cellule de recrutement et de management médical au sein du CHR a pour vocation d'agir sur l'ensemble des leviers d'attractivité identifiés dans un processus de co-construction avec les médecins.

Il s'agit là de l'axe 9 du projet médical de l'établissement, développé à la demande de deux médecins du CHR, un urgentiste et un radiologue, deux spécialités en tension.

Comme l'indique le nom donné à la future cellule, celle-ci se donne un double objectif d'attirer de nouveaux candidats et d'apporter une aide en matière de recrutement aux services les plus en difficulté, tout en fidélisant l'ensemble du personnel médical par une réflexion sur les parcours professionnels qu'il est possible de proposer, et les pratiques de management médical à favoriser. A ce titre, la cellule peut se définir comme un projet social médical en actes.

La démarche globale dans laquelle s'inscrit la construction de la cellule permet en elle-même de faire évoluer les pratiques et de favoriser des transformations du management médical : le groupe de travail est présidé par un médecin, président de la CRH, avec la présence en support du Directeur des affaires médicales, et rassemble en son sein une grande majorité de médecins de spécialités différentes, attractives ou en difficulté. Il permet de plus à de nombreux médecins jeunes, aux statuts divers, de s'impliquer dans la vie de l'établissement par ce biais.

Cette manière de fonctionner évite de transformer cette impulsion venant du corps médical en une structure à coloration administrative déconnectée de la réalité des médecins et perçue comme intrusive. Le but est au contraire que le groupe de travail, puis à terme la cellule en elle-même, soient des lieux d'échange de pratiques, d'idées innovantes et de co-développement.

De fait, élaborer un projet commun dans un climat de confiance avec des praticiens, qui a trait qui plus est à l'attractivité de l'établissement pour ces-derniers, nécessite de pouvoir entrer dans leur imaginaire médical afin que le dialogue puisse réellement s'établir.

Ainsi que le développe Karl Weick à travers sa théorie du « sense-making », une organisation représente « *une réalité que les acteurs organisationnels perçoivent en fonction de leurs schèmes de pensée propres. Leurs décisions et actions sont ensuite fondées sur cette perception – ou construction – de leur réalité* »⁹¹.

Dès lors, il importe, pour agir de concert, qu'un diagnostic partagé soit établi car la « *la création de sens permet aux acteurs organisationnels de partager des modèles mentaux, des valeurs et des croyances, de coordonner des activités et d'agir en interrelation* »⁹².

Les premières réunions ont ainsi permis aux médecins de s'approprier l'enjeu en question, d'apporter leur vécu propre et de dessiner les premiers contours de la composition de la future cellule, ainsi que des missions qui pourraient lui être confiées.

⁹¹ Dominique Maurel, « Sense-making : un modèle de construction de la réalité et d'appréhension de l'information par les individus et les groupes », *Études de communication*, 35 | 2010, 31-46.

⁹²Idem

De fait, le groupe de travail n'en est à ce jour qu'à la phase du « brainstorming ». Il ne s'agit donc pas de décrire un processus achevé mais les orientations d'un projet en cours.

Plusieurs volets d'action sont ainsi envisagés.

Une des premières missions de la cellule consistera à apporter une aide en matière de recrutement aux services qui en feront la demande. Il s'agit pour cela de réfléchir à la promotion qui peut être faite de l'établissement et de la ville afin d'améliorer son attractivité, que ce soit par le biais du site internet, des réseaux sociaux ou encore des événements organisés au CHR ou des congrès. L'objectif est également d'accompagner le service en question en lui apportant une aide à la rédaction de son annonce, en assurant qu'il a bien sollicité l'ensemble de ses réseaux professionnels et sociétés savantes, et notamment leurs déclinaisons à destination des jeunes médecins et internes (ce qui peut se faire désormais via les réseaux sociaux).

Lors de la phase d'entretiens, il est également envisagé qu'un ou deux médecins de la cellule puissent se charger de faire visiter la ville au nouvel arrivant afin d'en montrer les attraits et de favoriser un premier contact convivial avec le corps médical du CHR.

L'accueil des internes et des nouvelles recrues fait également l'objet d'une attention particulière, d'autant qu'une politique en faveur des internes est déjà en cours de développement. Il est jugé pertinent de mettre en place des évaluations obligatoires des internes par les chefs de service au bout de deux mois afin de vérifier que les attentes des deux côtés sont respectées et de créer le dialogue. Une politique de partenariat avec la Mairie est également en cours d'élaboration afin de prévoir des événements permettant d'accueillir les internes et de valoriser l'agglomération auprès d'eux.

De même, le groupe de travail souhaite que la cellule puisse proposer aux candidats et nouvelles recrues des aides pratiques à la mobilité : aides transitoires pour le logement, fiches de conseils pour les quartiers, les écoles, personnes-relais, accès facilité à la crèche de façon au moins transitoire...

Il est proposé de favoriser l'intégration des jeunes médecins, assistants ou praticiens, en sensibilisant les chefs de service à l'importance de leur octroyer une place au sein du service, via notamment la définition d'un projet propre. A l'échelle de l'établissement il semble intéressant de leur réserver systématiquement des places dans les groupes ou commissions de l'établissement, afin que ceux d'entre eux qui le souhaitent puissent s'investir dès leur arrivée dans la vie de l'établissement.

Une réflexion est également engagée sur les parcours professionnels attractifs qui pourraient être proposés au sein de l'établissement, ainsi que sur la plus grande visibilité à donner aux possibilités de formation cohérentes avec le projet du service concerné.

Au final, à la suite des résultats de l'enquête sociale réalisée auprès des médecins en Mars 2017, une émanation de la cellule pourrait être chargée de réaliser le volet médical du projet social.

Les contours des missions finales et de la composition de la cellule demeurent ainsi encore flous à ce stade initial dans le but justement de parvenir à un processus de co-construction favorable à la bonne appropriation de la cellule par les médecins. Celle-ci est de fait le seul

moyen pour que puisse se développer des pratiques de co-développement à l'échelle de l'établissement de façon efficace. Les médecins qui composent la cellule permettent ainsi non seulement un échange d'expériences entre les services dont ils émanent, mais ils sont ensuite à titre collectif au nom de la cellule, comme à titre individuel, les ambassadeurs au sein des services des bonnes pratiques managériales ou organisationnelles qui ont été discutées et définies à l'échelle de la cellule.

