



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

**Les enjeux de la mise en œuvre territoriale
du dispositif des assistants spécialistes partagés :
l'exemple de la subdivision rennaise**

Alexandre MORAND

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Alain GROHEUX, ainsi que toute l'équipe de direction du Centre Hospitalier Simone Veil, pour leur accueil, leur disponibilité et leur soutien tout au long de ces huit mois de stage.

Je remercie également tout ceux qui m'ont accompagné dans l'élaboration de ce mémoire et tout particulièrement :

- Madame Anne-Laure NOZAHIC-PEAN, directrice des ressources humaines et maître de stage, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son accompagnement bienveillant tout au long du projet de mémoire ;

- Monsieur Michel LOUAZEL, enseignant-chercheur à l'EHESP et référent mémoire, pour m'avoir guidé dans la construction de ce travail ;

Enfin, je remercie tous les professionnels qui ont accepté de me rencontrer et de partager leurs réflexions et leurs expériences sur la thématique des assistants spécialistes partagés.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	3
1 Le dispositif des assistants spécialistes partagés : une modalité de post-internat mobilisée par les acteurs territoriaux en réponse aux enjeux de gestion des ressources médicales	5
1.1 Modalité récente de post-internat, le dispositif des assistants spécialistes partagés associe une double initiative : nationale et régionale	5
1.1.1 Le post-internat : une période séparant la fin des études médicales de l'installation dans un exercice stabilisé qui tend à se systématiser	5
1.1.2 L'évolution des statuts juridiques dédiés au post-internat hospitalier.....	6
1.1.3 Les marges de manœuvre laissées aux ARS dans la mise en œuvre du dispositif des ASP conduisent à une diversité de pratiques	8
1.2 Le dispositif des assistants spécialistes partagés vise à soutenir le post-internat, le recrutement des établissements non universitaires et la territorialisation des soins	10
1.2.1 Le dispositif des ASP représente pour les acteurs régionaux une opportunité de développement du post-internat et de régulation des flux de spécialités	10
1.2.2 Démographie médicale et attractivité des établissements de santé : deux enjeux au cœur de la gestion des ressources médicales au sein de l'hôpital public .	11
1.2.3 La structuration actuelle du champ hospitalier se conçoit avant tout dans une logique de coopération territoriale	12
1.3 La mise en œuvre du dispositif des assistants spécialistes partagés au sein de la subdivision rennaise	13
1.3.1 L'ARS Bretagne mène une politique volontariste visant à soutenir l'assistantat partagé.....	13
1.3.2 Le déroulement de la campagne annuelle des ASP	14
1.3.3 Le dispositif des ASP au sein de la subdivision rennaise, du GHT Haute Bretagne et du centre hospitalier Simone Veil	15

2 Le dispositif des ASP permet aux jeunes professionnels d'accéder à l'autonomie d'exercice et aux établissements de bénéficier de ressources médicales supplémentaires, dans un contexte d'enjeu territorial de structuration de l'offre de soins	17
2.1 L'assistantat partagé, s'il permet à un jeune professionnel de bénéficier à la fois d'une formation de référence en CHU et d'une qualité de vie au travail accrue en CH périphérique, induit des contraintes particulières.....	17
2.1.1 L'assistantat partagé, après avoir longtemps souffert d'une représentation négative, voit aujourd'hui son attractivité se développer, notamment du fait de retours d'expériences positifs.....	17
2.1.2 Des postes d'assistants partagés dont le déploiement est piloté par le PU-PH de la spécialité	19
2.1.3 Allier obtention de compétences ou de spécialités supplémentaires en CHU et qualité d'exercice en CH périphérique suppose l'acceptation des contraintes inhérentes à un exercice partagé.....	21
2.2 L'ASP représente une ressource médicale non négligeable pour les établissements partenaires, mais dont la mobilisation requiert des exigences organisationnelles spécifiques	23
2.2.1 Le recours aux ASP permet un renforcement des équipes médicales, dans un contexte de raréfaction de la ressource et de tensions budgétaires.....	23
2.2.2 L'intégration des ASP au sein des équipes médicales impose de nouvelles exigences organisationnelles, notamment en regard de la continuité des soins	25
2.2.3 L'ASP demeure une ressource médicale relativement volatile, qui ne conduit pas systématiquement à un recrutement pérenne pour le CH périphérique	27
2.3 La coordination du dispositif des ASP, levier de développement de coopérations inter-établissements, s'inscrit dans un enjeu de structuration de l'offre de soins territoriale	29
2.3.1 L'ASP contribue au développement des coopérations territoriales dans une logique de gradation des soins	29
2.3.2 Le dispositif des ASP : un avantage stratégique pour le CHU dans la structuration de l'offre de soins du territoire ?	31
2.3.3 Les processus décisionnels mobilisés au sein du dispositif des ASP restent relativement opaques pour une majorité d'acteurs	32

3 Les conditions d'une mise en œuvre satisfaisante du dispositif des ASP pour l'ensemble des parties prenantes	35
3.1 Construire avec le jeune professionnel un projet de post-internat s'inscrivant dans un partenariat inter-établissements	35
3.1.1 Développer une représentation positive de l'exercice partagé en Centre Hospitalier périphérique	35
3.1.2 Favoriser l'articulation entre le projet professionnel, les projets médicaux et la politique de recrutement en post-assistanat des établissements	36
3.1.3 Accompagner le jeune professionnel dans la réussite de son projet de post-internat et évaluer son degré de réalisation	37
3.2 Faciliter l'exercice du post-internat partagé	38
3.2.1 Définir les règles de bonnes pratiques relatives à la répartition inter-établissement du temps de travail de l'assistant spécialiste et développer des outils de gestion partagés	38
3.2.2 Garantir l'intérêt pédagogique du terrain de post-internat	39
3.2.3 Faciliter l'exercice multi-sites	40
3.3 Promouvoir une politique régionale des ASP	41
3.3.1 Améliorer la lisibilité du dispositif des ASP pour l'ensemble des parties prenantes	41
3.3.2 Favoriser le dialogue inter-établissements sur les questions relatives à la répartition du reste à charge des postes d'ASP	41
3.3.3 Favoriser la participation de l'ensemble des parties prenantes à la démarche d'attribution des postes d'ASP dans le cadre de la campagne annuelle	42
Conclusion	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAP	Appel à projet
AHU	Assistant hospitalier universitaire
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASP	Assistant spécialiste partagé
CCA	Chef de clinique assistant
CH	Centre hospitalier
CHG	Centre hospitalier général
CHSV	Centre hospitalier Simone Veil
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
DAM	Directeur des affaires médicales
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DREES	Direction des études, de l'évaluation et des statistiques
EPSM	Établissement public de santé mentale
FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fond d'intervention régional
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GTT	Gestion du temps de travail
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
PET	Prime d'exercice territorial
PH	Praticien hospitalier
PMP	Projet médical partagé
PU-PH	Professeur des universités praticien hospitalier
SIH	Système d'information hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation des soins

Introduction

Les conditions de la gestion des ressources médicales au sein de l'Hôpital public sont aujourd'hui mises en tension. L'évolution de la démographie médicale, l'exigence d'une organisation territoriale des soins et l'évolution de la formation et des modes d'exercice des professionnels sont autant de facteurs qui impactent les organisations actuelles et obligent ces dernières à évoluer dans un contexte financier toujours contraint et dans un climat social parfois dégradé. Les professionnels médicaux et les directeurs d'hôpital sont les premiers concernés par les changements qui s'opèrent dans le champ du management et de l'organisation des ressources médicales hospitalières. Leur action s'ancre dans un cadre législatif et réglementaire particulièrement dense, en constante évolution. En effet, la puissance publique, soucieuse de garantir l'accès aux soins de la population, apporte régulièrement de nouveaux outils en réponse aux difficultés de gestion des ressources médicales. Ces innovations peuvent notamment conduire à la création de nouveaux statuts (contrat de clinicien hospitalier) et de cadres d'exercice (pôles inter-établissements, équipes médicales de territoire) ainsi qu'à l'évolution des modalités d'incitation financière (indemnité d'engagement de service public exclusif, prime d'exercice territorial, prime d'engagement dans la carrière hospitalière).

Le dispositif des Assistants Spécialistes Partagés (ASP) fait partie des outils proposés par l'État en réponse aux nouveaux enjeux de gestion des ressources médicales. Généralisé depuis 2009, ce dispositif vise notamment à soutenir le post-internat des jeunes médecins, à favoriser les coopérations entre établissements de santé et à dynamiser l'attractivité médicale des établissements non universitaires. En pratique, il permet à deux établissements partenaires d'accueillir conjointement pendant deux années consécutives un assistant spécialiste sur un poste en temps partagé. Le partenariat se réalise généralement entre un Centre Hospitalier de petite taille et un Centre Hospitalier Universitaire ou un Centre Hospitalier Général support de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Les postes d'ASP sont financés en partie par les Agences Régionales de Santé (ARS) via le Fond d'Intervention Régional (FIR) et une enveloppe nationale dédiée. La partie restante est à charge des établissements partenaires. Le dispositif des ASP s'organise localement à l'échelle des régions¹ ou des subdivisions d'internat.

Le Centre Hospitalier Simone Veil (CHSV) situé sur la commune de Vitré (35) possède une capacité d'accueil de 445 lits et places pour un budget annuel d'exploitation de 52 millions d'euros, appartenant ainsi à la catégorie des CH de petite taille,

¹ L'article R632-12 du code de l'éducation dispose que le troisième cycle des études de médecine est organisé dans des circonscriptions géographiques dénommées " régions ". Chaque région comprend une ou plusieurs subdivisions qui constituent un espace géographique comportant un ou plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU).

communément dénommés « petits périphériques²» par les équipes médicales. Le CHSV connaît depuis plusieurs années des difficultés de recrutement médical et présente une situation financière et budgétaire fragilisée. Dans ce contexte, le dispositif des ASP semble représenter pour cet établissement un véritable intérêt stratégique, en permettant le renforcement des équipes médicales et des filières de soins avec le CHU de Rennes, établissement support du GHT Haute Bretagne dont fait partie le CHSV. Le corollaire de cette plus-value apportée par le dispositif des ASP sont les contraintes inhérentes à la gestion de postes médicaux en temps partagés et au suivi du dispositif. Si la direction du CHSV mobilise le dispositif des ASP en réponse à des besoins qu'elle a clairement identifiés, elle ne possède en revanche qu'une connaissance partielle des motivations et des contraintes des autres acteurs de ce même dispositif. Aussi, dans quelle mesure ses attendus sont-ils compatibles avec ceux de ses partenaires ?

De ce constat réalisé à l'échelle d'un établissement de santé, deux questions émergent concernant la mise en œuvre territoriale du dispositif des ASP. D'une part quelles peuvent être les opportunités et les contraintes pour chaque partie prenante de ce dispositif, et, d'autre part, dans quelle mesure les objectifs individuels sont-ils compatibles avec les objectifs collectifs ? En effet, le dispositif des ASP se situe à la rencontre de quatre logiques qui, si elles ne sont pas *a priori* antagonistes, n'en sont pas pour autant systématiquement complémentaires. La première logique, individuelle, est celle du jeune médecin en post-internat débutant une carrière hospitalière ou se préparant à un exercice libéral. La deuxième est celle des services, et plus particulièrement des équipes médicales, qui accueillent ce nouveau professionnel. La troisième est celle des deux établissements partenaires. La quatrième et dernière logique est territoriale et concerne les modalités de coopération inter-établissements.

Dans le cadre de ce mémoire professionnel, nous souhaitons nous interroger sur la manière dont ces différentes logiques s'articulent et entrent parfois en tension, et sur la façon dont elles structurent les rapports entre les différents acteurs du dispositif des ASP sur le territoire du GHT Haute Bretagne et plus largement de la subdivision rennaise. Cette réflexion vise, *in fine*, à identifier des actions pouvant potentiellement contribuer à l'amélioration de la mise œuvre du dispositif ASP, en permettant à chaque partie prenante d'en tirer profit, en fonction de ses besoins et de ses contraintes. La question centrale de ce mémoire sera donc :

Quelles sont les conditions d'une mise en œuvre satisfaisante du dispositif des Assistants Spécialistes Partagés pour l'ensemble des parties prenantes ?

² « Petit périphérique » : expression généralement employée par les internes et les équipes médicales pour définir les centres hospitaliers de petite taille, par opposition aux CHU et aux « gros périphériques », expression désignant les CHG généralement support de GHT.

Pour répondre à cette question, ce mémoire procède en trois temps :

- I. Tout d'abord, il présente le cadre général du dispositif des ASP en décrivant son origine et les enjeux liés au post-internat, à la démographie médicale et aux coopérations territoriales, auxquels il vise à répondre, avant de s'intéresser à sa mise en œuvre au sein de la subdivision rennaise.
- II. Dans un deuxième temps, il réinterroge les finalités du dispositif, afin de démontrer qu'il peut être mobilisé à la fois par les jeunes professionnels pour accéder à l'autonomie d'exercice et par les établissements pour renforcer temporairement leurs ressources médicales, et ce, dans un contexte d'enjeu territorial de structuration de l'offre de soins.
- III. Dans un troisième temps, il formule des propositions d'amélioration visant à permettre une meilleure articulation entre les projets de post-internat et les projets d'établissement, un exercice partagé facilité et une participation accrue de l'ensemble des parties prenantes à la coordination et à l'évaluation du dispositif.

Méthodologie

Nous avons souhaité ancrer ce mémoire dans une démarche compréhensive de la mise en œuvre du dispositif des ASP au sein de la subdivision rennaise. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur deux sources de données :

- Des entretiens individuels réalisés auprès d'acteurs locaux :

Au cours des mois de mai et de juin 2018, nous avons menés 14 entretiens auprès de différents professionnels de la subdivision rennaise (cf. annexe 1). Tous les entretiens ont été conduits sur la base d'un guide commun (cf. annexe 2) et ont donné lieu à une retranscription. Ont ainsi été rencontrés : le responsable de l'ARS chargé de la coordination du dispositif ; trois directeurs des affaires médicales (1 CHU, 1 CHG, 1 CH périphérique) ; un PU-PH ; un président de CME de CH périphérique ; deux chefs de services de CH périphérique ; un PH en temps partagé entre un CHU et un CH périphérique, ancien ASP ; cinq ASP (4 CHU/CH périphérique et 1 CHG/CH périphérique).

- Un parangonnage réalisé auprès de trois ARS hors région Bretagne :

Afin d'enrichir notre réflexion, nous avons souhaité l'inscrire dans une perspective interrégionale. Pour ce faire, nous avons étudié les modalités de mise en œuvre du dispositif des ASP au sein des régions Îles de France, Nouvelle Aquitaine et Normandie, en nous appuyant sur des entretiens téléphoniques réalisés auprès des référents ARS et en étudiant les appels à projets régionaux.

1 Le dispositif des assistants spécialistes partagés : une modalité de post-internat mobilisée par les acteurs territoriaux en réponse aux enjeux de gestion des ressources médicales

L'analyse du regard porté par les acteurs de la subdivision rennaise sur le dispositif des ASP impose d'en définir préalablement les contours généraux et de préciser le périmètre du territoire de santé au sein duquel se situe notre étude. Créé en 2009, le dispositif des ASP met fin au cloisonnement historique entre les modalités universitaires et non-universitaires du post-internat (1.1). Il intervient dans un contexte de besoins accrus de terrains de post-internat, d'évolution défavorable de la démographie médicale et de développement des coopérations territoriales (1.2). Sa mise en œuvre au sein de la subdivision rennaise s'appuie sur une démarche volontariste de l'ARS Bretagne (1.3).

