



**EHESP**

---

Filière : **Directeurs d'hôpital**

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

---

# **Attirer et fidéliser les internes à l'hôpital public**

---

**Bruno DI MASCIO**



---

# Remerciements

---

Je tiens d'abord à remercier mon maître de stage, Léonard DUPE, ainsi que Véronique JEAN pour leurs conseils précieux tout au long de mon stage et de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes questions dans le cadre d'entretiens ou du questionnaire, que ce soit au CHM ou en dehors, et qui sont cités à la fin de ce mémoire.

Un remerciement spécial, enfin, pour Pauline, pour nos échanges et pour le soutien mutuel que nous nous sommes apportés pendant cette période si particulière de l'été 2019.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 L'attractivité médicale des établissements publics de santé de taille moyenne nécessite de comprendre les déterminants professionnels des internes .....	5
1.1 Les difficultés de recrutement à l'hôpital public ont des causes variées .....	5
1.1.1 Une démographie médicale déséquilibrée par rapport à la demande de soins .....	5
1.1.2 Des causes sociologiques variées .....	7
1.1.3 Les conséquences des difficultés de recrutement à l'hôpital public militent pour la mise en place d'une véritable stratégie d'attractivité des internes, en vue de les fidéliser .....	11
1.2 Les déterminants de l'attractivité de l'hôpital public pour les internes : enseignements de l'enquête auprès des internes du CHM .....	13
1.2.1 Rappels méthodologiques .....	13
1.2.2 Résultats de l'enquête auprès des internes du CHM .....	14
1.2.3 En résumé, le directeur d'hôpital dispose d'une marge de manœuvre limitée mais réelle sur les déterminants de l'attractivité de son établissement .....	16
2 Des leviers existent pour développer une politique d'attractivité et de fidélisation des internes, dans un contexte d'évolution du cadre réglementaire .....	20
2.1 Les leviers d'attractivité et de fidélisation des internes .....	20
2.1.1 Les conditions de vie et de travail au cours du stage d'internat .....	20
2.1.2 La communication institutionnelle doit viser à bâtir une véritable identité d'établissement .....	28
2.1.3 La coopération avec les autres acteurs du territoire est essentielle pour répartir et attirer des internes .....	29
2.2 Les réformes des études médicales et des statuts des jeunes médecins doivent revaloriser l'attrait des carrières hospitalières .....	36
2.2.1 La réforme des études médicales .....	36
2.2.2 Le statut de « docteur junior », un nouveau levier d'attractivité ? .....	38
2.2.3 La liberté d'installation des médecins en question .....	40
Conclusion .....	43
Bibliographie .....	45
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : contrat d'engagement de service public

CH : centre hospitalier

CHM : Centre Hospitalier du Mans

CHU : centre hospitalier universitaire

CLS : contrat local de santé

DAM : Direction des affaires médicales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : études classantes nationales

FHF : Fédération Hospitalière de France

HUGO : Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest

ISNI : Intersyndicale Nationale des Internes

QVT : qualité de vie au travail



## Introduction

Prévue par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, adoptée le 24 juillet 2019, la suppression du numerus clausus vise à « augmenter de 20% le nombre de médecins formés d'ici quelques années »<sup>1</sup>, selon Agnès Buzyn, la Ministre des Solidarités et de la Santé. S'il augmente régulièrement depuis les années 1990, le numerus clausus est l'objet de critiques face aux évolutions de la démographie médicale. Le numerus clausus, qui fixe le nombre de places en facultés de médecine à l'échelle nationale, serait alors un obstacle à une régulation optimale de l'offre de soins.

D'autres facteurs viennent contraindre la démographie médicale. D'abord, sur le plan sociologique, les nouvelles générations de jeunes médecins semblent désireuses de mieux concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée, et donc de travailler moins que leurs aînés. Ensuite, le vieillissement démographique augmente les besoins de la population en matière de santé. La France connaît donc un « effet ciseau » avec d'une part une stabilisation voire une baisse de l'offre de soins et d'autre part une augmentation de la demande, ce qui est source de déséquilibres structurels pour l'accès aux soins.

Ce phénomène a un impact inégal sur le territoire national. Il touche principalement les zones les moins attractives pour les médecins, en particulier les centres hospitaliers non universitaires et dotés d'un plateau technique limité, mais aussi les établissements situés dans une ville peu dynamique ou un territoire rural. Alors que la France compte 226 000 médecins dont 44% exercent à l'hôpital, ces derniers sont inégalement répartis sur le territoire : près de 6 millions de personnes habitent dans une commune médicalement sous-dense<sup>2</sup>, en particulier dans les communes rurales périphériques des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles. Cette situation devrait s'aggraver dans les prochaines années, alors que 30% des médecins ont plus de 60 ans. Cela s'explique par le numerus clausus élevé qui était en vigueur dans les années 1970 (8000 postes par an environ, contre moins de 4000 dans les années 1990), alors même que le vieillissement démographique induit des besoins supplémentaires en soins. Le relèvement du numerus clausus (aujourd'hui à nouveau proche de 8000 postes par an) contribue à rééquilibrer l'offre médicale.

---

<sup>1</sup> Agnès Buzyn, interview sur France Inter, 12 février 2019

<sup>2</sup> DREES, 2018, Etudes et Résultats, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 »

Plus nombreux sous l'effet du relèvement du *numerus clausus*, les internes sont amenés à effectuer des stages en centre hospitalier non universitaire au cours de leur formation. C'est en fonction de leur rang de classement qu'ils choisissent leur lieu de stage ; l'affectation sur un hôpital non universitaire peut alors être vue comme une contrainte mais aussi comme une opportunité.

La formation des médecins est donc une étape majeure de la construction de l'offre de soins, en particulier à l'hôpital public. Attirer des internes est la première étape vers la fidélisation des médecins. Pour le comprendre, l'étude du Centre hospitalier du Mans (CHM) se révèle utile. En matière d'attractivité médicale, le CHM se trouve dans une situation que l'on peut qualifier d' « intermédiaire ». Doté de près de 1700 lits et places, il bénéficie d'un plateau technique conséquent : 2 scanners, 4 IRM, 23 salles d'opérations réparties en 3 blocs, une activité de recherche clinique... Cela lui permet de proposer des conditions de travail intéressantes au personnel médical. En revanche, la ville du Mans, considérée comme peu dynamique par rapport aux autres métropoles à proximité (Angers, Tours, Nantes, voire Paris), située dans un département semi-rural (la Sarthe) et éloignée de la mer comme de la montagne, n'est indubitablement pas un atout pour attirer des médecins. En outre, le fait qu'il ne soit pas un centre hospitalier universitaire (son CHU de rattachement est celui d'Angers) limite sa capacité à faire venir des internes et à organiser des activités d'enseignement et de recherche.

Dans ce contexte, un des leviers de l'attractivité médicale pour un établissement comme le CHM consiste à faire venir des internes en stage, et à les « fidéliser », c'est-à-dire à les convaincre de rester au Mans à l'issue de leur internat. En effet, dans la mesure où le choix des lieux de stage se fait au rang de classement, des internes peuvent être contraints d'effectuer un stage en centre hospitalier non universitaire. C'est donc le seul moment dans la carrière d'un praticien où ce dernier est contraint dans son choix d'établissement. Cela représente donc une véritable opportunité pour l'établissement d'accueil de « capter » des professionnels et de les convaincre de s'y installer. Ainsi au CHM, un tiers des médecins y ont fait au moins un stage au cours de leur internat, signe qu'il existe une corrélation entre le fait de réaliser un stage dans un établissement et de s'y installer par la suite.

Il s'agit donc pour le CHM, comme pour d'autres établissements aux caractéristiques proches, de mettre en œuvre une politique d'attractivité et de fidélisation des internes qui repose sur plusieurs piliers : accueillir les internes dans de bonnes conditions, proposer des stages de qualité, offrir des perspectives professionnelles intéressantes... Ces différents aspects concourent à donner une image positive du Mans

et du CHM, à des futurs médecins qui ne connaissent pas forcément l'établissement et la ville, et qui peuvent, si leur stage se déroule bien, se poser la question de revenir pour un autre stage d'internat voire de rester à l'issue de l'internat.

Toutefois, deux séries principales de difficultés se présentent pour les directeurs d'hôpital.