Conclusion

Un renversement de la relation aux médecins s'opère au sein des hôpitaux. Dans de nombreux établissements, il ne s'agit plus désormais pour les directeurs des hôpitaux de choisir un nouveau praticien parmi de nombreuses candidatures, mais de parvenir à attirer ces candidatures, tout en fidélisant les praticiens en place.

Or, dans une période de démographie médicale tendue dans certaines spécialités, les leviers financiers susceptibles de rendre l'hôpital attractif sont limités. Il faut donc rechercher des leviers innovants afin de répondre au mieux aux attentes des praticiens en matière de projets médicaux et parcours professionnel, de management médical et de qualité de vie au travail.

Pour ce faire, il est important d'associer à la réflexion les médecins eux-mêmes, mais également d'encourager un échange de pratiques entre les établissements de santé confrontés aux mêmes difficultés. Il convient en effet, dans une perspective d'ensemble, de ne pas créer pour autant une mise en concurrence entre établissements, qui serait à terme néfaste pour la qualité globale des soins prodigués à la population.

Il apparaît toutefois nécessaire de mettre en perspective cette perception d'une pénurie médicale. La densité médicale française se situe dans la moyenne des pays de l'Union européenne avec 3,3 médecins pour 1000 habitants en 2015⁹³. En revanche, l'organisation actuelle des soins est « gourmande » en temps médical et ce, pour plusieurs raisons :

- L'organisation territoriale des soins n'est pas entièrement optimisée à ce jour même si une tendance se dessine vers une gradation des soins mieux articulée.
- L'organisation des soins gagnerait également à favoriser le temps clinique des médecins plutôt que le temps dédié aux tâches administratives et techniques.
- L'inégale répartition des médecins généralistes tend également à entraîner un flux renforcé de patients aux urgences hospitalières, alors même que ces services sont beaucoup plus consommateurs en moyens techniques, financiers et humains.
- Enfin, la question des transferts possibles de compétences demeure encore un sujet sensible en France.

Face à une demande de soins croissante, en lien avec le vieillissement de la population, ces sujets ne manqueront pas de faire l'objet d'une réflexion, à l'échelle cette fois nationale.

⁹³ Source OCDE : <https://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm>

Bibliographie

Ouvrages :

- CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : presses de l'EHESP, 2013.

Articles de périodiques, revues :

- BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A., « La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités », *Revue française de sociologie* 2007/4 (Vol. 48), p. 751-779.
- BRAS P-L., « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 50, no. 1, 2016, pp. 67-91.
- BUBIEN Y., « L'attractivité de l'hôpital public », *Gestions hospitalières*, n°553, 2016.
- CHALVIN P., « Le Temps de travail médical, un enjeu d'attractivité : analyse et propositions de la mission Le Menn », *Gestions hospitalières*, n°553, 2016.
- COLLIN A., DEMANET Q., PAUL E., « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, n°544, 2015, pages 184-189.
- CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », *Revue hospitalière de France*, n°577, 2017, pages 8-15.
- de POUVOURVILLE, G. « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol. 86, no. 6, 2010, pp. 22-29.
- DREXLER A., « Attractivité médicale : comment traduire, sur le terrain, les annonces ministérielles ? », *Revue hospitalière de France*, n°573, 2016, pages 50-55.
- DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des danaïdes ou investissement d'avenir ? », *Revue hospitalière de France*, n° 572, 2016, pages 32-39.
- DREXLER A., MONDOLONI L., « Nouvelle gestion du temps de travail médical : quand le docteur devient... un horodateur », *Revue hospitalière de France*, n°556, 2014.
- DREXLER A., DENIEL P., « référentiel urgences : quels sont les impacts du référentiel sur le temps de travail médical ? », *Revue hospitalière de France*, n° 565, 2015.
- HIANCE M., « Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial : Appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale », *Gestions hospitalières*, n°544, 2015.

- McCLURE et al., « magnet hospitals and retention of professional nurses », Presentation Kansas city, American nurse association, 1983
- ROUX A., ROQUES V., "La Liberté d'installation, entre totem et tabou", *Gestions hospitalières*, n°549, 2015.
- VALLANCIEN G., « Le médecin du XXIe siècle. Sa place et son rôle », *Le Débat* 2011/5 (n° 167), p. 80-99.
- VENIER F., JOLY L-M., « Carrières médicales, l'attractivité hospitalière », n°559, 2016.
- VERAN, O. « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », *Les Tribunes de la santé*, vol. 39, no. 2, 2013, pp. 77-85.

Etudes, rapports, guides

- BACHELET M., ANGUIS M. (DREES), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Études et Résultats*, n°1011, mai 2017
- ARS Centre-Val de Loire, Diagnostic territorial partagé, Loiret, 2017.
- Conseil national de l'ordre des médecins, Construire l'avenir par les territoires, la réforme voulue par les médecins, 2017.
- DREES, *Portrait des professionnels de santé*, février 2016
- CNG, *Rapport d'activité*, 2016
- Observatoire régional de santé(ORS), *les inégalités sociales et territoriales de santé en centre – val de Loire*, 2016
- Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale*, 2016
- Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en région centre*, 2015
- ONDPS, rapport 2015
- Observatoire régional de santé (ORS), *diagnostic local de santé de l'agglomération Orléans – Val de Loire*, 2015
- LE MENN, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Rapport, 2015
- FHF, *L'Amélioration de l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital*, 2014.
- ONDPS, rapport 2013-2014

- Etude TNS Sofres/SIHP, « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile de France », mai 2013.
- VERAN O., *Hôpital cherche médecins coûte que coûte*, Rapport, décembre 2013.
- TOUPILLIER D., *Exercice médical à l'hôpital*, Rapport, septembre 2011.