1.1 Modalité récente de post-internat, le dispositif des assistants spécialistes partagés associe une double initiative : nationale et régionale

1.1.1 Le post-internat : une période séparant la fin des études médicales de l'installation dans un exercice stabilisé qui tend à se systématiser

Le terme de post-internat ne possède pas en lui-même de réalité juridique, puisqu'il n'apparaît dans aucun texte législatif ou réglementaire. Toutefois, il est communément employé pour désigner la période séparant la fin des études de médecine de l'installation dans un exercice stabilisé.

À la fin de l'internat, les praticiens ayant validé le troisième cycle des études médicales et soutenu leur thèse de doctorat obtiennent leur Diplôme d'Études Spécialisées (DES). Après inscription au tableau départemental du conseil de l'Ordre des médecins, ils sont alors en droit d'exercer la médecine. Dans la pratique, on observe qu'il existe un délai entre cette première inscription à l'Ordre et la stabilisation dans un exercice professionnel. Cette période intermédiaire constitue le post-internat.

Comme souligné au sein du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR) relatif au post-internat (2010, p. 13), si ce délai a toujours existé, il s'est sensiblement allongé à partir des années 1980-1990 pour aboutir à une durée moyenne comprise entre 3 à 7 ans (*ibid.* p.12) : trois ans pour les médecins généralistes libéraux, cinq ans pour les praticiens hospitaliers et sept ans pour les médecins spécialistes libéraux hors médecine générale. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance :

- La baisse du numéris clausus au début des années 1980, et donc du nombre d'internes, a contribué à faciliter l'accès aux postes hospitaliers non-titulaires, et notamment aux postes de chefs de clinique, considérés comme les plus prestigieux.
- Le post-internat représente pour les jeunes professionnels l'opportunité de développer des compétences et des spécialités supplémentaires possiblement reconnues dans le cadre d'un Diplôme d'Étude Spécialisées Complémentaires (DESC), dans un contexte où la segmentation progressive des modes de production de soins en secteur hospitalier et libéral appelle à une spécialisation sans cesse accrue des profils médicaux.
- L'accès au secteur 2 est de plein droit après deux années de post-internat.
- L'évolution des aspirations des jeunes médecins, notamment leur intérêt pour le travail en équipe, facteur de qualité de la prise en charge, de santé et de bien-être au travail (BLANCHARD, 2015) incitent les professionnels à privilégier, au moins en début de carrière, un exercice hospitalier perçu comme présentant une qualité de vie au travail accrue par rapport à un exercice libéral vécu comme plus isolé.

Aujourd'hui, le post-internat apparaît comme une étape quasi systématique du cursus médical voire obligatoire dans le cadre de l'obtention d'un DESC. Toutefois, sa persistance sous sa forme actuelle est largement remise en question par la récente réforme du troisième cycle des études médicales. En effet, avec la disparition programmée des DESC et l'intégration des sur-spécialités aux DES, ce sont les finalités même du post-internat qui sont potentiellement questionnées.

1.1.2 L'évolution des statuts juridiques dédiés au post-internat hospitalier

Au post-internat correspond une pluralité de statuts juridiques, dédiés ou non à son exercice. D'une manière générale, il existe deux grandes modalités historiques de post-internat hospitalier : la modalité universitaire, avec notamment le statut emblématique de chef de clinique, et la modalité hospitalière non-universitaire, avec le statut d'assistant spécialiste. Ces différents statuts sont en partie définis dès les années 1960.

C'est le décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers universitaires, qui instaure les premiers statuts de personnels médicaux temporaires à destination des anciens internes. Sont ainsi créées les fonctions de « moniteur - assistant adjoint des hôpitaux » et de « chef de clinique - assistant des hôpitaux ». Le statut « d'assistant de médecine, chirurgie, spécialités,

biologie et odontologie » pour les professionnels exerçant dans un centre hospitalier autre qu'universitaire sera quant à lui créé l'année suivante³.

Au cours de l'année 1984, suite à la promulgation d'une part de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dite « lois Le Pors », et, d'autre part, des lois relatives aux trois fonctions publiques, deux décrets mettent fin au recrutement des chefs de clinique et des assistants. Le souhait du législateur est alors de restreindre les possibilités de recrutement des contractuels et de favoriser l'intégration des agents non titulaires en fonction.

Il faudra attendre 1987 pour que le post-internat fasse son retour avec la mise en place des dispositifs actuels. Dans le domaine hospitalo-universitaire seront ainsi créés les statuts de « Chef de Clinique des universités - Assistants des hôpitaux » (CCA) et « Assistant Hospitalier Universitaire » (AHU), et le statut « d'assistant des hôpitaux » (dénommés « assistants spécialistes » lorsqu'ils sont titulaires d'un DES) dans le domaine hospitalier.

Initialement, les CCA et AHU sont affectés au sein des centres hospitaliers universitaires où leur est confié une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Les assistants des hôpitaux sont quant à eux affectés exclusivement en centres hospitaliers. Dès son origine, la mise en place de l'assistantat comporte un double objectif : répondre à une demande de formation accrue des jeunes médecins et renforcer les effectifs médicaux des établissements non-universitaires qui avaient vu leur nombre d'interne fortement diminuer (LAFFORE, 1996).

Ce relatif cloisonnement entre les deux grandes modalités de post-internat universitaire et non universitaire n'est pas sans conséquence sur l'attractivité des différentes formes de post-internat et sur la répartition des spécialités médicales au sein des territoires. Aussi, des expériences de post-internat partagé se développent progressivement à partir de la fin des années 1990, soutenues par les Agences Régionales de l'Hospitalisation⁴ (ARH) et les collectivités locales.

En 2009, le décret n°2009-24 du 8 janvier ouvre la possibilité pour les CHU de recruter à leur tour des assistants spécialistes. L'objectif est de permettre à de jeunes médecins en fonction dans les centres hospitaliers d'effectuer une partie de leurs activités au sein d'un CHU, afin de bénéficier d'une formation universitaire à l'instar des chefs de cliniques. Dès

³ Décret n°61-946 du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens exerçant à temps plein dans les hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville de faculté ou école nationale de médecine et autres que les hôpitaux ruraux

⁴ Les ARH seront remplacées par les Agences Régionales de Santé (ARS) par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »)

lors, les postes d'assistants spécialistes partagés, jusqu'ici mobilisés sur un mode dérogatoire, se déploient sur l'ensemble du territoire, soutenus par un dispositif national et des initiatives locales.

1.1.3 Les marges de manœuvre laissées aux ARS dans la mise en œuvre du dispositif des ASP conduisent à une diversité de pratiques

Dans ce mémoire, nous définirons le dispositif des ASP comme l'ensemble des moyens juridiques, financiers et organisationnels, dédiés à l'ouverture, au suivi et à l'évaluation des postes d'assistants partagés au sein du territoire national.

Depuis 2009, ce dispositif combine une double initiative : nationale et régionale.

Le dispositif des ASP bénéficie tout d'abord d'un financement national, défini à l'origine par la circulaire DHOS/RH n°2009-26 du 26 janvier 2009 relative au recrutement d'assistants spécialistes dans les CHU. L'objectif affiché est « *l'ouverture du recrutement d'assistants spécialistes dans les CHU situés dans des régions sous-denses destiné notamment à proposer un post-internat aux jeunes médecins à l'issue de leur internat.* ». En d'autres termes, il s'agit de permettre aux jeunes médecins d'achever leur maquette de formation au sein des territoires présentant les besoins les plus marqués, afin d'y favoriser leur installation future. La circulaire de 2009 prévoit le financement annuel de 200 postes d'ASP (dits « assistants Bachelot »), par des crédits d'aides à la contractualisation non reconductibles. La mise en œuvre du dispositif s'effectue en deux temps. Un arbitrage à l'échelle nationale conduit à une première répartition par subdivision des 200 postes en fonction du nombre d'internes accueillis dans la subdivision et des possibilités offertes en post-internat. Il revient ensuite aux directeurs d'ARH d'identifier au sein des territoires les spécialités éligibles au dispositif et de mener à terme la procédure locale d'appel à projet permettant, *in fine*, la sélection et la nomination des candidats en collaboration avec les établissements partenaires et leurs équipes médico-administratives. Si la circulaire ne définit pas la quotité de temps minimale à effectuer en centre hospitalier elle précise toutefois que l'esprit du décret n°2009-24 du 8 janvier 2009 ouvrant la possibilité pour les CHU de recruter des assistants spécialistes n'est pas de promouvoir un exercice exclusif de l'assistant en CHU, mais bien d'étayer le parcours de formation du jeune diplômé tout en favorisant la coopération inter-hospitalière. Sur la première vague 2009-2011, 184 postes d'assistant « Bachelot » seront ainsi ouverts et bénéficieront du financement national. Ce financement sera ensuite pérennisé lors des campagnes tarifaires ultérieures conformément aux préconisations du rapport IGAS-IGAENR de juin 2010 relatif au post-internat.

Les postes d'ASP peuvent également être soutenus par une politique volontariste menée par des acteurs territoriaux, et en premier lieu par les ARS, dans le prolongement des expériences antérieures au décret de 2009. Dans ce cas, ces postes d'assistants, généralement dénommés « Assistants Spécialistes Régionaux », bénéficient principalement d'un financement via le fond d'intervention régional⁵, la définition du montant de l'enveloppe dédiée et des modalités de mise en œuvre relevant alors des directeurs généraux d'ARS.

La combinaison des différents modes de financements, national, régional voire issue de collectivités territoriales, et la grande liberté laissée aux ARS dans l'identification des projets prioritaires et la définition des modalités de mise en œuvre conduisent à une grande hétérogénéité de pratique sur l'ensemble du territoire, comme nous avons pu le constater lors du parangonnage réalisé auprès de différentes ARS. Ainsi, au cours de nos recherches, sur les quatre régions étudiées (Bretagne, Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine et Normandie), nous avons à chaque fois observé des organisations différentes, notamment en regard des points suivants :

- En fonction des ARS, les dispositifs des assistants « Bachelot » et des assistants régionaux peuvent être fondus au sein d'une même campagne ou pilotés de manière indépendante.
- Certaines ARS définissent une répartition du temps de travail entre établissements partenaires.
- Le niveau et le périmètre de l'accompagnement financier fluctue lui aussi, allant de 50 % à 70 % du coût du poste, incluant ou non la prime d'exercice territoriale. La répartition du reste à charge entre les deux établissements est également fonction des régions, et peut être réalisée au prorata du temps de présence de l'assistant ou assumé entièrement par les centres hospitaliers non universitaires.
- Enfin, les critères et les modalités de priorisation des projets diffèrent d'une région à l'autre, s'appuyant parfois sur une large concertation des acteurs hospitaliers et universitaire ou relevant au contraire de processus moins participatifs.

⁵ Créé en 2012, le Fonds d'Intervention Régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire

1.2 Le dispositif des assistants spécialistes partagés vise à soutenir le post-internat, le recrutement des établissements non universitaires et la territorialisation des soins

1.2.1 Le dispositif des ASP représente pour les acteurs régionaux une opportunité de développement du post-internat et de régulation des flux de spécialités

Depuis le milieu des années 2000, l'augmentation sensible du nombre d'internes en médecine vient mettre en tension le post-internat. Par ailleurs, ce dernier, alors même qu'il apparaît comme une étape déterminante dans l'obtention d'une spécialité médicale, peine à réduire les inégalités territoriales en matière de densité médicale et de répartition des spécialités.

Le numérus clausus, instauré en 1971, vise à limiter le nombre d'étudiants de première année de médecine admis à poursuivre leur cursus. L'objectif initial, comme souligné par la DREES (Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Statistiques) dans son ouvrage « Portrait des professionnels de santé » (2016, p. 84), était de corrélérer le nombre de médecins à former avec les capacités de formation des CHU. À partir de 1979, le numérus clausus est également arrêté en tenant compte des données démographiques. Après une forte baisse jusqu'au milieu des années 1990, il s'est très nettement redressé depuis les années 2000, comptabilisant une hausse de +86 % entre 2001 et 2016 (Ibid., p.11), avec pour conséquence un nombre croissant de jeunes diplômés. Parallèlement, le nombre de places offertes en post-internat n'ayant que faiblement progressé, celui-ci a progressivement constitué un « véritable goulot d'étranglement » (Fédération Hospitalière de France, 2014, p.10).

Tout comme l'internat, le post-internat est régulièrement la cible de critiques sur son manque d'efficacité dans la lutte contre les inégalités territoriales. Si en 2009 la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) a permis une meilleure régulation des flux des différentes spécialités médicales en fonction des besoins de santé au cours de l'internat, les différentes tentatives de régulation du post-internat restent jusqu'ici peu efficaces, notamment en l'absence de régulation nationale. L'organisation du post-internat, et notamment la répartition des postes entre subdivisions relevant davantage d'une logique d'héritage que d'attribution des ressources en fonction des besoins du territoire, il persiste ainsi de grandes disparités régionales (IGAS, IGAENR, 2010, p.48).

Le dispositif des ASP apparaît dans ce contexte comme un levier de régulation pertinent, en contribuant d'une part à augmenter le nombre de places de post-internat offertes aux jeunes diplômés et en leur permettant de terminer une maquette de formation, et d'autre part, en offrant aux acteurs régionaux, et notamment aux ARS, une visibilité accrue sur

les flux de spécialités au sein des territoires. Il se révèle être également un outil de fidélisation supplémentaire des professionnels en région.

1.2.2 Démographie médicale et attractivité des établissements de santé : deux enjeux au cœur de la gestion des ressources médicales au sein de l'hôpital public

Aujourd'hui, les difficultés de recrutement de personnels médicaux sont communes à un grand nombre d'établissements de santé. Cette situation contribue à placer la question de la fidélisation des professionnels médicaux au centre des préoccupations du champ sanitaire (VINCENT, 2005).

En effet, depuis le milieu des années 2000, de nombreux établissements de santé éprouvent des difficultés importantes à pourvoir les postes vacants. Cette situation se révèle très hétérogène, en fonction des régions et des spécialités médicales (SCHWEYER, 2000, p.19). Elle est ainsi particulièrement critique pour les établissements de petites tailles situés dans les territoires sous denses, sur des spécialités comme la radiologie ou l'anesthésie.

Les facteurs à l'origine de ces difficultés sont pluriels. Ils tiennent en partie à une évolution démographique médicale défavorable que tend à corriger la hausse du numérus clausus (BESSIERE, 2004). Mais ils sont également liés à une crise d'attractivité que peuvent traverser les structures hospitalières publiques, soumises à un environnement particulièrement concurrentiel (LE MENN, 2015, p. 12). Dans ce contexte, l'Hôpital rencontre davantage de difficultés pour recruter dans des spécialités présentant une forte pénibilité liée au poids de la permanence des soins (VERAN, 2013, p.9). Ces difficultés sont encore majorées si l'établissement de santé présente une taille relativement réduite, avec un exercice médical perçu comme plus isolé, moins diversifié et moins propice à la formation (Ibid., p.10).