En premier lieu, ils ne maîtrisent pas tous les paramètres qui fondent le choix professionnel des praticiens : ni le dynamisme d'une ville, ni son climat ne sont de leur ressort (quoiqu'en disent ceux qui considèrent que le directeur fait la pluie et le beau temps à l'hôpital) et ils n'ont pas d'outil contraignant sur les praticiens, qui bénéficient de la liberté d'installation à la fois géographique et statutaire (salarial ou exercice libéral). C'est donc avant tout par des politiques et des stratégies incitatives que s'opère la fidélisation des internes et les choix professionnels des jeunes médecins renvoient à des déterminants sociologiques considérables : ainsi, la féminisation de la profession, la difficulté à trouver un emploi pour le conjoint ou la conjointe dans des zones économiquement peu dynamiques - notamment pour les catégories sociales supérieures - mais aussi l'attrait financier du secteur libéral sont autant de phénomènes qui ont un impact sur les choix d'installation.

La deuxième série de difficultés est que les outils de fidélisation (amélioration des conditions d'accueil et de vie des internes par exemple) sont soumis à des choix stratégiques et financiers d'autant plus délicats qu'investir dans les conditions d'accueil et de vie des internes n'est pas directement source de recettes et d'activité pour l'établissement. Les projets de fidélisation des internes sont donc en concurrence avec d'autres types de projets à l'hôpital. Une politique de fidélisation des internes doit en tenir compte et trouver des leviers en interne et à l'extérieur de l'établissement : communication ciblée, travail sur les conditions de travail et la politique statutaire, coopération avec les collectivités territoriales...

Ce mémoire étudie ces questions, en s'appuyant, d'un point de vue méthodologique, ce mémoire s'appuie à la fois sur des sources théoriques et sur un matériau de recherche original.

Ainsi, la littérature académique consacrée à l'attractivité médicale et les publications des acteurs du monde hospitalier (livres blancs, rapports, etc.) ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Le contexte réglementaire et ses évolutions sont également étudiés, alors que la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé vient d'être adoptée et contient des dispositions importantes pour la formation des médecins.

Par ailleurs, afin de comprendre les déterminants sociologiques du choix de carrière des internes du CHM, un questionnaire dont le détail est donné en annexe leur a été adressé. Des entretiens qualitatifs avec eux ont également été conduits. En outre, des entretiens avec les acteurs du CHM et ses partenaires ont permis de saisir la dimension institutionnelle du sujet.

Cette démarche méthodologique vise donc à croiser les approches, tant sur le plan thématique (apports juridiques, sociologiques, démographiques, économiques...) que pratique : l'analyse alternera entre l'échelon national et l'échelon local, afin de voir comment les établissements de santé peuvent, sur le terrain, se saisir du cadre réglementaire et mettre en œuvre une stratégie de fidélisation des internes. En retour, les expériences de terrain peuvent nourrir une réflexion sur l'évolution du cadre juridique pour accompagner les acteurs locaux et améliorer le fonctionnement du système de santé.

Ce mémoire vise donc à situer la question de l'attractivité et de la fidélisation des internes dans son contexte démographique, sociologique et réglementaire, et d'analyser les outils, leviers et contraintes d'un hôpital de taille moyenne. Le Centre hospitalier du Mans offre de ce point de vue un cas pratique tout à fait pertinent au regard des projets et réflexions qui y sont actuellement conduits. Il permet de placer notre mémoire dans une perspective opérationnelle et pratique.

Comment les nouvelles générations de médecins se positionnent-elles par rapport à l'hôpital public ? Et en retour, comment un établissement public de taille moyenne peut-il attirer des internes puis les convaincre de rester exercer à l'hôpital public à l'issue de leur formation ?

**Le déficit d'attractivité des internes dans les établissements publics de santé de taille moyenne s'explique par des causes variées (I).**

**Pourtant, des leviers existent pour développer une politique d'attractivité et de fidélisation des internes, tant au niveau des établissements qu'au niveau réglementaire (II).**

# **1 L'attractivité médicale des établissements publics de santé de taille moyenne nécessite de comprendre les déterminants professionnels des internes**

## **1.1 Les difficultés de recrutement à l'hôpital public ont des causes variées**

### **1.1.1 Une démographie médicale déséquilibrée par rapport à la demande de soins**

La densité médicale est inégale sur le territoire. Le numerus clausus, tombé à 4000 places par an dans les années 1970 et désormais stabilisé à 8000 places en deuxième année de médecine par an, ne semble pas suffisant pour répondre aux besoins en personnel médical, d'autant que celui-ci est inégalement réparti.

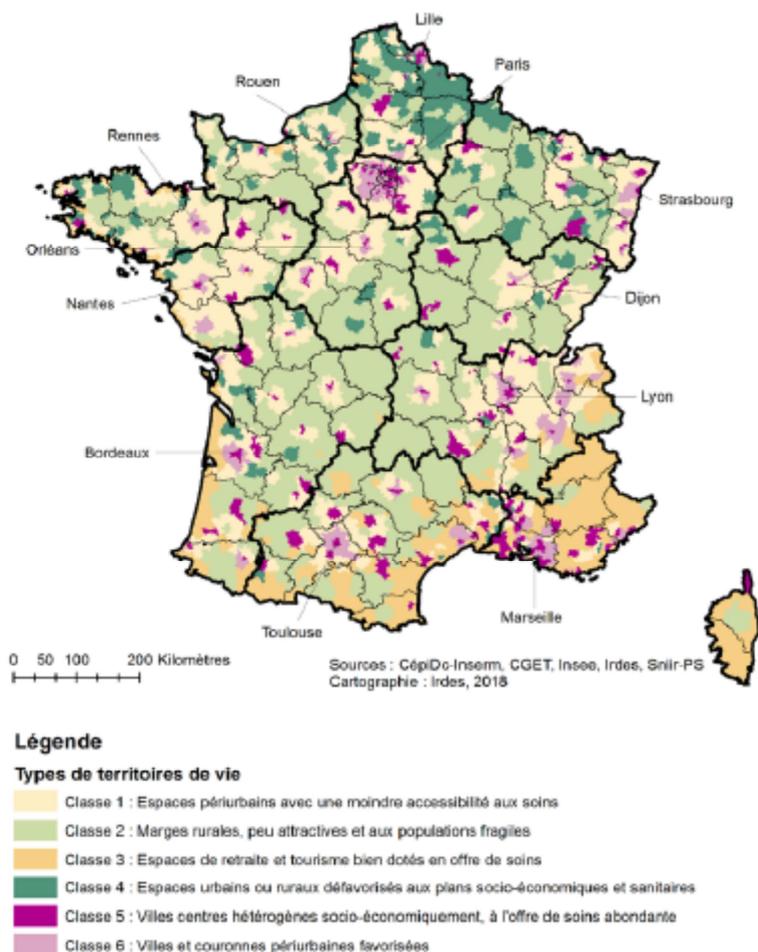
Il convient alors d'objectiver le phénomène de « déserts médicaux », qui constitue l'un des symptômes de la « crise » du monde hospitalier et du système de santé français en général. Alors que l'accès aux transports et aux ressources du monde urbain est inégal à l'échelle du pays, l'échelon du « territoire de vie » peut ainsi être utilisé pour analyser la démographie médicale : il s'agit du plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à l'emploi et aux équipements courants<sup>3</sup>. De cette analyse<sup>4</sup>, il ressort qu'on peut distinguer 6 classes de territoires de vie par ordre croissant d'accessibilité des soins : les espaces périurbains, les marges rurales, les espaces de retraite et de tourisme, les espaces urbains et ruraux défavorisés, les villes-centres hétérogènes et les villes favorisées économiquement. D'après le schéma ci-dessous, la ville du Mans appartient à la classe 5, mais le département de la Sarthe est majoritairement composé de territoires de classe 1 et 2, signes d'une faible offre de soins.

---

<sup>3</sup> Pierre Julien, « La France en 1916 bassins de vie », *Économie et Statistique*, n°402, 25-39, 2007

<sup>4</sup> Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)*, janvier 2019

Carte Les six classes de territoires de vie



Source : IRDES

Le département de la Sarthe est donc peu attractif en comparaison d'autres départements, que l'on trouve notamment en Nouvelle-Aquitaine ou dans le Sud de la France. Sa démographie médicale est toutefois comparable à celle de sa région (Pays de la Loire), avec une ville-centre abondante en offre de soins et une périphérie plus fragile. Les conditions socioéconomiques ainsi que les faibles équipements sociaux et sanitaires expliquent ce phénomène. Par ailleurs, l'existence d'une ligne à grande vitesse reliant Le Mans à Paris et à la Bretagne renforce l'attractivité relative du Mans par rapport au reste du département.