Supports et textes juridiques :

Réformes relatives au temps de travail médical :

- Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR
- Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes

Plan d'action pour l'attractivité de l'hôpital public et textes associés :

- Arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée
- Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux
- Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière
- Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques
- Arrêté du 14 mars 2017 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière des praticiens contractuels et des assistants des hôpitaux, au titre des recrutements sur des postes correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé
- Arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé

- Décret n° 2017-161 du 9 février 2017 relatif aux droits à congés et aux conditions d'exercice de certains personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux

Sites internet, ressources en ligne :

- Conseil national de l'ordre des médecins, cartographie interactive de l'ordre des médecins, <https://demographie.medecin.fr/>
- www.data.drees.sante.gouv.fr
- Enquête « Les médecins face à leur carrière », *Profil médecin*, juillet 2017.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre du mémoire

Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête sociale réalisée auprès des médecins du CHR en mars 2017

Annexe 3 : Résultats de l'enquête sociale réalisée auprès des médecins du CHR en mars 2017

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire

Médecins du CHR :

- Dr. Stéphane BATHELLIER, PH urgentiste, responsable du SAMU 45.
- Dr. Olivier BELIN, Praticien contractuel anesthésiste.
- Dr. Marc GORALSKI, PH en cardiologie, chef du pôle médecines interventionnelles.
- Dr. Eric LESPESSAILLES, PH en rhumatologie, président de l'IPROS
- Dr. Stéphanie RIST, PH en rhumatologie, cheffe du pôle médecines à fortes consultations.
- Une assistante du service de gynécologie-obstétrique.

Autres professionnels :

- Mme Anne GUEGUEN, directrice de l'offre sanitaire, ARS de la région Centre-Val de Loire
- M. Roland OLLMIER, responsable de l'institut du management, EHESP.
- Mme Armelle DREXLER, coordinatrice de la commission des affaires médicales de la conférence des DG de CHU.
- Mme Marie HOUSSEL, responsable du pôle ressources humaines hospitalières, FHF.
- Mme Véronique JEAN, directrice des affaires médicales, CH du Mans.

QUESTIONNAIRE ENQUETE SOCIALE – 2017

Médecins

I. Quelques questions vous concernant

1. Vous êtes

- Un homme
- Une femme

2. Vous avez :

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Entre 40 et 49 ans
- 50 ans et plus

3. Vous êtes :

- PH temps plein
- PH temps partiel
- Assistant des hôpitaux
- Chef de clinique – assistant des hôpitaux
- Praticien attaché
- Praticien hospitalier contractuel
- Interne
- Autres

4. Dans quel pôle exercez-vous ?

- Appui à la qualité des soins
- Bio pathologies
- Chirurgie et Anesthésie Réanimation Adultes
- Femme et enfant
- Imagerie
- Médecines à fortes consultations
- Médecines Interventionnelles
- Métiers de l'urgence

5. Quelle est votre ancienneté ?

Au CHR :

- Moins de 3 ans
- 3 à 10 ans
- 11 à 20 ans
- Plus de 20 ans
- Plus de 30 ans

Dans un hôpital public :

- Moins de 3 ans
- 3 à 10 ans
- 11 à 20 ans
- Plus de 20 ans
- Plus de 30 ans

6. Dans le cadre de votre activité au CHR, vous êtes amené à assurer
- a. Des gardes
 - b. Des astreintes
 - c. Des gardes et des astreintes
 - d. Ni garde, ni astreinte

II. Impression d'ensemble

A. Concernant le CHR : Valeurs, vécu au travail :

7. Avez-vous plaisir à venir travailler au CHR ?
- a. Toujours
 - b. Fréquemment
 - c. Parfois
 - d. Jamais
8. Quelles sont vos principales sources de satisfaction ? (Cochez **maximum 3 cases**)
- a. Rémunération
 - b. Intérêt intellectuel
 - c. Nature des tâches
 - d. Variété des tâches
 - e. Autonomie
 - f. Social et relationnel
 - g. Ambiance
 - h. Dynamisme des projets de soin
 - i. Qualité des moyens mis à disposition
 - j. Conditions de travail
 - k. Organisation du travail
 - l. Signes de reconnaissance
 - m. Perspectives
 - n. Aucune
9. Quelles sont vos principales sources de mécontentement ? (Cochez **maximum 3 cases**)
- a. Rémunération
 - b. Intérêt intellectuel
 - c. Nature des tâches
 - d. Variété des tâches
 - e. Manque d'autonomie
 - f. Social et relationnel
 - g. Ambiance
 - h. Dynamisme des projets de soin

- i. Qualité des moyens mis à disposition
 - j. Conditions de travail
 - k. Organisation du travail
 - l. Absence de signes de reconnaissance
 - m. Absence de perspectives
 - n. Aucune
10. Avez-vous le sentiment de faire partie de la dynamique d'ensemble, de la vision de l'avenir, qui anime le CHR ?
- a. Oui, tout à fait
 - b. Plutôt oui
 - c. Plutôt non
 - d. Non, pas du tout
 - e. Il n'y a pas de dynamique d'ensemble
 - f. Ne se prononce pas
11. Etes-vous fier du travail que vous accomplissez au CHR?
- a. Oui, tout à fait
 - b. Plutôt oui
 - c. Plutôt non
 - d. Non, pas du tout
 - e. Ne se prononce pas
12. Vous sentez-vous reconnu par les patients dans le travail que vous accomplissez ? :
- a. Oui, tout à fait
 - b. Plutôt oui
 - c. Plutôt non
 - d. Non, pas du tout
 - e. Pas au contact des patients
13. La communication dans le CHR est :
- a. Très satisfaisante
 - b. Plutôt satisfaisant
 - c. Peu satisfaisante
 - d. Pas du tout satisfaisante

B. La vie des pôles et des services

14. Connaissez-vous le projet (les objectifs) de votre service ?
- a. Oui, tout à fait
 - b. Plutôt oui
 - c. Plutôt non
 - d. Non, pas du tout
 - e. Je n'ai pas l'impression qu'il y ait réellement un projet de service
15. Si oui, avez-vous le sentiment d'être un acteur de ce projet ?
- a. Oui, tout à fait
 - b. Plutôt oui

- c. Plutôt non
- d. Non, pas du tout

16. Existe-t-il des réunions d'expression et d'échanges au sein

De votre service ?

- a. Oui
 - i. Vous y participez
 - ii. Vous n'y participez pas
- b. Non

De votre pôle ?

- a. Oui
 - i. Vous y participez
 - ii. Vous n'y participez pas
- b. Non

17. Avez-vous le sentiment qu'un esprit d'équipe anime :

Votre service ?

- a. Oui, tout à fait
- b. Plutôt oui
- c. Plutôt non
- d. Non, pas du tout
- e. Ne se prononce pas

Votre pôle ?