Le manque d'effectifs médicaux induit des conséquences multiples. Les établissements peuvent tout d'abord éprouver des difficultés à assurer la permanence et la continuité des soins (HARTMANN, 2006, p. 91). L'accueil des urgences, le maintien des lignes de SMUR, le fonctionnement 24h/24 d'une maternité, sont autant d'activités dont l'effectivité peut être durement impactée par des difficultés récurrentes de recrutement médical. Ces difficultés de recrutement peuvent également avoir un retentissement social, avec une charge de travail accrue pour les praticiens en poste sur l'établissement, avec pour risque les situations d'épuisement professionnel, qui, dans un cercle vicieux, contribuera à augmenter les besoins médicaux et tendra encore davantage la gestion des effectifs (IGAS, 2012, p. 22). Par ailleurs, le recours à l'intérim médical visant à pallier le déficit de

recrutement, représente un coût important pour les établissements, et ne constitue pas une solution satisfaisante en termes de qualité de prise en charge. Les agences d'intérim sont en outre elles-mêmes confrontées à une pénurie de main d'œuvre dans certaines spécialités.

Face à ses difficultés, les établissements développent de nouvelles stratégies pour renforcer leur attractivité. De nombreuses études mettant en évidence le fait que les jeunes médecins s'installent préférentiellement dans la région où ils ont effectué leur formation (CREDES, 2001, p.19), l'accueil des jeunes médecins en post-internat, notamment sur des postes d'ASP, représente aujourd'hui pour les centres hospitaliers un levier essentiel de leur politique de recrutement médical.

1.2.3 La structuration actuelle du champ hospitalier se conçoit avant tout dans une logique de coopération territoriale

En 2004, la circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars relative à l'élaboration des Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de troisième génération identifie le territoire de santé comme nouvel échelon local de définition de la politique de santé. Dès lors, la structuration du secteur de la santé suivant le paradigme de la gradation et de la territorialisation des soins s'accélère (CNEH, 2010). La logique de parcours de soins s'impose peu à peu, tant entre la médecine de ville et le secteur hospitalier qu'à l'intérieur même du champ hospitalier. Les coopérations hospitalières se multiplient, contribuant notamment au développement de filières de soins inter-établissements et à la mutualisation de plateaux techniques (CHANLIAU J., 2010).

En 2009, la création des communautés hospitalières de territoires, nouvel outil de la loi HPST, représente pour le législateur la première tentative de systématisation d'une organisation coordonnée du champ hospitalier à l'échelle d'un territoire. Mais c'est véritablement l'instauration des Groupements Hospitaliers de Territoire par la loi de modernisation de notre système de santé qui imposera aux acteurs hospitaliers publics d'articuler les différents projets médicaux d'établissement au sein d'un projet médical partagé et la mutualisation de fonctions supports.

Cette logique de gradation des soins, qui se concrétise par des filières inter-établissements structurées en niveaux de recours impose des échanges et des collaborations accrues entre les équipes médicales des établissements de santé. Et parallèlement au développement des flux patients entre les établissements, se développent également des flux de personnels médicaux. La pratique du temps partagé, dans une logique de coopération territoriale et de réponse aux difficultés de recrutement

des établissements périphériques, est ainsi encouragée. À partir de 2001⁶, les praticiens exerçant sur plusieurs établissements bénéficient d'une prime dite « multi-sites », qui sera remplacée en 2017 par la prime d'exercice territorial.

La dynamique de coopération inter-établissements promue par la loi de modernisation de notre système de santé relève d'une logique de plus en plus intégrée, comme l'illustre la création des pôles inter-établissements et des équipes médicales de territoire. Dans ce contexte, le dispositif des ASP peut apparaître comme un outil supplémentaire au service des filières inter-établissements.

1.3 La mise en œuvre du dispositif des assistants spécialistes partagés au sein de la subdivision rennaise

1.3.1 L'ARS Bretagne mène une politique volontariste visant à soutenir l'assistantat partagé

Depuis 2009, à l'instar de la plupart des régions, l'ARS Bretagne mène une politique de soutien au dispositif des ASP. Ainsi, chaque année, elle finance via le FIR un certain nombre de postes d'ASP, en complément des postes offerts dans le cadre du dispositif d'initiative nationale.

Le dispositif des ASP est monté en charge progressivement au sein de la région Bretagne. Il a véritablement commencé à bénéficier d'une mobilisation importante de crédits régionaux à partir de 2012. Un nombre croissant de postes d'ASP a ainsi été financé chaque année. En 2017, sur les deux subdivisions que compte la région Bretagne (Rennes et Brest), 94 postes d'ASP ont bénéficié d'un financement pour un montant total de 3 666 000 €, constitué à plus de 75 % de crédits FIR.

L'ARS Bretagne fait le choix d'appliquer un niveau de financement différent en fonction de la répartition du temps de travail de l'assistant. Ainsi, concernant la campagne 2017, un assistant réalisant au moins 50 % de son temps sur un CH périphérique était financé à hauteur de 91 000 € pour une durée de deux ans. Un temps de travail sur le CH périphérique compris entre 30 % et 40% donnait lieu à un financement de 65 000 €. Les projets présentant une quotité de temps de 20 % n'étaient examinés que de manière exceptionnelle.

Par son investissement dans le dispositif des ASP, l'ARS Bretagne souhaite soutenir le post-internat des jeunes médecins et promouvoir les coopérations territoriales au sein des GHT et en lien avec les CHU. Elle marque également sa volonté d'accompagner le

⁶ Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux

maintien et le développement d'activités au sein des centres hospitaliers non universitaires du territoire, qui peuvent présenter des difficultés chroniques de recrutement.

1.3.2 Le déroulement de la campagne annuelle des ASP

C'est l'envoi des Appels À Projet (AAP) par l'ARS au cours de la première quinzaine de janvier qui marque le début de la campagne annuel des ASP.

Pour ce faire, l'Agence transmet au Directeur des Affaires Médicales (DAM) du CHU de la subdivision, avec copie aux DAM des CH périphériques, un document de cadrage initial précisant les conditions d'accompagnement budgétaire des postes d'ASP, ainsi qu'un outil Excel de recensement des projets. Ce dernier permet, pour chacun des postes, de recueillir :

- le nom du candidat pressenti, condition indispensable au traitement des dossiers ;
- la spécialité concernée ;
- le cas échéant, le besoin de post-internat (DES, DESC)
- l'organisation inter-établissements (établissements recruteurs, répartition du temps de l'ASP) ;
- les motifs de demande d'ouverture de poste pour les établissements partenaires (diminution des demandes d'intérim ou de temps additionnel, développement des coopérations, maintien ou développement d'activité) ;
- les perspectives d'évolution de l'emploi au terme de l'assistantat ;
- la priorisation du projet pour l'établissement recruteur.

L'ARS Bretagne confie au CHU le recensement des projets de sa subdivision, y compris ceux pour lesquels le CHU n'est pas partie prenante (partenariat entre deux CH non universitaires). Sur la subdivision rennaise, à la suite de l'AAP régional, ce sont les chefs de services et les PU-PH du CHU qui vont être chargés des demandes de renouvellement ou de création de postes d'ASP, via la transmission à la direction des coopérations et à la direction des affaires médicales d'une fiche de renseignements dédiée. Parallèlement, le renseignement de l'outil Excel par les DAM des établissements périphériques constitue un deuxième circuit de recensement. Au cours de la première quinzaine de février, le CHU transmet à l'ARS les projets prévoyant une prise de fonction en mai de l'année N. Un mois plus tard, l'ARS Bretagne notifie aux établissements la liste des projets retenus. La deuxième vague de projets, prévoyant une prise de fonction pour les ASP en novembre de l'année N ainsi qu'en mai de l'année N+1 pour les candidats déjà identifiés, est transmise par le CHU au cours de la première quinzaine d'avril, pour une notification par l'ARS au cours du mois de juin.

Aujourd'hui, l'ARS finance chaque projet annuellement, bien que l'engagement du dispositif national pour les postes d'ASP soit de principe prévu pour deux ans (la troisième année pouvant être accompagnée de manière dérogatoire). Une réflexion est actuellement en cours pour un financement pluri-annuel de certains projets.

1.3.3 Le dispositif des ASP au sein de la subdivision rennaise, du GHT Haute Bretagne et du centre hospitalier Simone Veil

La région Bretagne est constituée des subdivisions de Brest et de Rennes. Cette dernière comprend : le département d'Ille-et-Vilaine ; une partie du département des Côtes-d'Armor (les communes de Saint-Brieuc, Dinan, Rostrenen, Bégard, Plémet, Loudéac) et le département du Morbihan à l'exception de la commune de Caudan. Elle compte, en plus du CHU de Rennes, cinq établissements supports de GHT.

Le GHT Haute Bretagne, situé en Ille et Vilaine, est composé des établissements publics de santé du territoire de santé n°5 (le département d'Ille et Vilaine comprend également le territoire n°6 de santé du bassin de Saint Malo - Dinan). Il est constitué du CHU de Rennes, établissement support, et de 10 centres hospitaliers, dont le centre hospitalier Simone Veil, situé sur la commune de Vitré. Le GHT dessert un bassin de population de plus de 900 000 habitants. Il possède une capacité d'accueil de 4 877 lits et places, et emploie 11 174 professionnels dont près de 914 médecins, 394 internes et 9 866 personnels non médicaux. L'ensemble des budgets de fonctionnement des établissements parties représente un total de 954,9 millions d'euros. Au sein du GHT, de nombreuses actions de coopération sont développées dans plusieurs spécialités médicales, chirurgicales mais aussi médico-techniques. Elles constituent plusieurs filières inter-établissements permettant d'organiser les prises en charge spécialisées des patients au plus près de chez eux, tout en structurant l'offre de recours vers le CHU. Elles apportent également un soutien en termes de ressources médicales pour les établissements en difficultés de recrutement. Dans cette dynamique de coopération, le partage de temps médicaux représente un outil essentiel. Ainsi, plus de 35 médecins du CHU exercent une activité partagée avec un autre établissement du GHT Haute Bretagne.

Concernant le dispositif des ASP, 54 postes ont été déployés en 2017 au sein de la subdivision rennaise. Ils ont été répartis de la manière suivante :

- GHT Haute Bretagne : 26 postes attribués (23 ASP CHU /CH et 3 ASP CH/CH) ;
- GHT Rance Émeraude : 6 postes attribués (tous CHU/CH) ;
- GHT Armor : 9 postes attribués (6 ASP CHU/CH et 3 ASP CH/CH) ;

- GHT Brocéliande Atlantique : 9 postes attribués (7 ASP CHU/CH et 2 ASP CH/CH) ;
- GHT Bretagne Sud : 3 postes attribués (2 ASP CHU/CH et 1 ASP CH/CH)
- GHT Centre Bretagne : 1 poste attribué (1 ASP CHU/CH)

Sur les 26 postes déployés au sein du GHT Haute Bretagne lors de la campagne de 2017, 6 concernaient un partenariat entre le CHU de Rennes et le CH Simone Veil. Les projets retenus pour le CH Simone Veil intéressaient plusieurs spécialités :

- 1 poste d'ASP en gastro-entérologie ;
- 1 poste d'ASP en gynécologie-obstétrique ;
- 1 poste d'ASP en pneumologie ;
- 1 poste d'ASP en pédiatrie ;
- 1 poste d'ASP en chirurgie viscérale ;
- 2 postes d'ASP en psychiatrie.

En 2018, le CH Simone Veil compte un total de 8 postes d'ASP, dont 6 avec le CHU de Rennes, et 2 avec l'EPSM de Rennes, le Centre Hospitalier Guillaume Rénier. Les postes d'ASP représentent ainsi plus de 12% du nombre total de postes médicaux vitréens.

2 Le dispositif des ASP permet aux jeunes professionnels d'accéder à l'autonomie d'exercice et aux établissements de bénéficier de ressources médicales supplémentaires, dans un contexte d'enjeu territorial de structuration de l'offre de soins

Réinterroger les finalités du dispositif des ASP nécessite de comprendre le point de vue des différentes parties prenantes, à savoir l'ARS, qui en est à la fois le financeur et le régulateur, le CHU de la subdivision qui tient un rôle central dans sa coordination, les établissements de santé du territoire qui y recourent, les équipes médicales des services d'accueil et les assistants partagés eux-mêmes. Choisi généralement dans le cadre d'un projet de sur-spécialisation, l'assistantat partagé représente pour les jeunes médecins une opportunité de post-internat enrichissante lorsque les contraintes liées à l'exercice partagé restent acceptables (2.1). Ces jeunes professionnels constituent un renforcement très souvent temporaire des équipes médicales des services d'accueil, nonobstant les nombreuses contraintes organisationnelles que leur mobilisation entraîne (2.2). La coordination du dispositif, ayant vocation pour l'ensemble des parties prenantes à s'inscrire dans une démarche plus participative, représente potentiellement un atout pour le CHU dans la structuration de l'offre de soins territoriale (2.3).

2.1 L'assistantat partagé, s'il permet à un jeune professionnel de bénéficier à la fois d'une formation de référence en CHU et d'une qualité de vie au travail accrue en CH périphérique, induit des contraintes particulières

2.1.1 L'assistantat partagé, après avoir longtemps souffert d'une représentation négative, voit aujourd'hui son attractivité se développer, notamment du fait de retours d'expériences positifs

C'est au cours du troisième cycle des études médicales que les futurs assistants construisent leur projet de post-internat. Ils prennent connaissance des possibilités qui leur sont offertes par l'intermédiaire de leur encadrement médical, des chefs de clinique et des assistants déjà en poste. Ces jeunes médecins peuvent faire le choix du post-internat pour plusieurs raisons. Les ASP que nous avons rencontrés étaient tous dans une démarche d'obtention d'une sur-spécialité médicale. Certains ont également souligné l'intérêt de bénéficier d'une période de séniorisation au sortir des études médicales, à un moment où ils n'ont pas encore le sentiment d'être pleinement autonome dans leur exercice professionnel.

Trois principales possibilités de post-internat s'offrent à ces futurs professionnels : le clinicat, l'assistantat sur un établissement de grande taille (CHU ou CH support de GHT), et l'assistantat partagé.

Pour les professionnels interrogés, ces trois modalités de post-internat peuvent être classées sur une échelle de valeur communément partagée parmi les équipes médicales hospitalières. Les postes de chef de clinique seraient ainsi les plus prestigieux puisqu'ouvrant l'accès à une carrière universitaire. Ils nécessiteraient également un investissement personnel très important. Les postes d'assistant spécialiste, à temps plein sur un CHU ou sur un CH support, permettraient aux jeunes médecins d'exercer une activité jugée attractive, au sein d'un environnement humain et technique propice à la formation. L'image renvoyée par les postes à temps partagé serait quant à elle plus négative. Un ASP résume ainsi ce qu'il perçoit de la représentation de sa fonction :

« C'est un peu finalement médecin de seconde zone d'être partagé sur un petit hôpital. Chez une population médicale qui a souvent un peu le melon, on est un peu des moins bon docteur quoi. Si on travaille dans des petits hôpitaux c'est que bon, on est pas particulièrement carriériste et qu'on n'est pas les meilleurs. Bah on peut aussi fonctionner sans nous, ça je m'en fiche, mais oui, s'il devait y avoir une hiérarchie des docteurs, ceux qui travaillent à temps plein au CHU, ce sont les meilleurs, et ceux qui sont partagés sont moins indispensables et peut-être moins bons. »

Plusieurs professionnels interrogés attestent de cette représentation négative de la fonction d'ASP par rapport aux autres formes de post-internat. L'assistantat partagé serait ainsi perçu comme conduisant à une implication moindre du professionnel dans les prises en charge, et à une participation limitée au collectif. L'exercice au sein d'un CH de petite taille, « *pas à la pointe* », serait également peu attractif. Outre le fait qu'il serait le signe d'une compétence médicale moins élevée par rapport à un professionnel exerçant en CHU, il présenterait également un caractère anxiogène pour les internes, craignant une pratique isolée, sans possibilité de séniorisation du fait des difficultés de recrutement. La crainte d'exercer au sein des « petits périphériques » est d'autant majorée que les étudiants n'y effectuent que très rarement des semestres de stage, et qu'ils ne peuvent donc pas confronter leurs représentations à la réalité du terrain.