Cette analyse illustre la nécessité d'une approche territoriale de la question de la répartition de l'offre de soins. Le maintien du pôle d'attraction fort que représente l'hôpital d'une ville-centre comme Le Mans est un atout à préserver pour garantir les équilibres du département : plus l'hôpital attire des médecins, mieux il fonctionne, et plus il peut participer à l'organisation de l'offre de soins départementale.

### 1.1.2 Des causes sociologiques variées

Outre la question du *numerus clausus* qui sera étudiée plus loin dans ce mémoire, les déséquilibres de la démographie médicale s'expliquent par des causes sociologiques propres au corps médical. L'attractivité de l'hôpital public semble particulièrement menacée.

#### A) L'impact de la féminisation de la profession

L'accès croissant des femmes aux études supérieures à partir des années 1970 s'est traduit par leur plus grande participation au marché de l'emploi et notamment aux professions médicales. Ainsi, en France, 47% des médecins sont aujourd'hui des femmes et la parité – voire la présence majoritaire de femmes dans le corps – devrait rapidement être atteinte : 60% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins sont des femmes. Celles-ci représentent 66% des médecins de moins de 30 ans<sup>5</sup>. La France est donc en phase de rattrapage des tendances en cours dans la plupart des pays occidentaux où la féminisation des métiers médicaux est déjà bien avancée : les femmes sont majoritaires parmi les médecins en Russie et dans certains pays nordiques notamment.

Les femmes médecins ont-elles un rapport au travail différent de celui de leurs confrères masculins ? Les femmes semblent bien accorder une importance plus grande que les hommes aux contraintes de « l'interface travail-famille » et donc à délaisser les modes d'exercice les plus chronophages et aux horaires les plus imprévisibles. De ce point de vue, l'exercice hospitalier est moins recherché par les femmes que par les hommes en raison des contraintes liées aux gardes et aux astreintes, ainsi qu'à une certaine culture hospitalière de la disponibilité permanente. Dès lors, l'attractivité des carrières hospitalières semble moins forte que l'exercice libéral pour les professionnelles. Cette idée est confortée par le fait que la féminisation de l'exercice médical est plus marquée dans le secteur libéral qu'à l'hôpital<sup>6</sup>. De même, les femmes choisissent davantage que les hommes d'exercer en milieu urbain au détriment des zones rurales<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale*, 2018

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Henri Picheral, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Presses de l'Université Montpellier III, 2001

Toutefois, les expériences professionnelles et les manières de concilier vie privée et vie professionnelle semblent « de plus en plus indifférenciées » entre hommes et femmes<sup>8</sup>. De ce fait, Il faut alors concevoir la féminisation du corps médical comme un phénomène porteur de dynamiques sociologiques pour l'exercice médical dans son ensemble, au-delà de l'exercice professionnel des femmes elles-mêmes. En d'autres termes, la féminisation du corps médical fait évoluer le rapport au travail des médecins, qu'ils soient hommes ou femmes. Ils et elles souhaitent « travailler autrement », en ménageant du temps pour sa vie personnelle. Cela s'explique par le fait qu'au-delà de la féminisation du corps médical en tant que tel, on assiste à une féminisation du marché de l'emploi en général, qui incite donc les hommes médecins à participer avec leur conjointe à la vie de famille, alors même que les tâches ménagères ne sont pas également réparties pour autant. C'est donc « l'ancien modèle dominant de la disponibilité permanente des hommes vis-à-vis de l'activité professionnelle [qui] est en voie de transformation »<sup>9</sup>. La recomposition genrée du marché de l'emploi a un impact sur l'organisation générale du travail.

Au-delà de la féminisation du métier, c'est donc bien un phénomène générationnel dans le rapport au travail qui emporte des conséquences sur l'organisation du travail médical à l'hôpital. La dimension générationnelle du rapport des médecins au travail hospitalier est donc à interroger.

## B) L'impact de la « Génération Y »

Les nouvelles générations de médecins auraient donc un rapport différent au travail et à l'organisation de leur vie professionnelle. De fait, les jeunes étudiants et médecins appartiennent à la « Génération Y » : celle-ci se définit par une quête de sens dans la vie professionnelle (le « Y », en anglais, se prononçant comme « why », c'est-à-dire « pourquoi »), une plus grande volatilité professionnelle, un rapport plus critique à l'autorité et une aspiration à profiter davantage de leur vie personnelle<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », Revue française des affaires sociales, janvier 2005

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Benoît Meyronin, *La génération Y, le manager et l'entreprise*, Presses universitaires de Grenoble, 2015

Sur ces quatre traits distinctifs de la Génération Y, l'exercice hospitalier semble peu à même de répondre aux attentes des jeunes médecins :

- Les contraintes financières et la bureaucratisation de l'hôpital contraignent les pratiques de soins, ce qui peut donner le sentiment d'une perte de sens dans la pratique médicale à l'hôpital ;
- La volatilité professionnelle rend les jeunes moins attachés à l'hôpital public que ne l'étaient leurs aînés ;
- Le rejet des modèles hiérarchiques d'autorité concerne l'hôpital, à la structure fortement verticale, en tout cas davantage que le secteur libéral ;
- La volonté de préserver une bonne qualité de vie rend l'exercice libéral plus attractif que l'exercice hospitalier, car ce dernier implique souvent davantage de travail, en particulier si l'hôpital est situé en zone sous-dense.

De fait, « les nouvelles générations de médecins souhaitent préserver du temps pour la famille ou d'autres activités sociales et tant les femmes que les hommes revoient profondément leur rapport au travail »<sup>11</sup>. Ainsi, d'après une étude<sup>12</sup>, les médecins estiment qu'une école est le premier service nécessaire à côté de leur lieu d'exercice, et l'écart entre les deux sexes s'avérait minime (72% des femmes et 70% des hommes). Plus que la féminisation, c'est donc bien un effet générationnel qui est à la source des évolutions professionnelles du corps médical. Le projet professionnel d'un interne (masculin) en ophtalmologie du CHM résume cette tendance générationnelle : il affirme qu'il n'imagine pas travailler à l'hôpital public, trop contraignant, et souhaite pouvoir ouvrir son futur cabinet, dans une grande ville, « quatre jours par semaine pour avoir du temps pour faire du sport »<sup>13</sup>. Les modalités d'organisation du travail sont donc un critère déterminant du choix de l'exercice professionnel, alors même que l'impératif de permanence des soins à l'hôpital offre peu de flexibilité en la matière. Ainsi, selon le doyen de la faculté de médecine d'Angers, « les internes posent davantage de questions qu'avant, et le modèle du médecin qui ne compte pas ses heures, et qui est l'épine dorsale des hôpitaux publics, va peut-être disparaître, ce qui va poser des problèmes »<sup>14</sup>.

De plus, la perte de sens de l'exercice hospitalier s'illustre par les « injonctions paradoxales » ressenties par les médecins, entre sollicitations pour « libérer des lits » et

---

<sup>11</sup> Alice Denoyel-Jaumard et Audrey Bochaton, « Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? », Revue francophone sur la santé et les territoires, 2015

<sup>12</sup> INSAR-IMG, 2011

<sup>13</sup> Entretien du 12 juin 2019

<sup>14</sup> Entretien du 18 juillet 2019

exigence de qualité des soins. Cette dissonance est source de mal-être, car « la dimension médico-économique, très présente à l'hôpital, n'est pas leur métier<sup>15</sup>.

Le moindre attachement à l'hôpital public et le rejet des modèles hiérarchiques d'autorité des jeunes générations se manifestent également dans le rapport aux responsabilités. Ainsi, seuls 30% des internes du CHM disent viser des fonctions de responsable de service ou de pôle. La dimension managériale de leur métier leur paraît donc peu intéressante : 57% ne souhaitent pas de formation spécifique au management<sup>16</sup>. C'est le signe, non pas d'un désinvestissement au travail, mais plutôt d'une reconfiguration des choix professionnels, qui tiennent davantage compte des impacts sur la vie privée. Le « cursus honorum » hospitalier n'est plus autant désirable qu'auparavant et le prestige associé aux chefferies de service et de pôle n'apparaît plus comme une source de motivation particulière pour les jeunes.

### C) L'intrusion des problématiques de société à l'hôpital public

L'attractivité de l'hôpital public pour les jeunes médecins est également entamée par le poids croissant des problématiques de société dans l'exercice hospitalier. Celles-ci sont de plusieurs ordres.