- f. Oui, tout à fait
- g. Plutôt oui
- h. Plutôt non
- i. Non, pas du tout
- j. Ne se prononce pas

18. Estimez-vous que vous entretenez des relations de qualité avec :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout	Ne se prononce pas
Vos confrères du service					
Vos confrères des autres services					
Les professionnels paramédicaux					
La direction					

19. Pensez-vous que les nouveaux professionnels sont bien accueillis dans votre service ?
- Oui, tout à fait
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Non, pas du tout
 - Ne se prononce pas
20. A votre avis, quels moyens permettent d'assurer le meilleur accueil à un nouveau professionnel ?
(plusieurs réponses possibles)
- Un tutorat
 - Un accompagnement réalisé par l'encadrement
 - une présentation à l'équipe
 - Une présentation de l'organisation
 - Des informations et documents remis
 - Une formation
 - Un petit-déjeuner d'accueil des nouveaux professionnels
 - Autres
21. Avez-vous le sentiment de bénéficier de suffisamment d'autonomie pour effectuer votre travail (initiatives, pouvoir de proposition, marges de manœuvre...) ?
- Oui
 - Non

III. Sécurité et qualité de vie au travail

Le dialogue au sein de la communauté médicale

22. Les instances de représentation médicale suffisent-elles à assurer une bonne communication au sein de la communauté médicale ?
- Tout à fait
 - Plutôt oui
 - Plutôt non
 - Pas du tout
 - Ne se prononce pas
23. Etes-vous associés à des espaces collectifs de discussion pour rechercher des solutions concrètes en cas de problème d'organisation du travail ?
- Oui
 - Non mais je souhaiterais que de telles initiatives se développent
 - Non
24. Selon vous, l'engagement territorial du CHR (coopérations, GHT...) est :
- Une opportunité
 - Une contrainte
 - Ne se prononce pas

Conditions matérielles de travail

25. Diriez-vous que les locaux dans lesquels vous travaillez sont :

- a. Très fonctionnels
- b. Plutôt fonctionnels
- c. Pas très fonctionnels
- d. Pas fonctionnels du tout

26. En ce qui concerne les matériels, diriez-vous qu'ils sont :

- a. Très adaptés
- b. Plutôt adaptés
- c. Pas très adaptés
- d. Pas adaptés du tout

27. Etes-vous satisfait des logiciels informatiques ?

De leur opérabilité (efficacité pour réaliser les tâches requises) ?

- a. Oui
- b. Plutôt oui
- c. Plutôt non
- d. Pas du tout
- e. Pas concerné

De leur ergonomie ? (caractère intuitif, facilité d'utilisation, interfaces entre logiciels...)

- f. Oui
- g. Plutôt oui
- h. Plutôt non
- i. Pas du tout
- j. Pas concerné

28. Etes-vous suffisamment formé au fonctionnement de ces logiciels pour en tirer le meilleur parti ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Pas concerné

Prévention des risques et sécurité

29. Eprouvez-vous un sentiment d'insécurité au travail ?

- a. Oui
- b. Non

30. Avez-vous rencontré, au cours des dernières années, un problème de santé qui a eu un impact sur votre exercice professionnel?

- a. Oui
- b. Non

31. Si oui, quelle appréciation portez-vous sur l'accompagnement réalisé par :

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Non concerné
--	----------------	-----------------	---------------	-----------------------	--------------

La Direction des affaires médicales					
Le service social du personnel					
Médecine du travail					
Ergonome					
Psychologue du travail					
La Présidence de la CME					

32. En cas d'évènement traumatisant dans le cadre de votre travail, vous sentez-vous suffisamment accompagné par l'établissement ?

- a. Oui
- b. Oui, mais pas de façon assez réactive
- c. Non pas du tout
- d. Non concerné

La qualité de vie au travail

33. Pour chacun des services dont peut bénéficier le personnel, donnez votre appréciation sur :

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Insatisfaisant	Non concerné
Le restaurant du personnel				
L'internat				
Le parking				
La crèche				
Les œuvres sociales (CGOS, arbre de Noël...)				
Les transports en commun				

34. Connaissez-vous la conciergerie du CHR et les prestations qu'elle offre aux agents ?

- a. Oui
- b. Non

35. Qu'en attendez-vous en priorité ?
- a. Possibilités de garde d'animaux
 - b. Pressing – blanchisserie
 - c. Livraison de repas
 - d. Prestations de repassage
 - e. Cordonnerie
 - f. Serrurerie
 - g. Livraison de paniers de fruits et légumes
 - h. Dépôt de véhicule pour le contrôle technique / la vidange
 - i. Livraison de courses
 - j. Cela ne m'intéresse pas

Temps de travail et conciliation vie privée/vie professionnelle

36. Vous travaillez actuellement à :
- a. Temps plein
 - b. Temps partiel
37. Diriez-vous que votre charge de travail est :
- a. Modérée
 - b. Normale
 - c. Importante, mais tolérable
 - d. Trop importante
38. Dans votre équipe, le tableau de service prévisionnel est-il communiqué en temps et en heure ?
- a. Oui
 - b. Non
39. Vous permet-il ainsi de vous organiser ?
- a. Oui
 - b. Non
40. Effectuez-vous du temps de travail additionnel (TTA), en plus de vos obligations de service ?
- a. Systématiquement
 - b. Souvent
 - c. Rarement
 - d. Jamais
 - e. Non concerné
41. Vous arrive-t-il d'être volontaire pour effectuer des gardes supplémentaires ?
- a. Systématiquement
 - b. Souvent
 - c. Rarement
 - d. Jamais
 - e. Non concerné
42. Avez-vous le sentiment que les gardes / astreintes sont réparties de manière équitable au sein de votre équipe ?
- a. Oui
 - b. Non

43. Estimez-vous que la programmation des congés est suffisamment organisée et anticipée au sein de votre équipe ?
- Oui
 - Non
44. Avez-vous la possibilité de prendre 3 semaines de congés consécutifs pendant la période estivale ?
- Toujours
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas
45. Avez-vous souvent à faire des concessions en matière de congés annuels ?
- Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas
46. Ces concessions sont-elles réparties équitablement entre tous les praticiens du service ?
- Toujours
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas
47. Plus globalement, considérez-vous que les conditions de travail, au cours de ces cinq dernières années, se sont :
- Améliorées
 - Maintenues
 - Dégradées
 - Ne sait pas

Parcours et développement professionnel

48. Etes-vous :

Membre de la Commission médicale d'établissement ?

- Oui
- Non

Chef de pôle ?

- Oui
- Non

Chef de service ?

- Oui
- Non

Membre d'autres conseils ou commissions du CHR ?