L'accès aux postes de chefs de clinique étant restreint aux professionnels engagés dans une démarche universitaire et les postes d'assistants spécialistes non partagés apparaissant limités, l'assistantat partagé représente parfois la seule possibilité pour un jeune médecin de bénéficier d'un post-internat. La plupart des professionnels interrogés soulignent que ce choix initial est alors souvent fait par défaut.

Quelques professionnels rencontrés émettent toutefois un avis plus nuancé, affirmant que les représentations des différentes modalités de post-internat tendraient aujourd'hui à évoluer. L'assistantat partagé, même s'il ne jouit pas d'une image fortement valorisée, relèverait de plus en plus d'un choix positif, comme le souligne ce jeune médecin :

« Le CHU ne m'intéresse pas trop en dehors du côté sur-spécialisation dans ce domaine-là qui m'intéresse. J'aime pas trop l'ambiance du CHU parce qu'ils sont très carriéristes en fait, et puis en gros, l'expérience que j'en ai sur mon internat, c'est que je ne veux pas vivre comme vivaient les assistants chefs de clinique, les praticiens hospitaliers derrière, parce qu'il y a un investissement personnel qui est plus important que ce que je voulais donner personnellement. Donc c'était pour ça que j'étais assez attaché d'emblée à avoir un poste partagé. »

L'investissement personnel requis pour un poste de chef de clinique et la charge de travail qui y est associée représenteraient ainsi une contrainte importante pour un jeune médecin qui ne se destinerait pas forcément à une carrière universitaire. Plusieurs professionnels rencontrés ont insisté sur les attendus nombreux et élevés de ce type de poste, en termes de formation personnelle, d'activité clinique, d'enseignement et de recherche. Dans la représentation actuelle de beaucoup de jeunes diplômés, ces efforts ne sont plus forcément compensés par le prestige de la fonction ou par son niveau de rémunération, d'autant plus que la prime d'exercice territoriale (PET) offerte aux professionnels exerçant sur plusieurs sites tendrait à diminuer les écarts de rémunération entre les postes de chefs de clinique et d'ASP. Comme le remarque un PU-PH, il existe donc aujourd'hui de nombreux facteurs pouvant contribuer à ce qu'un jeune médecin oriente davantage son choix vers un assistantat partagé plutôt que vers une modalité universitaire, d'autant plus s'il bénéficie de retours d'expériences positifs de la part d'anciens ASP. En effet, tous les professionnels interrogés soulignent l'importance de ces échanges, positifs ou négatifs, entre les jeunes professionnels et leurs aînés, dans la détermination de la modalité de post-internat, et dans le choix de l'établissement partenaire s'ils se destinent à un assistantat partagé.

2.1.2 Des postes d'assistants partagés dont le déploiement est piloté par le PU-PH de la spécialité

Chaque année, dans le cadre de la campagne régionale des ASP, le CHU assure le recensement de l'ensemble des projets de sa subdivision. L'aspect opérationnel de cette démarche est délégué aux PU-PH des différentes spécialités, pouvant par ailleurs occuper des fonctions de chef de pôle, de chef de service et de coordonnateur⁷ de DES et de DESC.

⁷ Coordonnateur : enseignant chargé de coordonner l'organisation des enseignements théoriques et pratiques de chaque diplôme d'études spécialisées dans l'interrégion ou la subdivision

Missionnés par le directeur des affaires médicales du CHU, ils se retrouvent alors au cœur d'un processus informel conduisant, *in fine*, à l'émergence des projets d'assistantats partagés. Leur fonction principale semble être de favoriser la mise en relation des jeunes médecins en recherche de post-internat avec les établissements de santé en demande de temps médical, en allant à la rencontre des équipes médicales et des équipes de directions des CH de la subdivision, ou, à l'inverse, en répondant à leurs sollicitations.

L'implication des différents PU-PH dans le développement du dispositif des ASP apparaît relativement variable. Certains professionnels seraient réputés pour leur investissement minimal, tandis que d'autres adopteraient une démarche particulièrement proactive, comme l'illustre cet ASP :

« Il fait quelque chose pour qu'on ait tous un poste, il essaye de trouver des solutions pour chaque fois. Là, il dit pas : vous vous trouvez votre post-internat, comme dans certaines spécialités et voilà. Quand il m'a proposé ce poste c'est un commercial : c'est super bien, en plus tu as la prime : c'est génial. Il le vend très bien quoi, il est motivé, je pense qu'il veut entretenir ça, le partenariat. »

Les futurs assistants ne perçoivent généralement qu'une partie des démarches conduisant à l'ouverture d'un poste. Aussi, ils ont parfois le sentiment d'un processus relativement opaque, au sein duquel leur projet de post-internat est élaboré sans qu'ils n'y soient véritablement associés.

« C'est le Chef de Pôle qui propose au CHU, qui nous met dans ses petites cases, dans son fichier Excel. De temps en temps il nous appelle et il nous demande où on veut aller, enfin il nous propose des choses et des fois, c'est pas forcément adapté à ce qu'on veut. » Un ASP

Pour ces jeunes professionnels, se voir proposer un projet peu personnalisé et ne répondant que partiellement à leurs attentes de formation ou d'activité représente un risque d'insatisfaction important au cours du post-internat. Parfois, ce n'est pas la définition du projet qui se révèle délicate, mais sa mise en œuvre, notamment lorsque le CHU ou l'établissement périphérique rencontre des difficultés pour tenir ses engagements. Pour limiter ces risques d'insatisfactions, il semble primordial que la démarche d'élaboration du projet d'ASP soit la plus collective possible et associe l'ensemble des parties prenantes du partenariat. C'est pourquoi, particulièrement lors de la création d'un nouveau poste partagé, les PU-PH peuvent organiser des temps de rencontre entre le futur ASP et les représentants des équipes médicales et de direction des établissements partenaires. L'objectif est alors d'échanger sur le contenu possible du poste et sur les attentes et les contraintes de chacun, afin d'aboutir à une organisation qui soit soutenable pour l'ensemble des parties prenantes. Une ancienne ASP décrit ainsi le processus de négociation inter-services :

« On a fait une réunion ici où il y avait l'ensemble des médecins. Il y avait ma collègue qui devait prendre l'autre poste et du coup on a rencontré l'équipe et on a vu comment ça pouvait éventuellement se mettre en place. On m'a proposé un planning qui était monstrueux, avec des demi-journées au CHU puis l'autre demi-journée ici, enfin des choses qui n'étaient pas du tout compatibles. Moi ce que je voulais c'était faire du bloc : les plages de bloc elles étaient positionnées sur la plage des urgences donc rapidement on a compris que bah, on peut pas avoir de plage de bloc programmée sur la plage des urgences puisque le concept c'est qu'on peut pas programmer dessus (...) Donc voilà, ma collègue elle a fait demi-tour du coup, elle a pris un autre poste et puis moi j'avais vraiment, c'était impératif de devoir rester sur Rennes donc j'avais pas vraiment le choix en fait, donc on a fini les choses, on a reposé les conditions, on a rediscuté, on a recréé un planning, (...) et là c'est devenu envisageable. »

La collégialité et le partage d'informations, comme le souligne cette professionnelle, peuvent amener un candidat potentiel à se désister, au vue des contraintes organisationnelles ou d'un manque d'adéquation par rapport à ses objectifs. Mais ils apparaissent également comme la condition *sine qua non* d'un engagement éclairé de l'ensemble de parties prenantes, et, *in fine*, un facteur de réussite essentiel du partenariat. Pour autant, ce type de rencontre ne semble pas systématique, et beaucoup de projets sont élaborés sans réunion préalable de l'ensemble des acteurs, limitant ainsi la visibilité que pourraient en avoir certaines parties prenantes, et notamment les équipes de direction des établissements partenaires.

2.1.3 Allier obtention de compétences ou de spécialités supplémentaires en CHU et qualité d'exercice en CH périphérique suppose l'acceptation des contraintes inhérentes à un exercice partagé

Pour l'ensemble des professionnels interrogés, l'assistantat partagé représente pour le jeune médecin qui s'y destine l'opportunité de développer un exercice professionnel particulièrement enrichissant, au sein de deux environnements hospitaliers présentant chacun des intérêts propres. Cet exercice n'est toutefois pas exempt de contraintes.

L'ancrage au CHU permet aux assistants s'inscrivant dans une démarche de sur-spécialisation de bénéficier d'une formation universitaire de haut niveau. L'accès à un plateau technique de pointe, le contact avec des équipes expertes, la participation aux staffs et la prise en charge de cas cliniques complexes sont autant de situations qu'ils peuvent mettre à profit pour parfaire leur cursus.

Parallèlement, un temps partagé au sein d'un centre hospitalier de taille plus modeste permet à ces jeunes professionnels d'accéder à une qualité d'exercice qu'ils ne connaissent pas en CHU. Le rythme de travail en CH périphérique apparaît ainsi sensiblement moins élevé qu'en CHU. Les professionnels peuvent organiser plus aisément leur activité, ce qui favorise l'articulation entre leur vie professionnelle et

personnelle. Si l'activité médicale s'y révèle moins technique qu'en CHU, elle est en revanche plus diversifiée. Les assistants peuvent ainsi prendre en charge un secteur d'hospitalisation, réaliser des consultations et des gestes techniques, tout en bénéficiant d'un accès facilité au plateau technique. Ils ont la possibilité de développer une connaissance fine de leur file-active, avec une plus grande proximité dans leurs relations aux patients. Les professionnels y décrivent également une organisation moins pyramidale qu'en CHU, où l'exercice professionnel peut être vécu comme plus impersonnel, avec des relations inter-personnels parfois empreintes de tension et de compétition. Dans ces établissements périphériques, les ASP semblent ainsi bénéficier d'une plus grande écoute de la part de l'ensemble de l'institution, et d'une reconnaissance professionnelle accrue.

« Le CHU c'est aussi une grosse machine bah il y a quand même pas mal... moi les contraintes que je vois quand je suis au CHU j'ai toujours l'impression d'être... pas un étudiant mais un bébé médecin (...) on a toujours encore des chefs au-dessus qui nous disent quoi faire, on est pas... on est médecin mais on a pas vraiment la décision sur plein de choses, et à un moment on a envie d'avancer. Moi, au CHU, c'est peut-être un peu bête, mais je n'ai pas de bureau. Donc je suis arrivé, le premier jour on m'a dit : toi t'es l'assistant partagé. Là-bas l'assistant partagé c'est quand même pas grand-chose. (...) Donc ici je suis arrivé il y a un bureau qui est lumineux, je peux mettre mes affaires, rien que ça on a l'impression d'avoir une considération. Quand je discute avec le docteur A. et le docteur B., ils me demandent des avis comme si j'étais... enfin j'ai l'impression d'être un médecin, de participer. » (Un ASP).

Mais si l'assistantat partagé semble ainsi permettre aux jeunes médecins de bénéficier à la fois d'une formation de pointe en CHU, et d'une qualité de vie au travail accrue en CH périphérique, cet exercice comporte également des contraintes fortes. Ces dernières sont principalement de trois ordres. La contrainte la plus souvent mentionnée par les médecins est celle des trajets professionnels et de l'éloignement du domicile familial. Les ASP habitant le plus souvent à proximité du CHU ou du CH support, le trajet pour se rendre sur l'établissement périphérique peut être relativement important. Lorsque les assistants y réalisent des gardes et astreintes, ils peuvent rester éloignés plusieurs jours de leur domicile. L'éloignement géographique des deux établissements partenaires contribue parfois à limiter l'attractivité de certains postes d'ASP, notamment pour les jeunes professionnels avec enfants, et à favoriser les établissements les plus proches du CHU ou du CH support. Cette présence « *en pointillée* » sur les deux établissements influe également sur les relations que l'ASP entretient avec ses collègues. Accepter une activité partagée implique ainsi pour le jeune professionnel d'occuper une place singulière au sein des équipes médicales, et d'assumer que son apport au collectif puisse souffrir d'un manque de visibilité, comme le souligne cet assistant :

« Finalement c'est un peu des médecins qui sont toujours dans le vent : on sait pas si ils sont là ou pas là, on a du mal à intégrer sur un site quels sont les jours où ils sont là, enfin quand est-ce qu'on peut le solliciter et l'appeler, et les jours où il est dans l'autre ville. C'est plus difficile de s'intégrer dans l'équipe médicale quand on est sur un poste partagé aussi, parce que les autres médecins ne savent pas trop qu'on est là ou pas là et qu'on participe moins aux décisions de groupe parce qu'on est pas forcément là pour les réunions importante. »

L'exercice de l'assistantat partagé nécessite enfin de s'adapter à deux environnements hospitaliers différents. Le professionnel doit ainsi intégrer deux organisations présentant chacune ses acteurs, ses procédures propres et son système d'information dédié. L'assistant est intégré au sein de deux plannings, et doit organiser son temps de travail en fonction d'exigences de services parfois contradictoires.

2.2 L'ASP représente une ressource médicale non négligeable pour les établissements partenaires, mais dont la mobilisation requiert des exigences organisationnelles spécifiques

2.2.1 Le recours aux ASP permet un renforcement des équipes médicales, dans un contexte de raréfaction de la ressource et de tensions budgétaires

Le dispositif des ASP permet d'apporter une ressource médicale supplémentaire aux établissements partenaires. Si ce renfort bénéficie d'un accompagnement financier piloté par l'ARS, il induit également des coûts dont la prise en charge par les établissements peut parfois être source de désaccord.

Dans beaucoup de situations, l'ouverture d'un poste d'ASP permet aux CH de petite taille d'attirer au moins pendant deux ans un praticien qui ne serait pas venu sur un post-internat non partagé, ou même sur un poste de praticien hospitalier contractuel ou titulaire. C'est pourquoi le recours au dispositif des ASP représente pour ces établissements un intérêt stratégique certain dans le maintien et le développement de nouvelles activités. Ces jeunes professionnels contribuent également à l'apport de nouvelles pratiques et de nouveaux protocoles de prise en charge au sein des équipes médico-soignantes. Pour de nombreux professionnels interrogés, ils favorisent également l'amélioration globale de la perception que les usagers peuvent avoir de la qualité des soins proposés au sein des CH périphériques. Un des directeurs des affaires médicales rencontrés exprime toutefois un avis plus mitigé sur la contribution potentielle des ASP à l'amélioration de l'image de l'établissement. Selon lui, seules de véritables équipes médicales de territoire permettraient aux CH périphériques de promouvoir une amélioration significative de la qualité des prises en charge, le gain induit par les ASP restant limité à ses yeux.