D'abord, les contraintes financières qui pèsent sur l'hôpital réduisent la marge de manœuvre des praticiens en termes de développement d'activité. Elles limitent également les capacités de recrutement de personnels paramédicaux et administratifs (secrétaires médicales notamment). Par ailleurs, le discours managérial à l'hôpital, dans lequel les objectifs de « rentabilité » financière sont centraux, peut être à l'origine d'une perte de sens pour les médecins hospitaliers ou les internes qui se questionnent sur leur avenir professionnel.

Ensuite, on assiste à une certaine judiciarisation de l'exercice médical, notamment hospitalier. La responsabilité des médecins est une responsabilité légale que suffit à engager une faute simple<sup>17</sup> voire sans faute, en particulier pour les infections nosocomiales. Un régime de responsabilité civile s'applique également à l'interne, en cas

---

<sup>15</sup> Entretien du 10 mai 2019

<sup>16</sup> Résultat du questionnaire adressé aux internes du CHM. Cf. Annexe n°3.

<sup>17</sup> Loi du 4 mars 2002 - Articles L1142-1 et suivants du Code de la santé publique

de faute, mais celles-ci sont le plus souvent couvertes par le service (c'est alors la responsabilité de l'hôpital qui est engagée pour défaut d'organisation du service, et non celle de l'interne<sup>18</sup>). L'interne est toutefois responsable pénalement. Or, la « judiciarisation de la médecine »<sup>19</sup> fait évoluer la pratique et peut faire l'objet de réticences de la part des jeunes, même s'il faut noter que le secteur libéral n'échappe pas à cette tendance.

Enfin, l'évolution des représentations liées à l'hôpital public peuvent en détourner les internes : le phénomène d' « hôpital-bashing » dans les médias et sur les réseaux sociaux, mais encore la valorisation de l'exercice libéral (associé à une pratique entrepreneuriale) au détriment du service public contribuent à une désaffectation certaine de l'hôpital public dans l'imaginaire des internes. Ainsi, un interne n'hésite pas à dire que pour lui, « quitte à soigner des gens, autant être bien payé (en libéral plutôt qu'à l'hôpital) »<sup>20</sup>. De fait, 75% des internes envisagent de travailler en libéral, contre 19% en activité salariée pure – et ce bien qu'ils ne soient que 12% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 à exercer en libéral<sup>21</sup>.

### **1.1.3 Les conséquences des difficultés de recrutement à l'hôpital public militent pour la mise en place d'une véritable stratégie d'attractivité des internes, en vue de les fidéliser**

Face aux difficultés de recrutement, les établissements publics de santé sont obligés de recourir à l'intérim médical, dont le coût est élevé. Ainsi, l'intérim médical représente 500 millions d'euros de surcoût pour les établissements et concerne 6 000 médecins, principalement hors CHU<sup>22</sup>, et la qualité des soins est parfois insuffisante en raison d'un manque de pratique professionnelle des intérimaires et de la désorganisation des services que génère l'instabilité médicale.

Dès lors, assurer la continuité des soins tout en gardant la maîtrise de la masse salariale médicale est un enjeu majeur pour les établissements de santé hors CHU. Dans

---

<sup>18</sup> Tribunal administratif de Rouen du 26 janvier 2007

<sup>19</sup> Anne Pellissier-Fall, « Les médecins hospitaliers et la judiciarisation de la médecine », Revue générale du droit médical, n° 14, 2010

<sup>20</sup> Entretien du 12 juin 2019

<sup>21</sup> Ordre national des médecins, « Etude sur l'installation des jeunes médecins », 2019

<sup>22</sup> Olivier Véran, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », Assemblée nationale, 2013

ce contexte, attirer des internes revêt une importance fondamentale. Il convient de préciser qu'il ne s'agit pas d'utiliser les internes pour remplacer un médecin titulaire : ce n'est pas leur rôle dans la mesure où ils sont encore en formation et que leur seniorisation est nécessaire. Il ne dispose de ses fonctions que par « délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève »<sup>23</sup>.

En revanche, il y a deux intérêts principaux à accueillir des internes : d'abord, il s'agit d'un enjeu réputationnel pour le centre hospitalier, qui donne ainsi l'image d'un établissement dynamique et attractif pour les jeunes. Ensuite, l'idée est de faire découvrir aux jeunes l'exercice professionnel dans l'établissement et de leur donner envie de rester. Attirer des internes est donc la première étape vers la fidélisation des médecins. Plus un médecin découvre tôt un certain environnement professionnel, plus il sera susceptible d'y rester, avant que ses contraintes familiales et ses habitudes ne rendent le coût de la découverte d'un autre exercice hospitalier trop important. En outre, recruter un médecin pendant son internat réduit les risques liés à la prise de poste : évalué pendant son stage, ses qualités sont connues du service et son intégration est déjà bien entamée grâce à sa période de stage.

Ainsi, l'attractivité d'un hôpital public pour les internes est un enjeu central pour la fidélisation médicale. Il convient donc de bâtir une véritable stratégie d'attractivité des internes. Cela implique d'abord de bien comprendre les déterminants des choix de parcours des internes.

---

<sup>23</sup> Article R6153-3 du Code de la santé publique

## **1.2 Les déterminants de l'attractivité de l'hôpital public pour les internes : enseignements de l'enquête auprès des internes du CHM**

### **1.2.1 Rappels méthodologiques**

Cette partie est élaborée sur la base de l'analyse quantitative et qualitative des motivations professionnelles des internes du Centre hospitalier du Mans.

Sur le plan quantitatif, l'analyse repose sur le questionnaire adressé aux internes du Centre hospitalier du Mans en juin et juillet 2019 dans le cadre du présent mémoire. Composé d'une vingtaine de questions, il a été envoyé par email à l'ensemble des internes en stage lors du deuxième semestre (mai-novembre 2019) avec deux relances à 15 jours d'intervalle chacune. Les questions fermées ont été privilégiées afin de maximiser le nombre de réponses ; une question ouverte et libre a été proposée en fin de questionnaire mais cet espace a été peu utilisé par les répondants (4 réponses seulement). Au total, 49 internes sur 153 ont répondu à l'ensemble du questionnaire soit un taux de réponse de 32% qui paraît relativement important et représentatif compte tenu du mode d'administration (email et non papier) et de la nature du sondage (présenté comme un mémoire universitaire, donc sans impact direct sur la politique du CHM).

Sur le plan qualitatif, des entretiens libres ont été réalisés avec des internes volontaires du CHM. Si la base de l'entretien reposait sur un canevas de questions, celles-ci pouvaient évoluer en fonction de la tournure des échanges. L'anonymat des personnes interrogées a été préservé et les citations viennent à titre illustratif lorsqu'elles aident à expliquer et comprendre certaines données du questionnaire.

Interroger les internes de l'hôpital du Mans comme objet d'étude dans le cadre de notre mémoire paraît pertinent car plusieurs facteurs contraignent le CHM à développer une véritable politique d'attractivité et de fidélisation des internes :

- D'abord, il s'agit d'un centre hospitalier non universitaire. Il n'est donc pas le lieu de stage et de formation « naturel » des étudiants en médecine.
- Ensuite, la ville du Mans est peu attractive pour des jeunes, d'un point de vue absolu (peu d'étudiants donc faible dynamisme de la vie nocturne) et relatif (proximité géographique de Paris, Nantes, Tours et Angers, qui apparaissent comme des villes plus attractives pour un jeune étudiant). De fait, seuls deux répondants indiquent avoir choisi le CHM pour la ville du Mans.

- Enfin, peu d'internes sont originaires de la Sarthe : d'après les résultats du sondage, seuls deux répondants y ont effectué leurs études secondaires. Le recrutement d'internes se fait donc principalement auprès d'étudiants ligériens (7 répondants) ou parisiens (7 répondants), qui disposent d'un large choix d'établissements sur la zone géographique.

Qui sont les internes du CHM<sup>24</sup> ? On compte tout d'abord une large majorité de femmes : plus de 70%. La plupart des internes sont en début de troisième cycle : 30% en première année et 36% en deuxième année. S'ils viennent de toute la France, beaucoup ont fait leurs études secondaires dans la région Pays de la Loire mais pas au Mans (14%) ou en région parisienne (14%). Ils se concentrent à 90% dans les pôles cliniques du CHM (pôle médecine spécialisées, pôle urgences-médecine-réanimation, pôle femme-mère-enfant, pôle chirurgie-anesthésie), les autres étant affectés aux pôles médico-techniques (pharmacie, laboratoire et imagerie médicale).