- g. Oui
- h. Non

49. Avez-vous le projet de viser un jour des fonctions de responsable de service / UF / pôle ?

- a. Oui
- b. Non

50. Si oui, souhaitez-vous, dans cette perspective, avoir accès à des offres de formation aux compétences managériales ?

- a. Oui
- b. Non

51. Avez-vous le sentiment de disposer au sein du CHR des moyens et conditions nécessaires pour développer votre carrière conformément à vos souhaits ?

- a. Oui, tout à fait
- b. Plutôt oui
- c. Plutôt non
- d. Non, pas du tout
- e. Ne se prononce pas

52. Faites-vous confiance au CHR pour repérer les potentiels et talents et les faire progresser ?

- a. Oui, tout à fait
- b. Plutôt oui
- c. Plutôt non
- d. Non, pas du tout
- e. Ne se prononce pas

53. Avez-vous accès aux offres de services du CNG (bilans de compétences, coaching...) ?

- a. Oui et c'est utile
- b. Oui mais c'est inutile
- c. Non mais ce serait utile
- d. Non et de toute façon c'est inutile

54. Envisagez-vous une seconde carrière au cours de votre parcours professionnel ?

- a. Oui
- b. Non

55. Pensez-vous que le CHR dispose des outils pour prendre en compte l'allongement des carrières et prévenir l'usure au travail ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Ne se prononce pas

56. Quelle est votre opinion concernant l'enquête sociale ?

Annexe 3 : Réponses à l'enquête sociale réalisée auprès des médecins du CHR en mars 2017

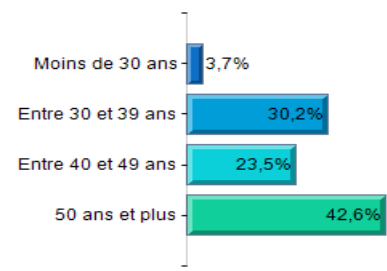
1. Vous êtes :

Taux de réponse : 98,8%



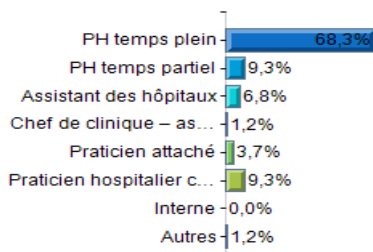
2. Vous avez :

Taux de réponse : 97,6%



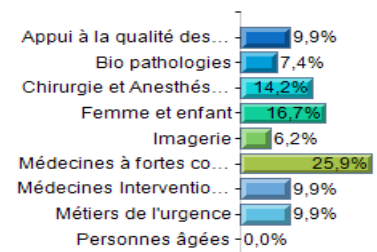
3. Vous êtes :

Taux de réponse : 97,0%



4. Dans quel pôle exercez-vous ?

Taux de réponse : 97,6%



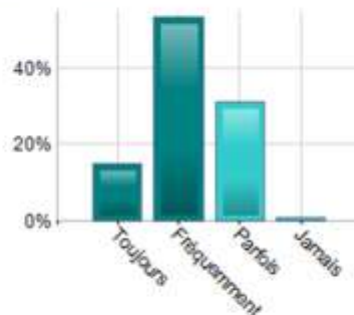
7. Dans le cadre de votre activité au CHR, vous êtes amené à assurer :

Taux de réponse : 98,2%



8. Avez-vous plaisir à venir travailler au CHR ?

Taux de réponse : 97,0%
Moyenne = 2,17 Médiane = 2,00 Ecart-type = 0,68
Min = 1,00 Max = 4,00



9. Quelles sont vos principales sources de satisfaction ?

Taux de réponse : 99,4%



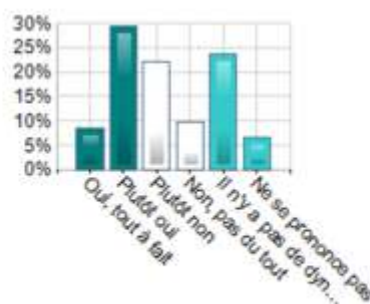
10. Quelles sont vos principales sources de mécontentement ?

Taux de réponse : 97,6%



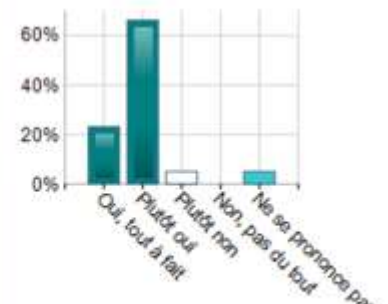
11. Avez-vous le sentiment de faire partie de la dynamique d'ensemble, de la vision de l'avenir, qui anime le CHR ?

Taux de réponse : 98,8%
Moyenne = 3,31 Médiane = 3,00 Ecart-type = 1,48
Min = 1,00 Max = 6,00



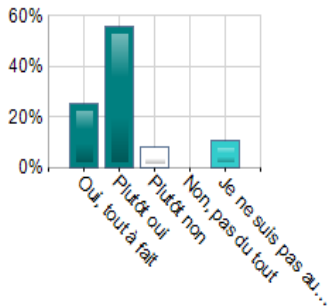
12. Etes-vous fier du travail que vous accomplissez au CHR ?

Taux de réponse : 99,4%
Moyenne = 1,99 Médiane = 2,00 Ecart-type = 0,88
Min = 1,00 Max = 5,00



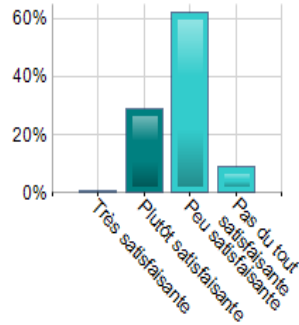
13. Vous sentez-vous reconnu par les patients dans le travail que vous accomplissez ?

Taux de réponse : 97,0%
Moyenne = 2,14 Médiane = 2,00 Ecart-type = 1,13
Min = 1,00 Max = 5,00



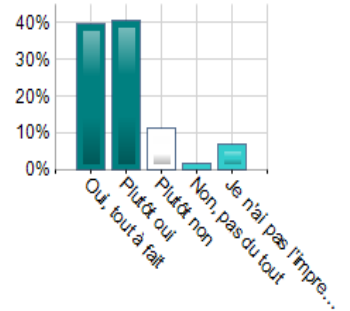
14. La communication dans le CHR est :

Taux de réponse : 96,4%
Moyenne = 2,79 Médiane = 3,00 Ecart-type = 0,60
Min = 1,00 Max = 4,00



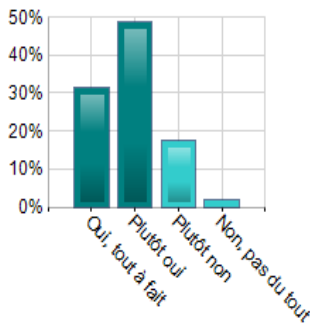
15. Connaissez-vous le projet (les objectifs) de votre service ?