Pour le directeur des affaires médicales du CHU, si le dispositif des ASP représente un intérêt stratégique pour les établissements périphériques, il constitue en revanche plus une charge qu'une opportunité potentielle pour le CHU lui-même. Ainsi, il n'aurait pas vocation à offrir à ses équipes médicales des ressources supplémentaires. C'est pourquoi, la politique de l'ARS consistant à reconduire des postes au-delà de deux ans en finançant successivement de nouveaux ASP apparaît à ses yeux comme une dérive du système. Cette pratique, en contribuant à fixer des ressources médicales au sein des services, conduirait à les intégrer de fait dans le fonctionnement de base, allant à l'encontre de la finalité du dispositif des ASP qui prônerait davantage l'accompagnement de projets ponctuels. Mais au-delà de cette volonté affichée de non-utilisation des ASP en renfort des effectifs du CHU, le directeur des affaires médicales reconnaît toutefois qu'il est très difficile d'éviter que les postes d'ASP ne constituent en partie un effet d'aubaine pour les chefs de service :

« C'est d'abord pour répondre à des besoins aujourd'hui de temps médical sur le territoire, c'est-à-dire que j'évite au maximum, mais c'est très tentant pour moi, j'évite au maximum de répondre à mes besoins internes par les assistants spécialistes partagés. Alors évidemment parce que c'est les coordonnateurs qui irriguent aussi le territoire et qui sont aussi chef de service qui font faire les demandes, souvent ça se confond »

En effet, au-delà des discours managériaux, les pratiques observées laissent apparaître une réalité plus complexe, où le CHU semble, malgré tout, tirer certains bénéfices du dispositif des ASP. Les ASP semblent ainsi être régulièrement sollicités pour venir combler des besoins ne nécessitant pas la présence d'un temps plein. Ils participeraient également activement à la permanence des soins, comme le souligne ce chef de service d'établissement périphérique :

« Le PU-PH, ce qu'il veut, c'est avoir du monde : avoir du monde pour avoir un service de garde qui roule, avoir du monde pour combler les petits trous, des consult, des salles, parce que quand ils arrivent il ne faut pas s'imaginer qu'ils ont le choix de ce qu'ils vont faire au CHU. Donc on leur dit : toi tu fais cette salle. Donc Monsieur A. quand il est venu, il a fait là où il y avait un bout qui manquait, et donc du coup, il comble les trous dans son organisation avec des petits morceaux et ils ont donc plus de monde pour la liste de garde donc moins de charges pour tout le monde »

Dans un contexte budgétaire particulièrement contraint, les ASP pourraient parfois apparaître en CHU comme l'unique solution permettant à un chef de service de renforcer ses effectifs. Un PU-PH rencontré a ainsi souligné que les postes d'ASP représenteraient aujourd'hui la seule ressource supplémentaire qui pourrait lui être accordée dans le cadre de la révision annuelle des effectifs médicaux.

Bien que le dispositif des ASP soit largement soutenu financièrement par l'ARS, il semble toutefois engendrer des coûts non négligeables pour les établissements partenaires. Au sein des CH périphériques, l'accueil d'un ASP représente potentiellement une diminution des dépenses d'intérim. Mais il génère également différents coûts, liés notamment à l'acquisition des équipements nécessaires à la réalisation de son activité et à l'affectation de temps paramédicaux supplémentaires. Ces investissements peuvent être parfois particulièrement délicats, au regard des situations budgétaires souvent difficiles et en absence de garantie sur la pérennité des activités développées. Au sein des CHU et des CH supports, c'est davantage la multiplication des projets d'ASP qui conduit à la constitution d'un reste à charge conséquent. Au sein du GHT Haute Bretagne, il n'existe pas de politique de référence relative à la répartition entre les deux établissements partenaires de la part du poste d'ASP non financée par l'ARS. Cette situation peut être à l'origine de désaccords persistants entre les CH périphériques et le CHU de Rennes, comme le souligne un PU-PH :

« D'accord pour les partenariats, mais c'est le CH qui paye, et un moment ça ne fonctionne pas ça, il faut, on ne peut pas être là à tirer alors que l'hôpital est en grande difficulté financière et qu'il paye pour sa survie. Il faut que le CHU participe à l'abondement et il n'est pas dans cette logique là aujourd'hui. Donc c'est un peu compliqué les relations et le déploiement de projets du moment, c'est-à-dire qu'il ne paye pas donc ça met en tension les échanges qu'on peut avoir avec les autres CH »

La question de la répartition du reste à charge représente un véritable point d'achoppement dans la construction des partenariats, mis en évidence par plusieurs professionnels rencontrés. En effet, antérieurement ventilées au prorata du temps de présence de l'ASP au sein des établissements, il semble aujourd'hui que les charges restantes soient entièrement assumées par les établissements périphériques lorsque le l'assistant y réalise au moins 50% de son temps. Pour un directeur des affaires médicales d'un CH périphérique, c'est davantage le manque de concertation dans la définition des modalités de répartition du reste à charge que la pratique en elle-même qui est facteur d'incompréhension pour les acteurs du territoire.

2.2.2 L'intégration des ASP au sein des équipes médicales impose de nouvelles exigences organisationnelles, notamment en regard de la continuité des soins

L'accueil d'un ASP au sein d'un service peut s'avérer délicat du point de vue organisationnel, d'autant plus si d'autres professionnels y exercent également des missions à temps partagé. Cette particularité d'exercice vient en effet compliquer, pour les deux établissements partenaires en général et les deux services d'accueil en particulier, l'organisation des gardes et astreintes, la programmation des congés annuels et des

temps de récupération, ou encore la gestion de l'auto-remplacement. Les chefs de services rencontrés soulignent l'importance dans ce type d'organisation d'un engagement mutuel de l'ensemble de l'équipe médicale. La gestion des temps partagés peut en effet être à l'origine de tensions, entre collègues d'une même équipe, mais aussi entre les deux services partenaires. L'équité dans la répartition du temps de l'ASP entre les deux services apparaît régulièrement comme un point sensible. En l'absence d'un système d'information commun de gestion du temps de travail, le contrôle du respect des quotités de temps s'avère très difficile, et chacune des parties prenantes peut parfois se sentir flouer dans la mise en œuvre du partenariat.

La majeure partie des professionnels rencontrés souligne que l'assistantat partagé apparaît difficilement compatible avec l'exigence de continuité des prises en charge. Ce constat implique la mise en place d'une organisation spécifique au sein des services permettant aux médecins temps plein de pallier à l'absence de leur collègue. Il est aussi parfois à l'origine de frustration chez les ASP eux-mêmes, comme le souligne ce professionnel :

« C'est difficile d'être sur deux sites et d'avoir du mal à suivre finalement les choses sur les deux endroits, parce que parfois, les décisions, elles se prennent au jour le jour, donc je suis là un peu en pointillé. C'est un peu difficile de suivre les dossiers et d'être actif dans les décisions (...) en fait je dois toujours reprendre les choses à zéro parce qu'il y a pas de continuité finalement, et parfois de devoir prendre des décisions sur des patients qu'on a finalement jamais vu, qu'on a jamais vu parce qu'ils sont là depuis 4 jours mais je suis jamais passé dans la chambre, et puis c'est pas facile et c'est de la perte de temps en fait, parce que parfois on est 3-4 médecins à mettre le nez dans un dossier et c'est pas efficace. Pour autant on n'a pas trouvé pour l'instant de solution »

Les ASP peuvent ainsi avoir le sentiment d'avoir « *toujours un train de retard* » dans les prises en charge. Lorsqu'ils assurent le suivi d'un secteur d'hospitalisation, leur présence discontinue les empêche de développer une vision globale des séquences hospitalières des patients. Certains regrettent de ne pouvoir participer comme ils le souhaiteraient à l'orientation médicale des prises en charge et à la définition des protocoles thérapeutiques, notamment lors des staffs pluridisciplinaires. Les équipes paramédicales peuvent également se trouver en difficulté, constatant lors des changements de référence médicale des variations de pratiques importantes.

Pour certains professionnels rencontrés, cette présence discontinue présente un caractère anxiogène, et induit une charge mentale supplémentaire. Un médecin nous décrit son inquiétude de ne pouvoir être présente auprès du patient au moment où celui-ci en a besoin :

« Donc vendredi j'ai fait une césarienne extrêmement prématurée, la dame je l'ai pas revue après, je savais que je revenais en plus que le mercredi. J'ai fait la césarienne le vendredi, j'ai pas vu la dame pendant cinq jours, je savais pas si son bébé était décédé le soir... même moi, tout le week-end je me suis demandé : mais cette dame... (...) Typiquement le temps partagé moi, j'ai qu'une trouille : c'est qu'il m'arrive un truc le vendredi et que je puisse pas revoir la dame avant le mercredi et qu'elle sorte sans me revoir. Je peux faire des trans, mais c'est pas moi qui repasse. »

Pour ce professionnel, au-delà des problématiques de continuité des soins qui peuvent être solutionnées de différentes manières, c'est bien sur la relation médecin-usager elle-même que le temps partagé peut avoir un impact négatif, sans pour autant qu'il soit possible d'y remédier. Devant ces difficultés, une solution consiste pour de nombreux assistants à choisir prioritairement une activité clinique relevant avant tout de consultations et de gestes techniques.

2.2.3 L'ASP demeure une ressource médicale relativement volatile, qui ne conduit pas systématiquement à un recrutement pérenne pour le CH périphérique

Pour l'établissement périphérique en difficulté de recrutement, le dispositif des ASP peut représenter dans certaines conditions une opportunité de renforcer de manière temporaire ses équipes médicales. Toutefois, l'accueil d'un ASP ne constitue en aucun cas la garantie d'un recrutement pérenne au terme du post-internat.

La première difficulté à laquelle peut être confronté l'établissement périphérique qui souhaite ouvrir un poste d'ASP est l'absence de candidat. Pour les professionnels interrogés, plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte dans l'attractivité d'un poste d'ASP, et notamment le degré d'implication du PU-PH de la spécialité dans la démarche de promotion du poste auprès des internes. Ils identifient toutefois deux éléments particulièrement structurants : le profil du candidat, et le profil de poste. Les postes d'ASP intéressent prioritairement un profil particulier de candidat, comme l'illustre ce jeune médecin :

« Ce poste ça s'adresse toujours à un profil un peu particulier c'est-à-dire que ça s'adresse à quelqu'un qui n'a pas prévu de rester au CHU derrière, en tout cas en temps plein au CHU (...) Ce serait plutôt pour un profil un peu comme le mien : quelqu'un qui sait pas trop encore ce qu'il veut faire, qui sait qu'il veut pas rester au CHU et qui veut venir toucher à tout, toucher à tout, tout en prenant un domaine de compétence supplémentaire ».

Bien évidemment, le jeune médecin qui se destine à un exercice universitaire privilégiera d'abord un poste de chef de clinique ou d'assistant à temps plein au CHU. Mais au-delà de la valence universitaire, l'appétence du professionnel pour une activité diversifiée est déterminante. Le profil du technicien attiré par les prises en charge de recours et les cas complexes exempt de co-morbidité apparaît difficilement compatible avec un poste d'ASP

sur un établissement disposant d'un plateau technique généraliste. Le profil du poste est également essentiel. Comme nous l'avons évoqué, la première motivation des jeunes professionnels pour s'engager dans un post-internat hospitalier est généralement d'acquérir une sur-spécialité. Un poste partagé où le jeune médecin n'aurait pas la possibilité d'exercer sa sur-spécialité sur les deux établissements, au moins a minima, ne représenterait finalement que très peu d'intérêt.

Une fois le poste d'ASP pourvu, rien ne garantit le recrutement pérenne du jeune médecin au terme du post-internat. Les professionnels rencontrés identifient plusieurs facteurs qui concourent à l'installation des médecins au sein des établissements périphériques, sur un mode d'exercice partagé ou à temps plein. La possibilité pour le professionnel de développer en tant que praticien hospitalier une activité clinique complète (hospitalisation, consultation et gestes techniques) en lien avec la sur-spécialité est un préalable indispensable au projet d'installation. Un poste de Praticien Hospitalier (PH) à temps partagé au sein d'un CH périphérique sera parfois plus attractif qu'un temps plein, à condition que les contraintes de trajet ne soient pas trop importantes. En effet, beaucoup de médecins souhaitent garder une proximité avec des équipes expertes, et un accès même limité à un plateau technique de pointe. Mais au-delà de ces différents facteurs, la plupart des professionnels interrogés soulignent que les éléments les plus déterminants relèvent davantage de la vie personnelle que de l'environnement professionnel. Le choix de l'installation au sein d'un établissement périphérique se fonderait ainsi en priorité sur des éléments conjoncturels, tel le lieu d'exercice professionnel du conjoint.

Dans de nombreuses situations, l'ASP reste considéré « *de passage* », comme un professionnel s'inscrivant dans un projet ponctuel de formation, et pour lequel la question de l'installation au sein du CH périphérique n'est pas forcément prioritaire.

« Après moi je ne sais pas comment ils perçoivent ça, (...) mais j'ai l'impression qu'ils se sont persuadés que c'était la solution miracle pour attirer des gens dans les zones un peu défavorisées au niveau médical. Une des solutions, mais enfin à terme, un assistant, ça reste quelqu'un qui est en CDD pendant deux ans et qui fait ça pour une formation, mais c'est pas ça qui amène des PH à temps plein sur une carrière entière. Ça peut, ça va y contribuer parce que c'est des gens qui vont connaître la structure, qui vont potentiellement développer une activité qu'ils ne pensaient pas développer au départ, donc ça c'est possible, mais c'est pas la majorité, et c'est pas des contrats de deux ans répétés avec plein de personnes différentes qui permettent de faire tourner un hôpital de façon correcte je pense. » (Un ASP).

Pour ce professionnel, le dispositif des ASP ne représente pas à lui seul une solution suffisante pour répondre aux difficultés de recrutement des établissements de petites tailles. Il contribue à l'installation des jeunes médecins au sein des CH périphériques, mais cela ne concerne pas la majorité des situations. Il exprime par ailleurs un avis très

réservé sur l'utilisation qui peut être faite des temps partagés pour pallier le manque d'effectif médical au sein de ces structures. D'une manière générale, en l'absence de donnée précise relative au suivi du devenir des ASP, l'impact du dispositif sur l'installation des jeunes médecins au sein des CH périphériques reste délicat à évaluer. Aussi, on constate des divergences de point de vue entre les différents professionnels rencontrés : si l'ARS affirme avoir obtenu des résultats probants, certains directeurs des affaires médicales émettent un avis plus réservé.

2.3 La coordination du dispositif des ASP, levier de développement de coopérations inter-établissements, s'inscrit dans un enjeu de structuration de l'offre de soins territoriale

2.3.1 L'ASP contribue au développement des coopérations territoriales dans une logique de gradation des soins

Le dispositif des ASP, en favorisant la connaissance mutuelle des équipes médicales et de direction des établissements de santé d'un territoire, contribue à l'émergence d'une offre de soins graduée, structurée au sein de filières inter-établissements.