## 1.2.2 Résultats de l'enquête auprès des internes du CHM

**Le premier enseignement de l'enquête est que le fait d'effectuer un stage au CHM est vu comme une opportunité professionnelle enrichissante.**

Seuls deux répondants ont choisi le CHM pour pouvoir vivre au Mans. 16% voient ce choix comme une « contrainte » imposée par la maquette de formation. De même, une interne en pédiatrie indique ainsi qu'elle aurait préféré rester à Nantes ou aller au CH de Saint-Nazaire, mais que ses notes ne lui permettaient pas<sup>25</sup>. Toutefois, beaucoup d'internes mettent en avant la réputation du lieu de stage (49%) ou de la vie à l'internat (10%). C'est le signe que le CHM, bien que n'ayant « ni la mer, ni le soleil »<sup>26</sup>, a des atouts en matière d'attractivité médicale et jouit d'une bonne réputation.

Plus largement, ils voient très majoritairement le fait d'effectuer un stage hors CHU comme une opportunité d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles ou de découvrir leur exercice professionnel dans un établissement à taille humaine (98%). Cela s'explique certainement par le fait que les internes du CHM sont principalement au début de leur internat (première ou deuxième année pour les deux tiers des répondants), et donc encore en phase d'exploration professionnelle. Il semble donc que les internes,

---

<sup>24</sup> Ce paragraphe est rédigé à partir des données des répondants au questionnaire. Un contrôle qualité a été conduit afin de vérifier la représentativité des répondants par rapport à l'ensemble de la cohorte d'internes.

<sup>25</sup> Entretien du 13 juin 2019.

<sup>26</sup> Discours du Président de la Commission médicale d'établissement du 14 janvier 2019.

même lorsqu'ils ont choisi le CHM par défaut, décident de jouer pleinement le jeu du stage en centre hospitalier pour en tirer le meilleur profit, malgré les contraintes personnelles que cela implique souvent.

**La bonne réputation du CHM auprès des internes se confirme à travers le constat que les internes se sentent bien au CHM, grâce à un bon encadrement et une bonne ambiance dans les services.** 90% d'entre eux prennent « toujours » ou « fréquemment » plaisir à venir travailler au CHM. Parmi leurs sources de satisfaction, la qualité de l'encadrement (85%) et l'ambiance au sein des services (69%) sont plébiscitées. L'importance de ces deux dimensions (encadrement et bonne ambiance) se retrouve également lorsqu'on les interroge sur le meilleur moyen d'accueillir les internes : ils souhaitent un accompagnement par l'encadrement (75%) ou un petit-déjeuner d'accueil (42%). Leur intégration est réussie puisque 75% ont le sentiment de faire partie de la communauté du CHM. Leurs relations sont bonnes ou plutôt bonnes avec les médecins du service et les personnels paramédicaux (96%), mais moins avec la Direction (52% dont aucune réponse « tout à fait de bonnes relations »). Plus qu'un problème de communication, c'est sans doute dû aux peu de contacts des internes avec l'administration, qui n'intervient qu'en cas de problème logistique lié au logement ou au contrat de formation par exemple.

**Si le stage au CHM se déroule donc bien pour les internes, il est plus difficile pour eux de se projeter dans une carrière hospitalière au CHM.** Seuls 45% d'entre eux se sentent suffisamment informés sur les différents statuts et opportunités professionnelles auxquelles ils peuvent prétendre. 60% d'entre eux ne se voient pas rester au CHM après leur internat (dont 30% « pas du tout ») ; seuls 20% se voient rester et 18% ne savent pas encore. Ceux qui souhaitent rester mettent en avant les conditions de travail et notamment le projet de service (83%), ou encore l'ambiance de travail (78%), c'est-à-dire les mêmes caractéristiques qui font qu'ils apprécient leur stage d'internat au CHM. Cela montre que l'expérience d'un stage peut influencer sur le choix de l'orientation professionnelle. A l'inverse, les raisons qui font que certains internes ne souhaitent pas rester au CHM n'ont pas tant trait à l'hôpital qu'à la ville elle-même ou à des choix personnels : c'est le cadre de vie au Mans qui rebute 61% d'entre eux, mais aussi les contraintes familiales (34%). Le projet de travailler dans le secteur libéral (38%) est une autre explication de la volonté de ne pas poursuivre une carrière au CHM. De ce point de vue, les possibilités de proposer un exercice mixte ville-hôpital sont intéressantes et séduisent d'ailleurs 79% des répondants.

### **1.2.3 En résumé, le directeur d'hôpital dispose d'une marge de manœuvre limitée mais réelle sur les déterminants de l'attractivité de son établissement**

En résumé, les internes du CHM, bien que plus familiers des CHU, se montrent curieux de découvrir l'exercice professionnel à l'hôpital hors CHU. Toutefois, ils ne choisissent pas leur lieu de stage par hasard et se montrent vigilants à aller dans un établissement qui propose un plateau technique intéressant et des conditions d'accueil satisfaisantes. La localisation géographique de l'établissement joue également un rôle. Les internes mettent donc en balance ces différents éléments, qui ont en outre un impact sur leur vie personnelle, en particulier ceux qui ont des contraintes familiales. De ce point de vue, le CHM se situe dans une situation paradoxale : attractif grâce à son large plateau technique et sa bonne réputation, il l'est beaucoup moins par les conditions de vie dans la ville du Mans. Cette tension entre les atouts du CHM et les limites de la ville du Mans continue d'avoir des effets sur leur conception de l'avenir de leur vie professionnelle : les mêmes éléments ressortent quant à leur souhait de poursuivre ou non une carrière au CHM.

#### **A) Des facteurs d'attractivité plus ou moins maîtrisables par le directeur d'hôpital**

On peut donc classer les déterminants de l'attractivité d'un hôpital public pour les internes selon le degré de maîtrise dont dispose le directeur d'hôpital. Schématiquement, nous retenons 3 catégories de facteurs : les facteurs exogènes, qui échappent assez largement à la maîtrise des directeurs d'hôpital ; les facteurs connexes, sur lesquels le directeur ne peut que partiellement agir ; et les facteurs « endogènes », sur lesquels les directeurs disposent de leviers importants. Le tableau ci-dessous récapitule ces déterminants.

<b>Facteurs exogènes</b> → Pas de maîtrise du Directeur	Climat
	Dynamisme de la ville
	Taille de l'établissement
<b>Facteurs connexes</b> → Maîtrise partielle du Directeur	Qualité du plateau technique
	Ouverture de stages par le CHU
	Contraintes géographiques et familiales
<b>Facteurs endogènes</b> → Maîtrise importante du Directeur	Ambiance dans les services
	Qualité de l'encadrement
	Conditions matérielles d'accueil
	Accompagnement professionnel par la Direction
	Communication auprès des étudiants

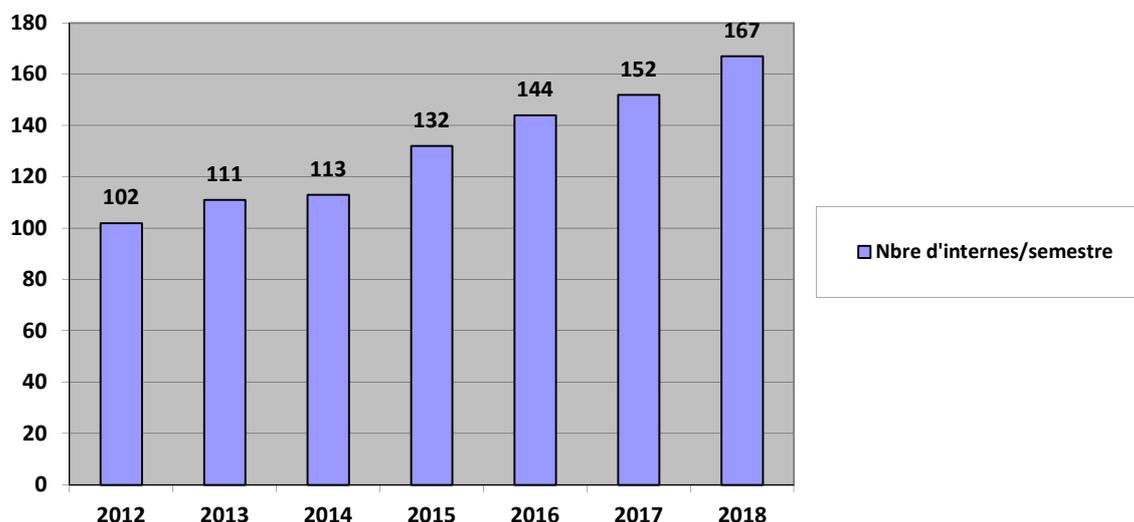
Ainsi, même si certains déterminants clés du choix du lieu d'exercice professionnel sont hors de portée du directeur d'hôpital (climat, dynamisme de la ville, taille de l'établissement), il y a beaucoup de critères de choix sur lesquels ce dernier peut agir afin d'attirer des internes, en vue de les fidéliser : conditions d'accueil, qualité de l'encadrement, ambiance dans les services, accompagnement professionnel par la Direction, communication auprès des étudiants.