Taux de réponse : 97,6%
Moyenne = 1,96 Médiane = 2,00 Ecart-type = 1,09
Min = 1,00 Max = 5,00



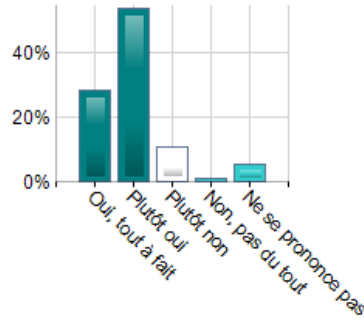
16. Si oui, avez-vous le sentiment d'être un acteur de ce projet ?

Taux de réponse : 88,6%
Moyenne = 1,90 Médiane = 2,00 Ecart-type = 0,75
Min = 1,00 Max = 4,00



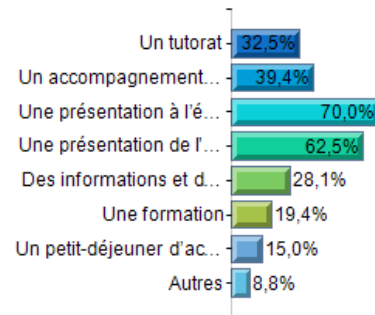
25. Pensez-vous que les nouveaux professionnels sont bien accueillis dans votre service ?

Taux de réponse : 95,8%
Moyenne = 2,02 Médiane = 2,00 Ecart-type = 0,98
Min = 1,00 Max = 5,00



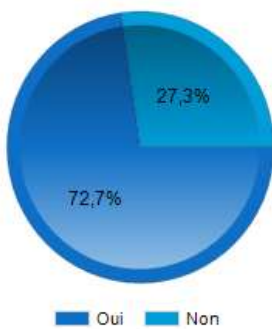
26. A votre avis, quels moyens permettent d'assurer le meilleur accueil à un nouveau professionnel ?

Taux de réponse : 96,4%



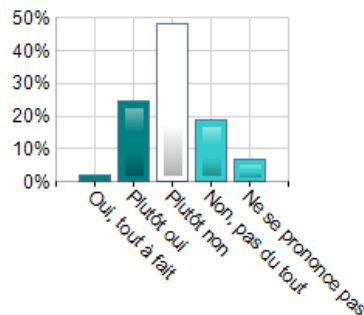
27. Avez-vous le sentiment de bénéficier de suffisamment d'autonomie pour effectuer votre travail (initiatives, pouvoir de proposition, marge de manœuvre...)?

Taux de réponse : 97,0%



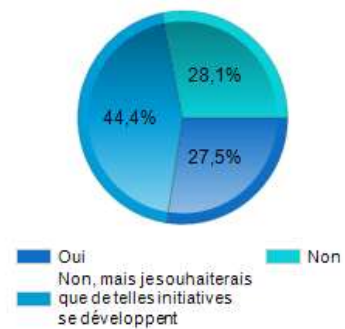
28. Les instances de représentation médicale suffisent-elles à assurer une bonne communication au sein de la communauté médicale ?

Taux de réponse : 98,8%
Moyenne = 3,04 Médiane = 3,00 Ecart-type = 0,88
Min = 1,00 Max = 5,00



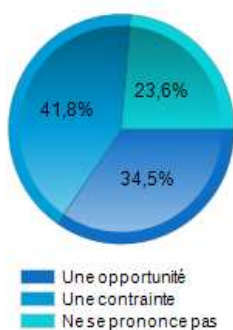
29. Etes-vous associés à des espaces collectifs de discussion pour rechercher des solutions concrètes en cas de problème d'organisation de travail ?

Taux de réponse : 96,4%



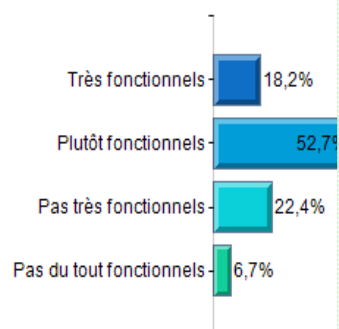
30. Selon vous, l'engagement territorial du C (coopérations, GHT...) est :

Taux de réponse : 99,4%



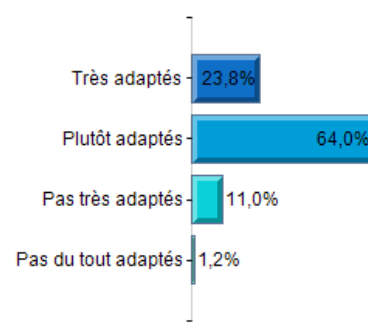
31. Diriez-vous que les locaux dans lesquels vous travaillez sont :

Taux de réponse : 99,4%



32. En ce qui concerne les matériels, diriez-vous qu'ils sont :

Taux de réponse : 98,8%



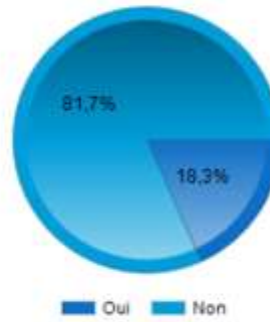
35. Etes-vous suffisamment formé au fonctionnement de ces logiciels pour en tirer le meilleur parti ?

Taux de réponse : 98,8%



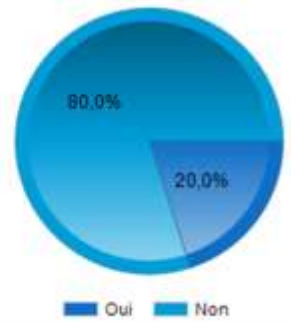
36. Eprenevez-vous un sentiment d'insécurité au travail ?

Taux de réponse : 98,8%



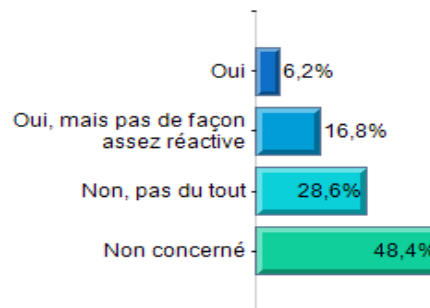
37. Avez-vous rencontré, au cours des dernières années, un problème de santé qui a eu un impact sur votre exercice professionnel ?