Dans le contexte des GHT, la pertinence d'une structuration des relations entre les hôpitaux publics d'un même territoire dans une logique de coopération n'est plus à démontrer. Toutefois, il n'en a pas toujours été ainsi. Pour certains professionnels rencontrés, l'implication du CHU au sein du territoire serait même le fruit d'une construction relativement récente. Un chef de service d'un CH périphérique décrit ainsi les débuts laborieux d'un partenariat :

« Avant c'était vraiment chacun pour soi je pense. C'est à dire qu'il y avait une coopération non obligatoire entre les établissements, c'est-à-dire que moi la première, quand je suis arrivée ici, les relations que j'ai pu avoir avec le CHU au tout début, je trouvais qu'ils étaient extrêmement distants, pas très agréables et voilà. Et un moment donné j'ai eu Monsieur A. qui m'a dit : tu sais, tu te compliques la vie, bosse avec la clinique X, ils sont quand même vachement plus sympas. Et donc c'était vrai. Donc j'ai bossé avec la clinique X pendant quand même au moins deux ou trois ans, jusqu'à ce qu'un jour le PU-PH, Monsieur B. me convoque dans son bureau en me disant : bon qu'est-ce qui se passe. Et là je lui ai expliqué quoi, je lui ai dit que moi je voulais bien envoyer des gens, après je voulais pas passer une journée entière au téléphone avec diverses personnes pour réussir à transférer quelqu'un, parce que je n'avais pas que ça à faire non plus, je voulais pas non plus qu'on me demande de faxer, qu'un interne me demande de faxer mes électro pour confirmer un diagnostic. »

Une des premières conditions nécessaire à la construction d'un partenariat est le développement d'une confiance mutuelle entre les parties prenantes. De nombreux professionnels ont souligné que cette relation de défiance évoquée par ce chef de

service, entre les CH de petites tailles et les CHU ou les CHG de grande taille, était relativement fréquente. Classiquement, le CH de recours peut avoir une vision assez négative de la qualité des prises en charge proposées au sein des hôpitaux périphériques et de la compétence des équipes pluridisciplinaires. En retour, ces hôpitaux regrettent souvent un manque de reconnaissance de la part du CH de recours. La confiance mutuelle grandit au fur et à mesure que les équipes se rencontrent et collaborent autour de projets communs. En ce sens, les ASP contribuent à favoriser les échanges inter-équipes et à construire une culture professionnelle commune. La qualité des partenariats se base ainsi sur la capacité que peuvent avoir les équipes à tisser des relations interpersonnelles, permettant une reconnaissance des compétences techniques de chacun.

La collaboration inter-établissements revêt plusieurs formes. Il peut tout d'abord s'agir de d'échanges d'informations entre équipes médicales. L'ASP, par sa connaissance des professionnels du CHU, peut ainsi faciliter l'accès à un avis spécialisé pour un médecin d'un CH périphérique lorsque celui-ci est confronté à une situation clinique complexe. Parallèlement, l'ASP permet au CH périphérique de bénéficier d'avis spécialisé in situ, favorisant une moindre sollicitation des équipes du CHU, comme le décrit cet assistant :

« Pour être très honnête, pour le CHU, je pense que ça leur facilite la vie parce que tout ce qu'ils géraient avant je le fais maintenant. Tout ce qui était avis sur place, des choses vraiment ils ne savaient pas quoi faire parce qu'ils n'avaient pas d'œil de spécialistes, voilà, ça je le fais. Ils ont moins d'avis, moins de tout ça, donc matériellement pour eux c'est plus facile. »

L'ASP semble également contribuer au maintien de prises en charge hospitalières au sein de l'établissement périphérique et ainsi à « protéger les lits » du CHU. En effet, en l'absence d'avis spécialisé, la tendance pour les équipes médicales est de favoriser rapidement les transferts de patients vers le centre de recours. Lorsque ce dernier manque de visibilité sur l'état clinique du patient et sur les compétences disponibles en proximité, il ne peut légitimement pas s'opposer à l'admission.

Lorsque les collaborations atteignent un degré de maturité élevé, certains partenariats se structurent sous la forme de filières inter-établissements. Les prises en charge se construisent alors dans une logique de gradation des soins, entre un premier niveau constitué des établissements périphériques, et un niveau de recours assuré par les CHU ou les CHG supports de GHT. C'est le cas de la filière onco-digestive déployée entre le CH Simone Veil et le CHU de Rennes. Ce partenariat permet aux patients de bénéficier d'un dépistage, d'un diagnostic et d'un traitement en proximité, le CHU se positionnant en recours sur des prises en charge chirurgicales ou médicales complexes. Pour les professionnels interrogés, cette organisation ne présenterait que des avantages : les

patients bénéficient d'un accompagnement de qualité préférentiellement à proximité de leur lieu de vie, le CH périphérique maintient son activité et son plateau technique et le CHU maîtrise ses flux de patients en recrutant préférentiellement des prises en charge complexes. Dans cette dynamique avancée de partenariat, le rôle des ASP est réel, mais demeure relativement modeste aux yeux des professionnels rencontrés. Ils peuvent avoir un rôle d'impulsion, mais ne sont pas suffisants à eux seuls. Le fonctionnement des filières exige une stabilité relative des équipes médicales. C'est pourquoi celles-ci nécessitent avant tout des postes partagés de PH, s'inscrivant de manière plus pérenne au sein des établissements.

2.3.2 Le dispositif des ASP : un avantage stratégique pour le CHU dans la structuration de l'offre de soins du territoire ?

Le dispositif des ASP représente un levier non négligeable dans la structuration de l'offre de soins d'un territoire. Pour les établissements périphériques, sa mobilisation intervient dans des champs particulièrement stratégiques liés notamment à la répartition des spécialités, au renforcement des équipes médicales et au soutien des filières de soins. N'ayant finalement que peu de prise sur l'orientation du dispositif, ces établissements peuvent alors ressentir un sentiment de dépendance vis-à-vis du CHU. Pour leurs équipes médicales, le dispositif des ASP peut ainsi contribuer à étendre l'influence des chefs de service universitaires sur les établissements périphériques :

« Il ne va pas interférer dans l'organisation périphérique si ça va, si ça roule, mais il peut intervenir si il y a quelque chose qui ne lui plaît pas. Et surtout maintenant avec les groupements. Il peut privilégier clairement, il peut à un moment donné dire : dans le GHT, j'ai décidé que cette activité ne se fait plus là, qu'elle se fait là, et je ne mets plus de monde là, et je le mets là. Et ça au niveau politique, il peut contrôler et donc les directions elles peuvent contrôler aussi. Après tout le monde y gagne. » (Chef de service, CH périphérique)

Pour ce professionnel, la frontière entre la coopération et le contrôle apparaît particulièrement ténue. Mais s'il souligne l'importance du pouvoir discrétionnaire du chef de service universitaire, il reconnaît également que le partenariat présente un intérêt pour les deux parties. Ce constat est également partagé par le DAM d'un établissement périphérique : certaines disciplines traversent des situations de manque d'effectif telles que la permanence ne peut plus être assurée en recourant uniquement aux acteurs internes. Dans ces situations, la construction d'une filière, voire d'un pôle inter-établissement apparaît comme la seule solution envisageable pour permettre le maintien d'une activité sur site, même si la gouvernance de cette activité revient de fait au CHU. La crainte exprimée par certains professionnels est qu'en cas de recomposition ultérieure de l'offre de soins, les établissements périphériques ne puissent plus s'opposer aux transferts d'activité vers d'autres établissements.

Pour le DAM du CHU, s'il reconnaît le caractère structurant du dispositif des ASP pour l'offre de soins des établissements périphériques, sa mise en œuvre ne relève pas à l'échelle de son établissement d'une stratégie territoriale préalablement définie. Pour preuve, la logique de création de filière, présente dans la mobilisation du dispositif des ASP, commence à peine à se coordonner avec le projet médical partagé (PMP) :

« On commence à avoir une approche un peu plus stratégique. Pour autant on a des postes qui se sont mis en place dans des secteurs où il n'y a pas de filière du PMP et c'est le paradoxe. Par exemple j'ai des postes en dermato et j'ai rien dans la filière dans mon PMP. Médecine vasculaire : j'ai pas grand-chose dans mon PMP, j'ai des trucs sur la cardio, sur le vasculaire j'ai pas grand-chose. » (Le DAM du CHU).

Le mode d'organisation très décentralisé du dispositif des ASP, reposant pour partie sur les PU-PH, est un des éléments pouvant expliquer le fait que les filières qu'il contribue à développer ne s'inscrivent que de manière relative dans les orientations du PMP. Les chefs de service se disent parfois peu convaincus par un PMP qu'ils considèrent élaboré dans une logique plus macroscopique qu'opérationnelle. Le dispositif des ASP, représentant pour eux une des rares marges de manœuvre possible, se retrouve alors préférentiellement mobilisé en réponse à des enjeux locaux.

2.3.3 Les processus décisionnels mobilisés au sein du dispositif des ASP restent relativement opaques pour une majorité d'acteurs

À l'analyse du dispositif des ASP, il apparaît qu'aucune des parties prenantes n'en possède réellement une vision globale. Les processus décisionnels mobilisés restent relativement opaques pour la plupart des acteurs, en particulier les ASP eux-mêmes et les établissements périphériques. D'une manière générale, c'est la lisibilité même des finalités du dispositif qui peut s'en trouver amoindrie.

Le processus conduisant à l'affectation d'un ASP au sein de deux établissements partenaires peut être divisé en trois grandes étapes : l'élaboration du projet d'assistantat partagé et la recherche de candidat ; le pré-arbitrage rendu par l'ARS suite au recensement des projets et la priorisation des projets par le CHU. Chacune d'entre elles représente une zone d'incertitude pour la plupart des parties prenantes.

Comme nous l'avons abordé, l'initiative et l'élaboration des projets, ainsi que la recherche des candidats reposent essentiellement sur les PU-PH des différentes spécialités. Cette étape mobilise de nombreux partenaires ayant parfois des logiques et des besoins très différents d'un établissement à l'autre. Elle s'inscrit dans une dynamique majoritairement informelle, s'appuyant sur des relations interpersonnelles et une appétence plus ou moins développée du PU-PH pour le dispositif des ASP. Pour la plupart des professionnels

rencontrés, et notamment les équipes de direction et le président de CME d'un établissement périphérique, il est impossible d'apprécier l'ensemble des facteurs qui concourent à la décision du PU-PH d'ouvrir ou non un poste et de proposer un candidat en particulier.

« C'est quand même assez informel et moi ça me fait dire que sur les campagnes d'ASP ça se joue des fois à pas grand-chose le fait d'avoir effectivement un projet qui se met en place ou pas. Moi j'ai assez peu de visibilité. » (Un DAM de centre hospitalier périphérique)

Dans certaines spécialités, les équipes médicales des deux établissements entretiennent des échanges permanents, même hors campagne annuelle, leur permettant d'identifier des candidats potentiels et de proposer des projets très régulièrement. Dans d'autres cas, alors même que l'identification du besoin semble faire consensus, les projets proposés par les PU-PH aux internes peinent à retenir leur attention.

Au terme du recensement des projets, l'ARS en effectue un premier tri avant de revenir vers le CHU pour un dernier arbitrage. Pour réaliser ce premier choix, l'agence s'appuie une synthèse de l'ensemble des données qu'elle possède et des problématiques dont elle a connaissance sur les champs du post-internat, des coopérations hospitalières et de la démographie médicale.

« Moi, le fait d'avoir la casquette GHT, ça m'aide. Je demande aux chargés de mission coopération de les regarder et de m'alerter si il y a vraiment un enjeu plus plus plus qu'il faut pas laisser passer, et puis après on croise avec les données démographiques qu'on a aussi. À un moment donné, tout se croise et donc ça donne un score, un bon score. Et d'autres, même si ils ont des bons scores, on ne va pas les prendre parce qu'il y a un autre enjeu derrière qu'on peut pas noter et qui va prendre ça à la place. Donc c'est toujours aux dépens d'autres choses. Donc effectivement, c'est pas une instabilité d'arbitrage, c'est que le monde hospitalier, il est assez instable. » (Le responsable ARS chargé de la coordination du dispositif des ASP)

En réalisant son arbitrage, l'ARS, même si elle s'appuie en partie sur un outil scoré, tente également d'intégrer l'ensemble des informations dont elle dispose, et en particulier celles relatives aux enjeux locaux relatifs à la démographie médicale. Lorsque le contexte change, ces choix d'arbitrage sont eux aussi amenés à évoluer. Il en résulte un manque de lisibilité pour les établissements de santé, peinant à percevoir une politique stable de l'ARS en matière d'arbitrage des projets d'ASP.

La dernière étape du processus de sélection consiste pour l'ARS à présenter au directeur des affaires médicales du CHU les projets retenus, afin de recueillir son avis sur leur niveau de priorité. Cette phase conforte ainsi le rôle prépondérant du CHU dans la coordination du dispositif, initié lors de l'élaboration par les PU-PH des projets initiaux. Pour l'ARS, cette situation représente une limite importante dans l'organisation du

dispositif. Pour autant, il semble difficile d'y remédier, tant le CHU apparaît comme un acteur incontournable :

« Une fois qu'on a lancé cette campagne, on a un retour qui est coordonné par les CHU. La limite du dispositif est vraiment là. Pourquoi, moi j'ai essayé de voir comment on pouvait faire autrement. C'est pas possible dans la mesure où qui connaît les internes, qui va trouver le candidat : ce sont les CHU. Et donc la limite est vraiment là, parce que en fait on ne peut pas recevoir nous des projets où il n'y a pas de candidats et dire : bah vous trouver un candidat et puis on vous finance, voyez, mais on a besoin de passer par le CHU qui a cette info donc y'a des limites je veux dire le CHU sait influencer un petit peu le degré du projet. » (Le responsable ARS chargé de la coordination du dispositif des ASP)

La plupart des professionnels soulignent cette difficulté d'un CHU « *juge et partie* », seul à négocier, dans un cadre très informel, lors de l'arbitrage final avec l'ARS. Le risque régulièrement évoqué est celui d'une priorisation qui servirait parfois davantage les intérêts propres du CHU avant ceux des établissements partenaires voire même des assistants eux-mêmes, ainsi que les intérêts du GHT Haute Bretagne avant ceux de l'ensemble des établissements de la subdivision.

« Pour le CHU, son intérêt c'est de maintenir les plateaux techniques chirurgicaux des hôpitaux autour de lui, et de résister aux cliniques, mais là on est pas dans une logique de formation des internes, faut pas se mentir, on est dans des objectifs de politique territoriale, qui se défend, mais faut pas se mentir. » (Un DAM de centre hospitalier périphérique)

Cette responsabilité particulière du CHU dans la priorisation des projets est également perçue comme inconfortable par le directeur des affaires médicales du CHU lui-même. Ce dernier souhaiterait s'appuyer sur un processus décisionnel davantage partagé :

« L'ARS priorise sur des critères qui m'échappent. Après ils me disent : c'est à toi de prioriser dans tes projets. Moi ce que je souhaiterais c'est qu'il y ait une vraie discussion : une fois que je dépose mes 76 projets, eux ils me disent. Ils ont vocation à prioriser mais pas seul et moi j'ai vocation à prioriser, mais pas seul, et le périphérique a vocation aussi à jouer aussi dans cet ensemble pour essayer de voir effectivement ce qui doit être mis en place. Aujourd'hui moi ils me demandent de prioriser, ce qui est très compliqué (...) et ça c'est pas hyper sympa je pense. Je pense qu'il y a matière à trouver des modes de fonctionnement qui soient un peu plus logiques, ça manque. »

Pour le DAM du CHU, chaque partie prenante à vocation à s'exprimer suite au pré-arbitrage de l'ARS, même si en pratique cette démarche peut s'avérer délicate. Depuis 2017, il recourt ainsi à des conférences téléphoniques permettant aux établissements partenaires d'exprimer leurs besoins prioritaires. Mais en l'absence d'une lisibilité satisfaisante sur les critères d'arbitrage de l'ARS, et dans un contexte de tensions chroniques sur les effectifs médicaux, les établissements périphériques ont généralement tendance à placer tous leurs projets sur le même niveau de priorité.