D'autres critères peuvent être plus ou moins maîtrisés par la Direction. Ainsi, les contraintes géographiques et familiales ne laissent pas le directeur d'hôpital totalement impuissant : celui-ci peut tenter de trouver un travail pour le conjoint du praticien, que ce

soit à l'hôpital ou ailleurs, via ses réseaux (mairie, préfecture, etc.). Cela suppose toutefois d'avoir une bonne connaissance des contraintes personnelles de chaque praticien, d'où l'intérêt d'avoir un suivi individualisé et personnalisé de chaque interne en stage, ce qui est chronophage mais peut s'avérer payant pour fidéliser un jeune médecin. De la même manière, l'ouverture de stages par le CHU de rattachement dans les hôpitaux non universitaires de la région dépend dans une certaine mesure des relations qu'entretiennent ces établissements avec le CHU. Travailler à de bonnes relations partenariales peut ainsi inciter le CHU à proposer des stages en CH aux étudiants. Enfin, la qualité du plateau technique peut être améliorée en fonction de la stratégie de l'établissement, mais celle-ci reste dans une large mesure dépendante à la fois de la taille de la structure et des besoins du territoire. Elle s'inscrit donc au-delà de la politique d'attractivité médicale.

B) Le cas du CHM montre que l'attractivité du CHM n'est pas figée une fois pour toutes

Le Centre hospitalier du Mans a connu une progression rapide du nombre d'internes qu'il accueille : de 102 au semestre d'automne 2012, le nombre d'internes a augmenté chaque année pour arriver à 167 en novembre 2018 (cf. graphique ci-dessous).



Cette nette évolution, en quelques années, prouve que l'attractivité d'un centre hospitalier n'est pas figée une fois pour toutes en fonctions de critères géographiques ou réglementaires exogènes (climat, dynamisme de la ville, contraintes familiales et géographiques des internes, règles d'attribution des stages...). Au contraire, l'attractivité des internes repose également sur des facteurs endogènes, sur lesquels un centre

hospitalier dispose d'une certaine maîtrise. De fait, attirer des internes a fait l'objet d'une véritable politique d'établissement au CHM. Comme le résume Diane Petter, Directrice générale adjointe, « on sait que la qualité de la formation est essentielle pour assurer le renouvellement des générations et qu'un interne qui a su trouver sa place au sein d'une équipe déjà construite sera plus enclin à y poursuivre son parcours professionnel »<sup>27</sup>. C'est donc un effort conscient qui a mené à ce résultat, de la part de la Direction et du corps médical.

Il convient donc désormais d'analyser la manière dont ces facteurs peuvent être mobilisés pour concevoir une véritable politique d'attractivité et de fidélisation des internes, en poursuivant l'étude du cas du CHM.

---

<sup>27</sup> Hospitalia, « Attractivité : le CH du Mans occupe le haut du palmarès », 20 mars 2018

## **2 Des leviers existent pour développer une politique d'attractivité et de fidélisation des internes, dans un contexte d'évolution du cadre réglementaire**

### **2.1 Les leviers d'attractivité et de fidélisation des internes**

Face aux difficultés de recrutement à l'hôpital public, attirer des internes constitue un levier de fidélisation médicale dans les centres hospitaliers non universitaires de taille moyenne. La politique d'attractivité des internes doit donc cibler ce qui les motive, à savoir la qualité de l'encadrement, la bonne ambiance dans les services et des conditions d'accueil satisfaisantes.

Il s'agit ainsi d'individualiser l'accompagnement professionnel des internes, en tenant compte de leurs contraintes personnelles et de leurs objectifs professionnels propres. C'est à ce prix qu'un établissement public de santé peut renouveler ses générations de médecins. De ce point de vue, le CHM offre un cas pratique intéressant : un important travail a été conduit pour attirer des internes, dont le nombre a augmenté de 50% depuis 2012.

#### **2.1.1 Les conditions de vie et de travail au cours du stage d'internat**

A) Les conditions d'accueil sont un élément essentiel de la réputation d'un établissement

Dans leur réflexion sur l'attractivité des carrières hospitalières, les syndicats d'internes mettent l'accent sur les conditions d'accueil et la qualité des stages, ainsi que sur la nécessité de revaloriser la rémunération des gardes<sup>28</sup>. S'appuyant sur une enquête nationale auprès d'internes, ces axes prioritaires sont cohérents avec les résultats de notre propre questionnaire et les leviers d'actions identifiés pour les CH non universitaires.

---

<sup>28</sup> Intersyndicale nationale des internes, « L'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public, des mesures prioritaires pour les internes », 2016

## ***L'internat***

La réputation d'un lieu de stage se fonde en premier lieu sur les conditions d'accueil des internes. Or, pour un établissement non universitaire, accueillir des internes suppose en premier lieu de pouvoir les loger. En effet, peu d'internes viennent ou vivent dans une ville qui ne dispose pas d'un CHU. Ainsi au Mans, seuls 4% des internes sont originaires de la Sarthe<sup>29</sup>. Dans la mesure où les établissements sont en concurrence les uns avec les autres pour accueillir des internes, et que ces derniers ont donc le choix, la possibilité d'avoir un logement à disposition peut être un véritable facteur d'attractivité. Comme le rappelle Diane Petter, Directrice générale adjointe du CHM, l'internat est le « *point d'accroche en matière d'attractivité des internes* »<sup>30</sup>. Le fait de proposer un internat peut toutefois présenter deux types de problèmes : d'abord, il dépend des capacités immobilières de l'établissement. Ensuite, il s'agit d'une dépense « sèche » qui ne génère pas de recettes directes. Un établissement peut donc être tenté d'utiliser des capacités immobilières limitées pour d'autres projets, mais il faut voir la présence d'un internat comme un investissement au profit des ressources médicales de demain. En effet, le fait de pouvoir se loger sur place est un déterminant de choix d'un lieu de stage, et la présence d'un internat est aussi un facteur de bonne ambiance entre internes, avec l'organisation de soirées et de moments d'échanges conviviaux entre étudiants. L'ambiance de l'internat du CHM, connue dans toute la région, est citée comme un vrai déterminant du choix de ce lieu de stage par les internes<sup>31</sup>.

Proposer des places d'internat, en nombre suffisant, est donc essentiel. De ce point de vue, au fur et à mesure qu'augmente le nombre d'internes, le nombre de places en internat peut devenir insuffisant, ce qui réduit l'attractivité de l'établissement. Or, un établissement de taille moyenne a intérêt à avoir davantage d'internes et les capacités d'hébergement ne sauraient être un obstacle dirimant à ce processus. Dès lors, augmenter la capacité d'accueil dans l'internat est un objectif qui peut être recherché dans le cadre d'une politique d'attractivité des internes.

Ainsi, au CHM, outre la location d'appartements en centre-ville, un projet de construction d'un nouvel internat est en cours. Localisé en dehors de l'enceinte de l'hôpital mais à quelques centaines de mètres à pied seulement, il a vocation à répondre à l'augmentation du nombre d'internes ces dernières années. Or, face au coût de l'opération, le financement de ce projet doit faire l'objet d'un arbitrage par la Direction générale avec d'autres projets, et notamment la construction d'un nouveau bloc

---

<sup>29</sup> Résultats du questionnaire adressé aux internes du CHM. Cf Annexe n°3.

<sup>30</sup> Hospitalia, « Attractivité : le CH du Mans occupe le haut du palmarès », 20 mars 2018

<sup>31</sup> Entretiens du 10 mai et du 12 juin 2019

opératoire. Face aux enjeux financiers et stratégiques du nouveau bloc, le financement de l'internat n'a pas été retenu par le CHM. D'autres sources de financement ont donc dû être trouvées. La Ville du Mans est alors intervenue pour proposer de contribuer au projet (cf. partie 2.1.3), qui doit ajouter 100 places d'internat au CHM.

### ***L'accueil des internes***

Outre l'internat, la façon dont les internes sont accueillis à leur arrivée sur leur lieu de stage contribue fortement à leur sentiment de reconnaissance dans l'institution. Celle-ci doit donc être particulièrement soignée afin que les internes se sentent attendus et valorisés.