Taux de réponse : 99,4%



44. En cas d'évènement traumatisant dans le cadre de votre travail, vous sentez-vous suffisamment accompagné par l'établissement ?

Taux de réponse : 97,0%



51. Connaissez-vous la conciergerie du CHR et les prestations qu'elle offre aux agents ?

Taux de réponse : 98,8%



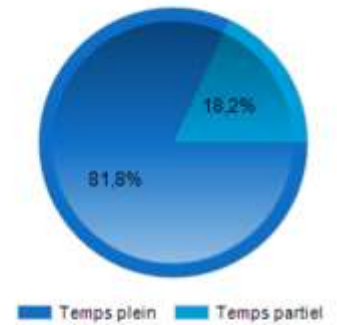
52. Qu'en attendez-vous en priorité ?

Taux de réponse : 90,4%



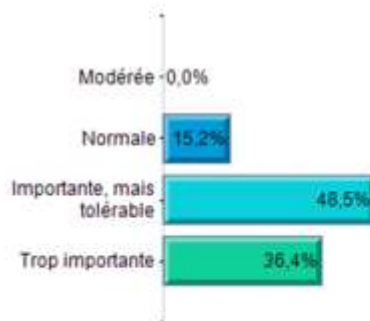
53. Vous travaillez actuellement à :

Taux de réponse : 99,4%



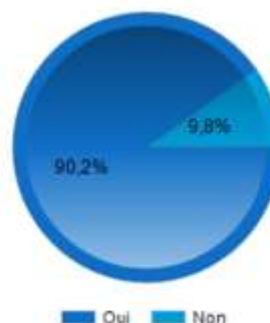
54. Diriez-vous que votre charge de travail est :

Taux de réponse : 99,4%



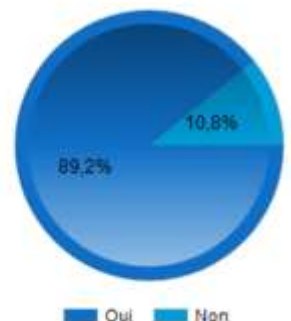
55. Dans votre équipe, le tableau de service prévisionnel est-il communiqué en temps et en heure ?

Taux de réponse : 98,2%



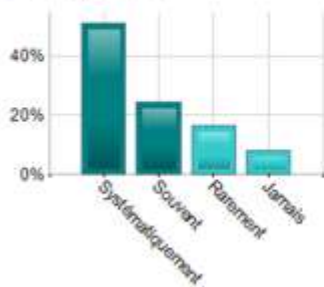
56. Vous permet-il ainsi de vous organiser ?

Taux de réponse : 95,2%



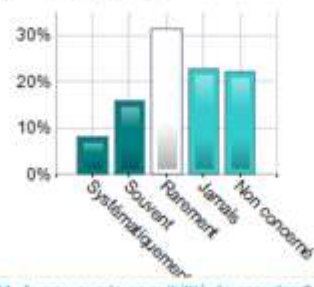
57. Effectuez-vous du temps de travail additonnel (TTA), en plus de vos obligations de service ?

Taux de réponse : 98,2%
Moyenne = 1,82 Médiane = 1,00 Ecart-type = 0,98
Min = 1,00 Max = 4,00



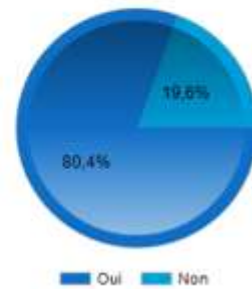
58. Vous arrive-t-il d'être volontaire pour effectuer des gardes supplémentaires ?

Taux de réponse : 98,2%
Moyenne = 3,35 Médiane = 3,00 Ecart-type = 1,21
Min = 1,00 Max = 5,00



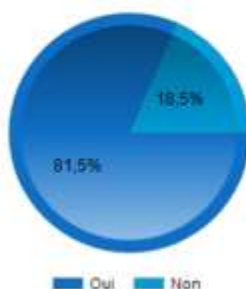
59. Estimez-vous que la programmation des congés est suffisamment organisée et anticipée au sein de votre équipe ?

Taux de réponse : 98,2%



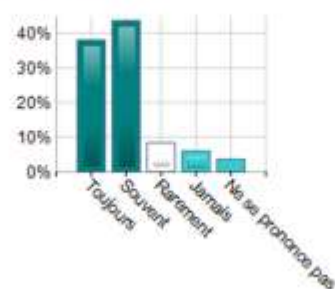
60. Avez-vous le sentiment que les gardes / astreintes sont réparties de manière équitable au sein de votre équipe ?

Taux de réponse : 91,0%



61. Avez-vous la possibilité de prendre 3 semaines de congés consécutifs pendant la période estivale (15 juin - 15 septembre) ?

Taux de réponse : 99,4%
Moyenne = 1,93 Médiane = 2,00 Ecart-type = 1,02
Min = 1,00 Max = 5,00



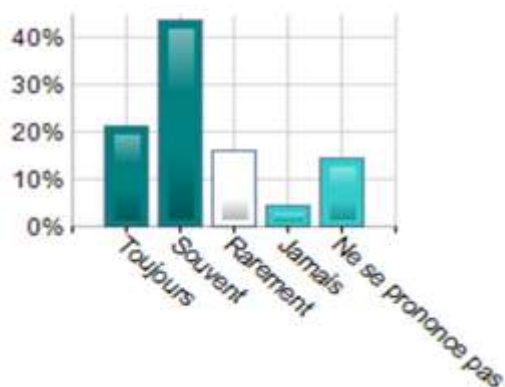
62. Avez-vous souvent à faire des concessions en matière de congés annuels ?

Taux de réponse : 98,2%



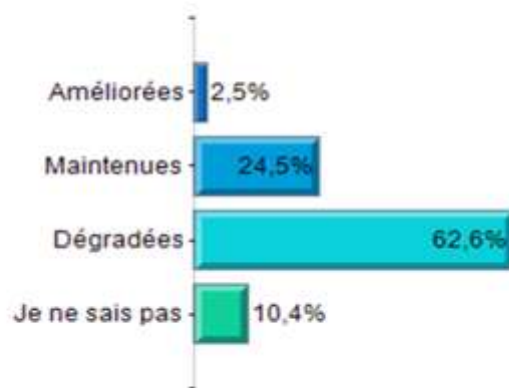
63. Ces concessions sont-elles réparties équitablement entre tous les praticiens du service ?