3 Les conditions d'une mise en œuvre satisfaisante du dispositif des ASP pour l'ensemble des parties prenantes

L'analyse du positionnement des différentes parties prenantes ainsi que des modalités de mobilisation et de mise en œuvre du dispositif des ASP laisse apparaître différents points pouvant possiblement faire l'objet d'améliorations. L'objectif des propositions suivantes est de permettre une meilleure prise en compte, au sein du périmètre de la subdivision rennaise, des besoins et des contraintes de l'ensemble des acteurs du dispositif des ASP. Elles répondent à trois enjeux principaux : l'inscription du projet de post-internat dans un partenariat inter-établissements structuré (3.1) ; la facilitation de l'exercice partagé (3.2) ; la promotion d'une politique régionale des ASP favorisant la participation de l'ensemble des parties prenantes à sa coordination et à son évaluation (3.3).

3.1 Construire avec le jeune professionnel un projet de post-internat s'inscrivant dans un partenariat inter-établissements

3.1.1 Développer une représentation positive de l'exercice partagé en Centre Hospitalier périphérique

a) Constats

L'assistantat partagé souffre généralement d'une image relativement négative par rapport aux autres modalités de post-internat. Deux éléments peuvent expliquer cette situation : les jeunes professionnels ne connaissent que très peu l'exercice médical au sein des CH périphériques de petite taille ; l'activité partagée est avant tout perçue comme une contrainte. Le risque pour le jeune médecin est de choisir un poste d'ASP par défaut et de vivre cette période de post-internat comme une expérience insatisfaisante. Cette situation peut être à l'origine de risques psychosociaux et influencer de manière négative sur les choix professionnels ultérieurs, notamment celui de la poursuite d'une activité de PH partagé ou de l'installation au sein d'un CH périphérique. Aussi, il convient d'agir précocement au cours de la formation initiale pour promouvoir une représentation positive de l'exercice de l'assistantat partagé.

b) Proposition d'actions

- Favoriser la découverte de l'exercice médical au sein des CH périphériques de petite taille durant les stages d'internat

En fonction des opportunités offertes par les différentes maquettes de formation, il pourrait être pertinent, dans le cadre d'une réflexion conjointe

université/établissements/ARS, de promouvoir au sein de la subdivision rennaise des parcours de formation prévoyant le déroulement systématique d'un semestre de stage au sein d'un établissement périphérique de petite taille. Ce dispositif permettrait ainsi aux futurs professionnels de développer une meilleure connaissance de l'offre de soins du territoire et de lutter contre les idées reçues liées à l'exercice au sein de ce type d'établissements, en leur permettant d'en percevoir de manière plus équilibrée les intérêts et les contraintes.

- Communiquer sur le dispositif des ASP auprès des internes et des acteurs hospitaliers

La communication sur le dispositif des ASP pourrait s'ancrer dans une démarche coordonnée de l'ARS, de l'université et des établissements de santé. Elle serait à destination des internes et de l'ensemble des acteurs hospitaliers, potentiellement « prescripteurs » et/ou « bénéficiaires » d'un poste d'ASP. Elle pourrait s'appuyer sur des retours d'expériences positifs, et porter tant sur des éléments généraux (intérêts pédagogiques, organisation des campagnes) que sur des modalités pratiques (critères d'éligibilités et montant de la Prime d'Exercice Territorial, possibilité d'hébergement au sein des CH périphériques).

3.1.2 Favoriser l'articulation entre le projet professionnel, les projets médicaux et la politique de recrutement en post-assistanat des établissements

a) Constats

La démarche conduisant à l'ouverture d'un poste d'ASP repose en grande partie sur une dynamique informelle et acteur-dépendant, au sein de laquelle les différentes parties prenantes ne sont que rarement consultées dans leur ensemble. Cette concertation limitée peut parfois aboutir à une prise en compte insuffisante des contraintes et des besoins de chaque acteur du dispositif (postes d'ASP déployés en dehors des orientations des projets médicaux d'établissement et de territoire, difficultés organisationnelles entre les deux services partenaires, impossibilité pour l'assistant d'exercer sa sur-spécialité au sein d'un des deux établissements). Aussi, il apparaît essentiel de pouvoir associer l'ensemble des parties prenantes à l'élaboration du projet d'assistanat partagé, et ce, dès son origine.

b) Proposition d'actions

- Systématiser et formaliser les réunions partenariales d'élaboration de projet d'ASP

La pluralité de pratiques relatives aux modalités d'élaboration des projets d'ASP reposant avant tout sur des relations inter-personnelles permet aujourd'hui de dynamiser les campagnes d'ASP. Sans chercher à rigidifier l'ensemble de la démarche et risquer de brider les initiatives locales, il pourrait toutefois être pertinent de structurer davantage l'étape de formalisation du projet. Une réunion d'élaboration de projet pourrait ainsi être systématisée. Y seraient conviés les représentants des équipes médicales et de direction des deux établissements partenaires ainsi que le futur assistant. Ce temps d'échange permettrait un recueil et un partage accrus des informations, notamment celles relatives aux contraintes organisationnelles des services, aux objectifs de formation et d'activité de l'assistant, et aux possibilités de recrutement au terme de l'assistantat. Les données recueillies permettraient alors un renseignement conjoint de la fiche de demande de poste⁸ caractérisant le projet d'ASP.

3.1.3 Accompagner le jeune professionnel dans la réussite de son projet de post-internat et évaluer son degré de réalisation

a) Constats

Une fois l'ASP en poste, ce dernier n'entretient généralement que des contacts très ponctuels avec les initiateurs du projet, et en particulier le PU-PH de la spécialité et les équipes de direction des établissements périphériques. En l'absence d'échanges réguliers avec ces derniers, lorsque des questions ou des difficultés apparaissent, le jeune professionnel ne parvient pas toujours à identifier au sein des deux établissements les interlocuteurs à même d'y apporter des réponses. De même, au terme des deux années, le jeune médecin est rarement sollicité pour un retour d'expérience.

b) Proposition d'actions

- Identifier au sein des établissements partenaires deux référents médicaux permettant la tenue semestrielle d'un point d'étape sur le déroulement du post-internat

Les référents médicaux n'auraient pas systématiquement vocation à appartenir aux services au sein desquels exerce l'assistant. Leur rôle ne consisterait pas à sénioriser le jeune professionnel, mais, en s'appuyant sur une bonne connaissance du dispositif des ASP, à être à l'écoute de ses interrogations potentielles sur des questions d'ordres logistiques ou organisationnelles afin d'y apporter des éléments de réponse. En cas de difficultés relationnelles avec les membres des équipes médicales du service, les

⁸ Ce document, bien que comportant de nombreux éléments relatifs aux besoins et aux objectifs des différentes parties prenantes indispensables à l'organisation du partenariat, reste aujourd'hui interne au CHU de Rennes.

référents pourraient jouer un rôle de médiation. L'assistant pourrait ainsi les solliciter au fil de l'eau, et les rencontrerait conjointement de manière systématique deux fois par an, afin de réaliser un point d'étape formalisé. Ce temps de rencontre permettrait notamment d'échanger sur le projet professionnel de l'assistant, et de l'informer le cas échéant des possibilités de recrutement au terme de son assistantat si ces éléments n'avaient déjà pu être identifiés en amont.

- Réaliser un bilan systématique au terme des deux années de post-internat

Il apparaît indispensable de systématiser l'évaluation du projet de l'ASP au terme des deux années de post-internat. Celle-ci porterait à la fois sur des éléments qualitatifs (modalités d'accueil de l'ASP, effectivité de la séniorisation, pertinence de l'organisation partagée, etc.) et sur des éléments chiffrés d'activité étayés par le contrôle de gestion (type et volume d'activités réalisées, participation aux gardes et astreintes, rentabilité médico-économique du poste). Figureraient également au sein de cette évaluation, le choix fait par le professionnel d'exercer ou non au sein des établissements partenaires, et les raisons le motivant.

3.2 Faciliter l'exercice du post-internat partagé

3.2.1 Définir les règles de bonnes pratiques relatives à la répartition inter-établissement du temps de travail de l'assistant spécialiste et développer des outils de gestion partagés

a) Constats

Si les règles de base de la Gestion du Temps de Travail (GTT) des ASP figurent au sein de leur contrat de travail, telles que la répartition du temps de travail du médecin entre les deux établissements ou la participation possible aux gardes et astreintes, elles ne suffisent pas à clarifier l'ensemble des situations rencontrées au cours d'un exercice partagé. De plus, l'absence d'une GTT partagée conduit à entretenir un flou sur le suivi du temps de travail de l'ASP. Ce défaut dans certaines situations de règles communes et le manque d'outils partagés peuvent parfois générer le sentiment d'un manque d'équité dans la répartition du temps de l'ASP entre les deux services et placer potentiellement le jeune médecin dans une position d'intermédiaire particulièrement inconfortable.

b) Proposition d'actions

- Élaborer une charte de bonne pratique relative à la gestion du temps de travail des ASP

L'élaboration conjointe d'une charte par l'ensemble des parties prenantes de la subdivision rennaise du dispositif des ASP permettrait de définir des principes communs relatifs à la gestion du temps de travail des ASP. Le recensement des situations-problèmes prévalentes et la co-construction des modalités de leur résolution pourraient ainsi représenter un outil pertinent de régulation des tensions existantes.

- Déployer des outils partagés de gestion du temps de travail

Le partage d'outils existants (planning et tableau de service au format numérique), voire le déploiement d'une solution informatique de GTT médical commune au GHT Haute Bretagne permettraient un suivi effectif du temps de travail de l'ASP, et une objectivation de sa répartition, notamment en ce qui concerne la programmation des congés annuels et de formation et la récupération des gardes au prorata du temps de travail par établissement.

3.2.2 Garantir l'intérêt pédagogique du terrain de post-internat

a) Constats

Certains postes d'ASP peuvent présenter un intérêt pédagogique limité. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : des effectifs médicaux insuffisants au sein du service ou constitués majoritairement de médecins intérimaires ne permettant pas une séniorisation effective ; une activité insuffisante ou déconnectée du projet de l'assistant ; une organisation partagée présentant des contraintes déraisonnables ; un encadrement médical défaillant. Outre la frustration qu'elle peut générer chez le jeune professionnel, ce type d'expérience entraîne un effet contre-productif sur l'objectif d'attractivité recherché et sur la dynamique de coopération inter-établissement.

b) Proposition d'actions

- Définir les conditions d'exercice requises pour l'ouverture d'un poste d'ASP

Dans le cadre de la subdivision rennaise, la définition collégiale des conditions minimales requises pour l'ouverture d'un poste d'ASP, outre le fait qu'elle puisse contribuer à limiter autant que possible les projets opportunistes et non adaptés, permettrait une meilleure lisibilité du dispositif pour l'ensemble des parties prenantes. Les futurs ASP et les services candidats à l'ouverture d'un poste seraient ainsi en mesure de connaître respectivement les contours généraux de leurs prochaines conditions d'exercice et les critères d'éligibilité au dispositif. Parmi les conditions requises pourraient notamment figurer l'effectivité de la séniorisation, l'existence d'une activité suffisante en lien avec le projet d'ASP ou l'inscription des services partenaires dans une dynamique territoriale.

3.2.3 Faciliter l'exercice multi-sites

a) Constats

L'activité partagée génère de nombreuses contraintes pour les ASP. Outre des temps de trajets conséquents et l'éloignement régulier du domicile principal, l'exercice multi-sites impose aux jeunes médecins de s'adapter à deux organisations de travail distinctes et une présence de fait séquentielle au sein de chaque équipe. Le cumul d'un nombre trop important de contraintes obère l'intérêt d'un poste d'ASP et vient à l'encontre de la politique d'attractivité des établissements périphériques à laquelle le dispositif est sensé concourir. Aussi, il apparaît essentiel de veiller à la facilitation de cet exercice partagé.

b) Proposition d'actions

- Faciliter l'accès à distance aux systèmes d'information hospitalier (SIH)

Dans l'attente de la mise en œuvre de la convergence des SIH au sein du GHT Haute Bretagne, la facilitation de l'accès à distance aux applications métiers (dossier de soins, prescription informatisée, résultats de laboratoire et d'imagerie, gestion des rendez-vous médicaux, boîtes mail et sessions informatiques) permettrait aux ASP de bénéficier de marges de manœuvre supplémentaires dans leur organisation de travail. En effet, même si la répartition de leur activité entre les deux établissements apparaît relativement identifiée, plusieurs situations requièrent un accès à distance au SIH. Les ASP peuvent ainsi être sollicités durant leur période d'absence par l'équipe médicale et paramédicale pour un avis ponctuel, une problématique en lien avec la continuité des soins ou la programmation d'une consultation. Dans le cadre d'une organisation graduée de soins, ils peuvent également être amenés à suivre un même patient sur les deux établissements.

- Développer les e-staffs de territoire

L'activité partagée impose de fait une présence séquentielle de l'ASP au sein de chaque service partenaire, ce qui, généralement, ne lui permet pas de participer à l'ensemble des staffs et des réunions cliniques. Le développement de staffs de territoire accessibles par visio-conférence pourrait représenter une véritable alternative à une présence physique des jeunes professionnels aux réunions pluridisciplinaires. Plus largement, ce dispositif permettrait un recours facilité pour l'ensemble des équipes médicales des établissements périphériques aux avis spécialisés et à l'analyse des cas complexes.

3.3 Promouvoir une politique régionale des ASP

3.3.1 Améliorer la lisibilité du dispositif des ASP pour l'ensemble des parties prenantes

a) Constats

Au sein de la subdivision rennaise, on constate un manque de lisibilité du dispositif des ASP pour la majorité des parties prenantes. Plusieurs éléments témoignent de cette situation, et notamment le fait que les différents acteurs ne partagent pas systématiquement la même conception de ses finalités. Chaque partie prenante tente alors de recourir aux ASP suivant ses objectifs propres, en fonction de ses contraintes et de ses opportunités.

b) Proposition d'actions

- Formaliser une politique régionale relative au dispositif des ASP

L'élaboration d'une politique régionale s'appuyant sur une démarche participative permettrait à l'ensemble des parties prenantes de développer une vision commune du dispositif des ASP, en particulier de ses finalités et des modalités de sa mise en œuvre. Cette politique pourrait également s'attacher à définir les rôles et responsabilités des différents acteurs, à préciser les modalités de financement pluriannuel des différents postes d'ASP ainsi que les règles de leur répartition entre les différents établissements de la subdivision.