Au CHM, l'accueil des internes fait l'objet d'une réunion en début de semestre, animée par le Président de la commission médicale d'établissement. A cette occasion, le livret d'accueil leur est remis. Il présente la vie institutionnelle de l'hôpital et leur explique son fonctionnement. L'enjeu est également de présenter les options statutaires aux futurs médecins afin de les intéresser à la carrière hospitalière. L'exercice mixte hôpital-libéral est particulièrement mis en avant afin de retenir les jeunes médecins attirés par le secteur privé.

L'importance des conditions d'accueil est proclamée par la partie consacrée au personnel médical dans le projet social du CHM. Celui-ci fixe comme objectif d'« améliorer les conditions d'accueil et d'intégration » des praticiens, et notamment des internes, par la mise à jour du livret d'accueil et l'organisation de temps d'échange entre les praticiens et l'institution, autour de la Direction des affaires médicales.

Enfin, l'accueil des internes doit faire l'objet d'une vigilance permanente, car il s'agit d'une population qui, par définition, est renouvelée chaque semestre. Il convient donc de s'assurer qu'au fil des semestres, la qualité de l'accueil ne se dégrade pas voire s'améliore sur certains points. C'est tout l'objet, au CHM et dans de nombreux établissements désormais, des questionnaires de satisfaction qui sont adressés aux internes à la fin de leur stage. Ces questionnaires renvoient principalement des commentaires récurrents d'importance mineure pour l'établissement, comme la qualité de la nourriture du soir à l'internat – dont l'amélioration ne fait pas partie des priorités stratégiques de l'établissement. En revanche, ils permettent de montrer aux internes que leur voix compte d'une part, et d'améliorer le fonctionnement de l'internat sur certains points d'autre part, comme sur des questions logistiques par exemple (wi-fi, nuisances sonores...).

B) L'encadrement des stages est un élément clé de la réussite d'un stage d'internat

### ***L'accompagnement au cours du stage***

Ainsi qu'on l'a montré (cf. Partie 1.2), la qualité de l'encadrement est un déterminant majeur du choix d'un lieu de stage pour un interne. C'est donc aux responsables de service que revient la tâche d'assurer un bon équilibre aux internes entre encadrement et prise de responsabilités. Cet équilibre dépend du niveau de formation de l'interne : un étudiant de première année d'internat n'aura ainsi pas les mêmes compétences qu'un autre en fin de troisième cycle.

Le tutorat est l'une des méthodes pour assurer l'accompagnement personnalisé des internes. Mis en avant par 21% des internes<sup>32</sup>, il met en relation un interne et un médecin senior. Ce dernier encadre l'étudiant et se montre disponible pour répondre à ses questions et lui donner des conseils au quotidien. Ce dispositif permet de rassurer les internes et de faciliter leur intégration dans l'équipe, mais il suppose une grande disponibilité des tuteurs, qui n'est pas toujours évidente étant donnée leur charge de travail. Au CHM, les 13 internes accueillis dans le service d'urgence sont par exemple encadrés par 4 référents, qui ont donc la charge de plusieurs internes, mais aussi, parfois d'étudiants externes (deuxième cycle). Il s'agit là d'un des éléments clés, selon la Directrice des affaires médicales, Véronique Jean, pour fidéliser les internes<sup>33</sup> car l'accompagnement est personnalisé et répond au plus près des besoins de l'étudiant, qui se sent donc reconnu et considéré dans son travail, tout en sachant qu'il peut profiter de l'expérience de ses pairs plus expérimentés.

### ***L'accompagnement vers la prise de poste***

En 2015, un rapport parlementaire insistait sur la personnalisation de l'accompagnement à la prise de poste pour « donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester »<sup>34</sup>. Concrètement, ce rapport s'est ensuite traduit par le plan national d'attractivité 2015<sup>35</sup>. Celui-ci comporte notamment 3

---

<sup>32</sup> Résultats du questionnaire adressé aux internes du CHM (cf annexe n°3).

<sup>33</sup> Hospitalia, « Attractivité : le CH du Mans occupe le haut du palmarès », 20 mars 2018

<sup>34</sup> Jacky Le Menn, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », 2015

<sup>35</sup> Ministère de la Santé, « Attractivité de l'exercice médical. Plan d'action pour l'hôpital », 2015

engagements pour favoriser l'engagement dans la carrière médicale hospitalière. Ainsi, pour « faciliter l'entrée des jeunes praticiens dans la carrière hospitalière », le Ministère met l'accent sur l'importance d'une individualisation des parcours et d'une bonne information quant aux choix professionnels des jeunes praticiens. Cela passe notamment par une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales (GPEC), conduites en priorité à l'échelon du GHT, afin de faciliter le pilotage des ressources médicales et leur individualisation. Il s'agit de proposer des postes en post-internat adaptés.

Après son internat, le praticien rentre généralement en post-internat pour deux ans renouvelables une fois, afin d'acquérir davantage d'expérience avant de pouvoir passer le concours de praticien hospitalier. Il peut alors prétendre aux statuts de chef de clinique assistant (qui comporte une partie universitaire, donc en CHU) ou d'assistant spécialiste (entièrement tourné vers la pratique). Ils donnent droit à tout exercice hospitalier par la suite et d'exercer en libéral en secteur 2. La rémunération est assez attractive puisqu'elle peut s'élever à plus de 5000€ nets par mois, avec une nuit de garde par semaine et un dimanche de garde par mois.

Le post-internat représente un véritable levier de fidélisation des internes pour les hôpitaux publics : l'accord du chef de service doit être obtenu quatre à six mois avant la fin de l'internat, puis la candidature se fait auprès du directeur de l'établissement. Une bonne information à ce sujet pendant l'internat est donc nécessaire pour proposer un post-internat. De plus, le post-internat présente un autre avantage pour l'établissement : le praticien doit exercer à temps plein. C'est après deux ans de post-internat qu'un exercice mixte hôpital-libéral peut être proposé – et celui-ci est attractif pour les jeunes médecins : 79% des internes du CHM sont intéressés par ce type d'exercice<sup>36</sup>.

Afin de fidéliser les internes, il est également nécessaire de réfléchir aux différentes possibilités de rendre l'exercice professionnel plus intéressant. De ce point de vue, si les centres hospitaliers non universitaires peuvent offrir moins de perspectives en termes de recherche et d'enseignement notamment, ils peuvent néanmoins offrir des parcours professionnels riches. Ainsi, l'avantage d'un CH de taille moyenne est qu'un jeune praticien peut acquérir des responsabilités managériales rapides. Toutefois, cet argument ne séduit pas tous les internes, loin de là : plus de la moitié des internes ne souhaitent pas de formation spécifique au management et seulement un tiers vise des fonctions de responsable d'UF, de service ou de pôle<sup>37</sup>. Le chef de service, responsable

---

<sup>36</sup> Résultats du questionnaire adressé aux internes du CHM. Cf Annexe n°3.

<sup>37</sup> Résultats du questionnaire adressé aux internes du CHM. Cf. Annexe n°3.

du stage de l'interne, a alors un rôle déterminant à jouer pour repérer les internes qui, dans son service, sont susceptibles d'avoir les qualités et l'appétence pour prétendre à des fonctions managériales. Il s'agit là d'un des aspects d'un encadrement de qualité, dans l'intérêt du parcours professionnel du jeune médecin et de l'établissement, qui peut alors proposer une évolution professionnelle adaptée.

La recherche clinique est également un facteur de fidélisation des jeunes médecins. Elle rend la pratique professionnelle plus intéressante car elle la rapproche de celle d'un CHU et permet d'expérimenter de nouveaux protocoles. En outre, la recherche est indispensable au fonctionnement d'un établissement de taille moyenne car elle donne accès aux nouvelles molécules et permet donc de fournir aux patients les traitements les plus avancés. Au CHM, la prise en compte de cette problématique s'est traduite par la création en 2010 du Centre de recherche clinique (CRC) en rhumatologie, oncologie, cancérologie et rhumatologie. Le CRC regroupe les moyens pour participer aux protocoles de recherche et aide à l'inclusion dans la recherche clinique (screening de patients, recueil de données...). Des projets de recherche sont ainsi financés au CHM. Pour les internes, il existe donc la possibilité d'effectuer un mémoire ou sa thèse encadré par un praticien du CHM, sur des patients du CHM. D'après le responsable de la recherche clinique, « encadrer une thèse est un bon moyen de fidéliser les internes »<sup>38</sup> : cela permet de les intégrer au travail clinique de l'équipe et de leur permettre d'y apporter leur contribution, tout en leur faisant prendre conscience que l'exercice en CH n'est pas si différent qu'en CHU, même sur le plan de la recherche. L'obstacle à l'implication des internes dans la recherche clinique n'est alors pas tant leur propre motivation que l'appétence et le temps disponible des praticiens eux-mêmes pour l'encadrement de projets de recherche. Une « culture de la recherche » doit donc émerger avec un portage médical, au sein du CRC et de la Commission recherche<sup>39</sup>. Ces instances sollicitent ainsi des praticiens pour leur demander d'être responsables pédagogiques dans leur service.