Taux de réponse : 96,4%
Moyenne = 2,47 Médiane = 2,00 Ecart-type = 1,28
Min = 1,00 Max = 5,00



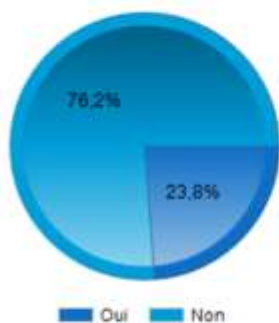
64. Plus globalement, considérez-vous que les conditions de travail, au cours de ces cinq dernières années, se sont :

Taux de réponse : 98,2%



69. Avez-vous le projet de viser un jour des fonctions de responsable de service / UF / pôle ?

Taux de réponse : 91,0%



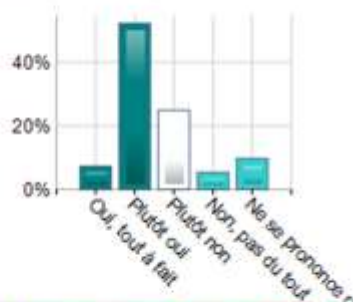
70. Si oui, souhaitez-vous, dans cette perspective, avoir accès à des offres de formation aux compétences managériales ?

Taux de réponse : 100,0%



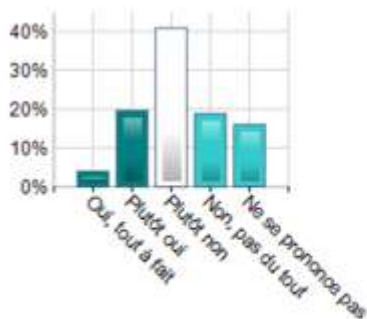
71. Avez-vous le sentiment de disposer au sein du CHR des moyens et conditions nécessaires pour développer votre carrière conformément à vos souhaits ?

Taux de réponse : 98,8%
Moyenne = 2,58 Médiane = 2,00 Ecart-type = 1,04
Min = 1,00 Max = 5,00



72. Faites-vous confiance au CHR pour repérer les potentiels et talents et les faire progresser ?

Taux de réponse : 98,2%
Moyenne = 3,23 Médiane = 3,00 Ecart-type = 1,07
Min = 1,00 Max = 5,00



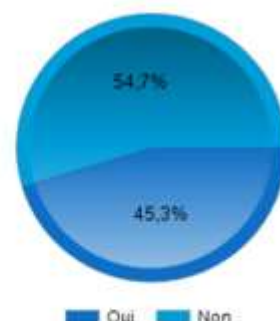
73. Avez-vous accès aux offres de services du CNG (bilans de compétences, coaching...) ?

Taux de réponse : 92,2%



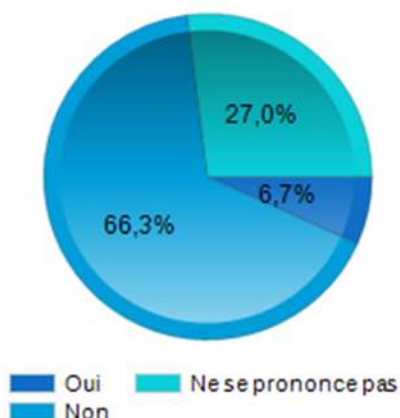
74. Envisagez-vous une seconde carrière au cours de votre parcours professionnel ?

Taux de réponse : 95,8%



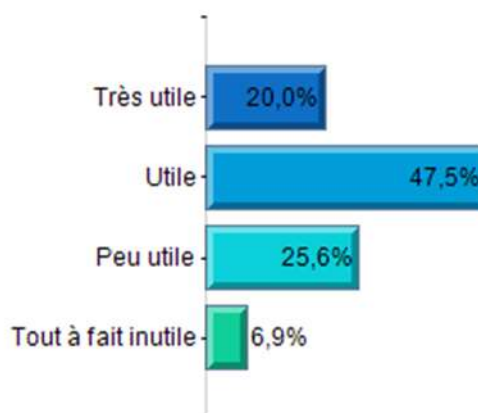
75. Pensez-vous que le CHR dispose des outils pour prendre en compte l'allongement des carrières et prévenir l'usure au travail ?

Taux de réponse : 98,2%



76. Quelle est votre opinion concernant cette enquête ?

Taux de réponse : 96,4%



SCHERRER

Laure-Anne

Octobre 2017

FILIERE DH
Promotion 2016-2017

**FAVORISER L'ATTRACTIVITE MEDICALE AU SEIN
DE L'HÔPITAL PUBLIC :
L'EXEMPLE DU CHR D'ORLEANS**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes.

Résumé :

Le CHR d'Orléans est confronté à des difficultés de recrutement médical aux causes multiples, tant nationales que locales, qui s'avèrent représentatives des défis rencontrés par certains centres hospitaliers de taille importante.

Les contraintes du fonctionnement hospitalier peuvent expliquer un certain déficit d'attractivité de l'hôpital public qui, allié à un hiatus dans la démographie médicale et à des disparités territoriales, explique parfois des situations particulièrement précaires.

Dans un contexte de pénurie médicale et de concurrence avec l'offre privée, les marges de négociation salariale des directions des affaires médicales sont relativement limitées, compte tenu des contraintes réglementaires qui encadrent strictement rémunération et la gestion statutaire du personnel médical à l'hôpital public. De plus, les mesures du récent plan pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public sont sources d'injonctions contradictoires pour les directeurs des hôpitaux à qui l'on confie la mission de restaurer l'attractivité médicale sans pour autant grever l'équilibre financier de l'établissement.

Le défi pour les directeurs consiste donc à trouver des solutions innovantes à l'échelle de leur établissement, d'autres leviers permettant de rendre leur hôpital attractif en prenant en compte les nouvelles aspirations des praticiens en termes de projets et parcours professionnels, de qualité de vie au travail et de management médical.

L'élaboration d'une cellule de recrutement et de management médical au sein du CHR d'Orléans vise ainsi à envisager de tels leviers dans une stratégie de co-construction avec le corps médical.

Mots clés :

Médecins, Attractivité, Fidélisation, démographie médicale, temps de travail, plan d'action.

L'École des Hautes Études 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.