3.3.2 Favoriser le dialogue inter-établissements sur les questions relatives à la répartition du reste à charge des postes d'ASP

a) Constats

Les modalités de répartition du reste à charge des postes d'ASP entre les établissements partenaires ne font pas aujourd'hui l'objet d'un consensus au sein du GHT Haute Bretagne. L'ARS Bretagne ne prescrit pas de conduite à tenir particulière en la matière. Les établissements sont seulement supposés parvenir à un accord lors de l'élaboration des projets d'ASP. Si cette répartition a pu être effectuée antérieurement au prorata du temps de présence de l'ASP au sein des établissements, la position actuelle du CHU de Rennes est de ne pas s'acquitter du reste à charge lorsque l'assistant réalise au moins 50% de son temps sur le CH périphérique. Cette situation peut être à l'origine de tensions inter-établissements sur les questions d'ordre budgétaire et venir perturber la dynamique

partenariale relative aux postes d'ASP, et de manière plus générale, à l'ensemble des postes partagés.

b) Proposition d'actions

- Déployer une comptabilité analytique permettant de définir une conduite à tenir régionale relative à la répartition entre établissements partenaires du reste à charge des ASP

La tenue d'une comptabilité analytique apparaît comme un préalable indispensable à l'évaluation médico-économique du dispositif des ASP. Elle permettrait ainsi d'objectiver le poids que représente pour les établissements, les charges relatives aux postes d'ASP (rémunération, PET, ressources de fonctionnement, investissement), mais aussi le niveau de recettes généré par leur activité. Elle représenterait également l'opportunité d'évaluer l'évolution des flux de patients inter-établissements dans le cadre de l'inscription des ASP dans le renforcement des coopérations territoriales. En s'appuyant sur cette approche médico-économique, il pourrait être opportun pour les établissements partenaires de définir collégialement une conduite à tenir régionale relative à la répartition du reste à charge des postes d'ASP.

3.3.3 Favoriser la participation de l'ensemble des parties prenantes à la démarche d'attribution des postes d'ASP dans le cadre de la campagne annuelle

a) Constats

L'ensemble des acteurs du dispositif souhaiterait inscrire dans une dynamique plus participative le processus actuel d'arbitrage relatif à la répartition inter-établissements des postes d'ASP lors des campagnes annuelles. En effet, pour la plupart des établissements périphériques, la dernière étape de la démarche de sélection qui se déroule entre l'ARS et le CHU et qui permet de retenir les projets qui bénéficieront d'un financement, s'apparente à une véritable « boîte noire ». Les critères d'arbitrage du CHU et de l'ARS restent relativement opaques pour les établissements partenaires, et ces derniers regrettent le manque d'explications lorsque des projets sont rejetés. De nombreux acteurs déplorent ce qu'ils considèrent être un manque de transparence dans le fonctionnement du dispositif, certains remettant en cause l'équité de la répartition des postes entre les différents établissements. De leur côté, l'ARS et le CHU peinent à mesurer le niveau de priorité des différents projets pour les établissements partenaires et souhaiteraient davantage de concertation. Enfin, l'évaluation du dispositif au regard des objectifs poursuivis (baisse des dépenses d'intérim, renforcement des coopérations, développement d'activité, recrutement pérenne, etc.) s'avère particulièrement délicate.

b) Proposition d'actions

- Créer une commission régionale du dispositif des ASP, chargée de l'attribution des postes d'ASP et de l'évaluation des campagnes annuelles

Cette commission, dont la présidence serait assurée par l'ARS Bretagne, pourrait, pour la subdivision rennaise, être notamment constituée des membres suivants :

- le doyen de la faculté de médecine ou son représentant ;
- le directeur des affaires médicales du CHU ou son représentant ;
- un représentant des chefs d'établissement des CH supports de GHT de la subdivision rennaise
- un représentant des chefs d'établissement des CH périphériques de la subdivision rennaise
- le président de CME (P-CME) du CHU ou son représentant ;
- un représentant des P-CME de la subdivision rennaise ;
- un représentant des chefs de service du CHU ;
- un représentant des chefs de service des établissements de la subdivision rennaise ;
- un représentant des internes

Elle serait chargée d'évaluer les demandes de poste d'ASP et de prendre une décision motivée sur leur financement. Au terme de chaque campagne, la commission produirait un rapport d'évaluation général sur la base des évaluations individuelles, permettant notamment de connaître les suites données au contrat des ASP ayant bénéficié du financement ARS, et ainsi de mesurer l'efficacité du dispositif sur la politique de recrutement des établissements périphériques.

Conclusion

Au sein de la subdivision d'internat du CHU de Rennes, chaque partie prenante du dispositif des ASP mobilise ce dernier en fonction de ses besoins et de ses contraintes propres. Pour les jeunes professionnels qui y recourent, l'assistantat partagé représente avant tout la possibilité de bénéficier d'une formation de pointe en CHU ou en CHG de grande taille. Lorsque les contraintes inhérentes à l'activité multi-sites restent soutenables, les ASP découvrent également au sein des « petits » CH périphériques un exercice médical diversifié et une qualité de vie au travail satisfaisante. Pour les établissements de santé, et tout particulièrement pour les CH périphériques de petite taille, accueillir un ASP ne garantit en rien son recrutement pérenne au terme de la période de post-internat. Ces jeunes professionnels représentent davantage un moyen de renforcer temporairement les équipes médicales en place, même si leur intégration peut s'avérer délicate, notamment au regard de l'organisation de la continuité des soins. Du point de vue territorial, les ASP contribuent au développement des coopérations inter-établissements, et renforcent le leadership du CHU en matière d'organisation de l'offre de soins. Par ailleurs, le manque de lisibilité des processus décisionnels conduisant à la répartition inter-établissements des postes d'ASP est très souvent source d'incompréhension pour la majorité des partenaires.

Si toutes les parties prenantes du dispositif des ASP tirent aujourd'hui profit de sa mise en œuvre, une plus grande satisfaction de l'ensemble des acteurs semble toutefois possible. Cette dernière pourrait tout d'abord être permise par une inscription renforcée des projets de post-internat au sein des partenariats inter-établissement, préalable indispensable à leur suivi et à leur évaluation. Elle nécessiterait également de limiter les contraintes liées à l'activité partagée afin de favoriser un exercice inter-établissement fluide et attractif pour les jeunes médecins. Enfin, l'élaboration et la diffusion d'une politique régionale relative au dispositif des ASP au sein de la région Bretagne prévoyant une participation renforcée de l'ensemble des parties prenantes à sa coordination et à son évaluation permettrait une plus grande prise en compte des contraintes et des besoins de chacun. Dans une démarche de mise en œuvre locale de ces propositions d'actions, l'inconnue reste l'évolution de l'organisation du dispositif des ASP à l'échelle du territoire national. En effet, dans le cadre de la réforme actuelle du troisième cycle des études de médecine, ce sont les finalités du post-internat lui-même qui sont aujourd'hui questionnées.

Bibliographie

Textes juridiques

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

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires.

Décret n°61-946 du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens exerçant à temps plein dans les hôpitaux publics autres que ceux situés dans une ville de faculté ou école nationale de médecine et autres que les hôpitaux ruraux.

Décret n° 2009-24 du 8 janvier 2009 relatif à la procédure d'autorisation individuelle d'exercice des professions médicales et pharmaceutiques et au statut des assistants des hôpitaux.

Circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Circulaire DHOS/RH n° 2009-26 du 26 janvier 2009 relative au recrutement d'assistants spécialistes dans les CHU.

Ouvrages et rapports

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), mars 2001, *Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins*, rapport n°500.

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P. et DARRINE S., 2004, *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national*, Études et Résultats n° 352, Drees.

LAFFORE J., 1996, *Le contrat de travail dans les établissements publics, sanitaires et sociaux*, Berger-Levrault.

Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), décembre 2010, *Coopération hospitalière : de l'ambition initiale de la loi HPST à la (dure) réalité du terrain*, Actualités jurisanité.

Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, Panorama de la DREES Santé, 158 p.

Fédération Hospitalière de France (FHF), mai 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Commission permanente de l'attractivité de la FHF.

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2012, *L'Hôpital*, La documentation française.

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR), juin 2010, *Le post-internat : constats et propositions*.

LE MENN J., CHALVIN P., juin 2015, *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*.

VERAN O., décembre 2013, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Assemblée Nationale.

Articles

AITA J.-P., CASALES J., SCHWEYER F.-X., VIGNERON E., septembre 2000, Histoire et démographie médicales, *Adsp*, n° 32, pp. 16-19.

HARTMANN L., ROCHAIX L., ULMANN P., 2006, Régulation de la demande de soins non programmés en Europe : Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède, *Revue française des affaires sociales*, pp. 91-119.

VINCENT G., 2005, Les réformes hospitalières, *Revue française d'administration publique*, n°113, (1), pp. 49-63.

CHANLIAU J., SIMON P., 2010, Apports de la télémédecine dans la gradation des soins, *Revue Hospitalière de France*, n°532, pp.25-28.

BLANCHARD C., HUBERT J., PINEY D., avril 2015, Équipe médicale de territoire en urologie : un modèle d'avenir, *Revue hospitalière de France*.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

Annexe 2 : Grilles d'entretien utilisées en fonction des professionnels interrogés

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés dans le cadre du mémoire

Grade	Fonction	Affectation
Assistant spécialiste	ASP	CH/CHU
Assistant spécialiste	ASP	CH/CH
Praticien hospitalier	PH temps partagé	CH/CHU
Praticien hospitalier	Chef de service	CH
Praticien hospitalier	Chef de service	CH
Praticien hospitalier	Président de CME	CH
Praticien hospitalier – Professeur des universités	Chef de pôle	CHU
Directeur d'hôpital	Directeur des affaires médicales	CH
Directeur d'hôpital	Directeur des affaires médicales	CH
Directeur d'hôpital	Directeur des affaires médicales	CHU
Directeur d'hôpital	Directeur adjoint	ARS

Annexe 2 : Grilles d'entretien utilisées en fonction des professionnels interrogés

Grille d'entretien n°1 : assistant spécialiste partagé et praticien hospitalier en temps partagé

→ Présentation du professionnel

1- Pouvez-vous vous présenter et présenter votre fonction en quelques mots ?

→ Image de l'assistantat partagé

2- Comment avez-vous eu connaissance du dispositif des ASP ?

3- Que pensiez-vous initialement du dispositif ?

4- Quelles étaient vos motivations ?

→ Modalités d'élaboration du projet de post-internat

5- Comment avez-vous intégré le dispositif ?

6- A quelles contraintes avez-vous été confronté ?

→ Intérêts et contraintes du dispositif des ASP pour les différentes parties prenantes

7- Quel intérêt avez-vous trouvé au dispositif d'un point de vue individuel ?

8- Quelles modalités d'exercice souhaitez-vous adopter au terme de votre post-internat et pourquoi ?

9- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier périphérique ?

10- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier périphérique ?

11- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier universitaire/de référence ?

12- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier universitaire/de référence ?

→ Limites et axes d'amélioration potentiels

13- Quelles sont les limites du dispositif ?

14- Que faudrait-il améliorer ?

Grille d'entretien n°2 : chef de service et directeur des affaires médicales

→ **Présentation du professionnel**

1- Pouvez-vous vous présenter et présenter votre fonction en quelques mots ?

→ **Image de l'assistantat partagé**

2- Comment les jeunes médecins ont-ils connaissance du dispositif des ASP ?

3- Que pensent-ils initialement du dispositif ?

4- Quelles sont leurs motivations ?

→ **Modalités d'élaboration du projet de post-internat**

5- Comment se déroule une campagne annuelle des ASP ?

6- Quel est votre rôle dans ce dispositif ?

7- A quelles contraintes êtes-vous confronté ?

→ **Intérêts et contraintes du dispositif des ASP pour les différentes parties prenantes**

8- Quel intérêt du point de vue individuel l'ASP trouve-t-il au dispositif ?

9- Quelles modalités d'exercice souhaite-t-il adopter au terme du post-internat et pourquoi ?

10- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier périphérique ?

11- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier périphérique ?

12- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier universitaire/de référence ?

13- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier universitaire/de référence ?

→ **Limites et axes d'amélioration potentiels**

14- Quelles sont les limites du dispositif ?

15- Que faudrait-il améliorer ?

→ **Présentation du professionnel**

1- Pouvez-vous vous présenter et présenter votre fonction en quelques mots ?

→ **Image de l'assistantat partagé**

2- Comment les jeunes médecins ont-ils connaissance du dispositif des ASP ?

3- Que pensent-ils initialement du dispositif ?

4- Quelles sont leurs motivations ?

→ **Modalités d'élaboration du projet de post-internat**

5- Comment se déroule une campagne annuelle des ASP ?

6- Quel est votre rôle dans ce dispositif ?

7- A quelles contraintes êtes-vous confronté ?

→ **Intérêts et contraintes du dispositif des ASP pour les différentes parties prenantes**

8- Quel intérêt du point de vue individuel l'ASP trouve-t-il au dispositif ?

9- Quelles modalités d'exercice souhaite-t-il adopter au terme du post-internat et pourquoi ?

10- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour l'ARS?

11- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour l'ARS?

12- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier périphérique ?

13- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier périphérique ?

14- Quels sont les intérêts du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier universitaire/de référence ?

15- Quelles sont les contraintes du dispositif des ASP pour le service et le centre hospitalier universitaire/de référence ?

→ **Limites et axes d'amélioration potentiels**

16- Quelles sont les limites du dispositif ?

17- Que faudrait-il améliorer ?

MORAND

Alexandre

Octobre 2018

**Filière Directeur d'hôpital
Promotion 2017-2018**

**Les enjeux de la mise en œuvre territoriale
du dispositif des assistants spécialistes partagés :
l'exemple de la subdivision rennaise**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Généralisé depuis 2009, le dispositif des assistants spécialités partagés vise principalement à soutenir le post-internat, à dynamiser l'attractivité médicale des établissements non universitaires et à favoriser les coopérations entre établissements de santé. Associant une double initiative nationale et régionale, ce dispositif fait l'objet de modalités de mise en œuvre territoriale plurielles.

En s'appuyant sur l'exemple de la subdivision d'internat du CHU de Rennes, ce mémoire s'interroge sur la manière dont le dispositif des ASP peut être mobilisé par les acteurs de santé d'un territoire. Les professionnels rencontrés décrivent un assistantat partagé attirant de plus en plus de jeunes médecins désireux de bénéficier à la fois d'une formation de pointe en CHU et d'une qualité de vie au travail accrue en centre hospitalier périphérique, et permettant aux établissements de santé un renforcement souvent temporaire de leurs effectifs médicaux. Du point de vue territorial, les ASP contribuent au développement des coopérations inter-établissements et offrent au CHU l'opportunité d'accroître son leadership en matière d'organisation des soins.

Si tous les acteurs du dispositif des ASP en tirent aujourd'hui profit à des degrés divers, une plus grande satisfaction de l'ensemble des partenaires semble toutefois possible en s'appuyant sur plusieurs principes de mise en œuvre. Trois sont identifiés dans ce mémoire : l'élaboration sur un mode participatif de projets de post-internat dont le suivi et l'évaluation s'inscrivent dans un partenariat inter-établissements renforcé, la facilitation de l'exercice médical partagé et la participation de l'ensemble des parties prenantes à la coordination et l'évaluation du dispositif des ASP.

Mots clés :

Assistant spécialiste partagé, post-internat, attractivité, coopération.

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