### C) La qualité de vie au travail comme levier de fidélisation médicale

L'exemple du Centre hospitalier Sud Francilien (CHSF), établissement de taille moyenne, fournit un cas pratique intéressant pour comprendre comment une politique

---

<sup>38</sup> Entretien du 10 mai 2019.

<sup>39</sup> Ibid.

qualité de vie au travail (QVT) peut être un levier d'attractivité et de fidélisation médicale<sup>40</sup>. Celle-ci concerne principalement les jeunes médecins, qui accordent une importance toute particulière à la QVT (cf. Partie 1.1.2).

La qualité de vie au travail se définit comme la perception par un individu de sa place dans les sphères culturelles, organisationnelles et relationnelles de l'entreprise ; il s'agit donc d'une définition subjective qui ne dépend pas uniquement de l'institution. Pour un interne, les notions d'encadrement, d'ambiance dans les services, de conditions d'accueil (logement, services...) et de personnalisation de l'accompagnement sont pertinentes pour appréhender la qualité de vie au travail.

Dès lors, le CHSF a travaillé sur 4 axes : instauration de temps informels avec le chef de service, généralisation de l'entretien annuel avec les praticiens, amélioration de l'accueil des praticiens, étude de la possibilité de mise en place d'une politique de prévention des risques psychosociaux. Ces axes concernent les internes aussi bien que les praticiens. En particulier, les temps d'échange avec le chef de service (qui est souvent le maître de stage) sont particulièrement importants pour les internes afin d'échanger sur les pratiques professionnelles et les conditions de travail. C'est un des facteurs du sentiment de reconnaissance et de bien-être que de se sentir accompagné et écouté par les médecins seniors. De la même manière, l'organisation d'une réunion d'accueil avec le président de CME, le directeur général, le médecin du travail et des médecins seniors a été appréciée par les internes, tout comme l'organisation d'une réunion d'étape, un mois après le début des stages.

Un autre axe travaillé au CHSF a été la politique de prévention des risques psychosociaux. Cette question est souvent minimisée par les médecins et notamment les internes, qui estiment qu'ils ont tout à prouver et que parler de leurs souffrances serait interprété comme un signe de faiblesse voire d'incompétence<sup>41</sup>. Des médiateurs ont donc été nommés (médecins et non médecins) pour aider les jeunes médecins à parler de leurs difficultés. Cet enjeu est d'autant plus important que les cas de burn-out voire de suicide chez les internes semblent de plus en plus fréquents, ou en tout cas médiatisés,

---

<sup>40</sup> Séverine Volet, Michèle Granier, Gilles Calmes, "QVT et attractivité médicale", Gestions hospitalières, n°584, mars 2019

<sup>41</sup> M-A Desailly-Chanson, H. Siahmed, « Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge », IGAS, décembre 2016

et que les syndicats d'internes peuvent reprocher à la corporation de ne pas être à l'écoute de ces enjeux<sup>42</sup>.

Améliorer l'attractivité médicale et la qualité de vie au travail passe également par la mise en œuvre de projets médicaux pas forcément rentables mais répondant à un besoin sanitaire et stimulant pour les praticiens. Ainsi, le CHSF a développé une activité d'assistance médicale à la procréation. Ce projet est coûteux et peu rentable mais permet aux talents de s'exprimer et insuffle une certaine individualisation des parcours.

Le volet financier est également incontournable pour fidéliser les médecins dans les carrières hospitalières. Une enveloppe financière pour le temps additionnel est répartie annuellement entre les services, en fonction du nombre de gardes prévues. En outre, la prime d'engagement de carrière hospitalière (entre 10 et 30 000€) est versée dans les spécialités d'anesthésie, de radiologie et d'urgence. En termes de statuts, les postes d'assistants partagés permettent de continuer à se former à certaines techniques dans un établissement universitaire tout en exerçant en CH non universitaire. Des perspectives professionnelles intéressantes sont donc proposées aux internes.

Au total, il s'agit donc de repenser le lien entre la direction et le personnel médical, y compris les internes. Assurer la reconnaissance du travail fait passe aussi par une certaine individualisation des parcours, ce qui permet de fidéliser les praticiens<sup>43</sup>. L'individualisation des parcours est délicate car le management consiste en la dépersonnalisation du travail, tout en prônant l'attention aux collaborateurs. Il s'agit donc de témoigner d'une attention particulière aux problématiques rencontrées par chaque interne, tout en routinisant cette attention, par l'organisation de points de suivi ou la mise à disposition d'informations par exemple. Cela revient à faire une place plus importante aux praticiens eux-mêmes en valorisant l'échange entre pairs.

Le cas du CHSF montre donc que même dans un contexte financier contraint, s'intéresser à la qualité de vie au travail des internes est nécessaire et possible pour favoriser l'attractivité de l'hôpital public.

---

<sup>42</sup> Intersyndicale nationale des internes, « Livre blanc 2018 : stratégie de transformation du système de santé », mai 2018

<sup>43</sup> G. Calmes et al, Pour une nouvelle gouvernance des RH médicales à l'hôpital, Presses de l'EHESP, 2013

## **2.1.2 La communication institutionnelle doit viser à bâtir une véritable identité d'établissement**

L'image d'un établissement est une autre composante essentielle de l'attractivité des internes. Il convient donc de développer une véritable « marque employeur » au sein des établissements de santé. En effet, « le bouche-à-oreille procède souvent d'expériences vécues en tant que stagiaire dans la structure. Il s'agit en effet de la meilleure position d'observation pour percevoir ce qu'est l'entreprise, les valeurs qu'elle véhicule et surtout leur déclinaison en pratique sur le terrain. Ce sont donc ces deux axes principaux qu'il convient de développer : une présence externe sur les réseaux sociaux, une mise en œuvre des attributs de la marque employeur sur le terrain, avec un focus plus particulier sur les stagiaires»<sup>44</sup>. Une telle démarche paraît essentielle dans un contexte de forte concurrence entre établissements pour attirer des stagiaires et les garder. Si l'idée de « marque employeur » reste associée au monde de l'entreprise privée, elle peut s'appliquer à l'hôpital public, qui doit chercher à maintenir et promouvoir sa réputation et sa e-réputation.

Ainsi, le CHU et la faculté d'Angers ont lancé une campagne de communication originale en 2015, nommée « Adopte un PUPH ». Organisée sur les réseaux sociaux, il s'agissait de faire connaître le CHU d'Angers aux internes qui venaient de passer les épreuves classantes nationales pour les encourager à choisir l'internat du CHU et ainsi « ne pas passer à côté de futurs talents »<sup>45</sup>. Jouant sur l'humour et un ton décalé, adapté aux codes de communication des jeunes, les vidéos de la campagne ont fait un certain « buzz » avec plusieurs centaines de milliers de vues sur Youtube notamment. Toutefois, l'impact réel de cette campagne est difficile à évaluer : de jeunes internes ont-ils réellement choisi le CHU d'Angers au détriment d'un autre après avoir visionné la campagne ? Il est difficile de le dire. Quoiqu'il en soit, ce genre d'initiatives donne une image, une « marque employeur » positive qui favorise un bouche-à-oreilles positif entre étudiants. Elle renforce également l'attachement des internes déjà en stage au CHU à leur établissement.

Dans un même souci d'attirer des jeunes médecins en utilisant leurs codes de communication et les réseaux sociaux, le CHM a lancé en 2019 une campagne « PH au Mans » qui vise à améliorer l'image de la ville du Mans auprès des jeunes médecins. Concrètement, une application mobile a été lancée. Celle-ci présente les atouts de la ville,

---

<sup>44</sup> Dominique Crié, « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », Revue hospitalière de France, 2017

<sup>45</sup> Yann Bubien, « L'attractivité de l'hôpital public », Gestions hospitalières, 2016

en matière de cadre de vie notamment. Elle fournit également des informations précises sur les opportunités professionnelles à l'hôpital. Des vidéos ont été réalisées, sous la forme d'interviews courtes de praticiens du CHM, qui expliquent pourquoi ils ont choisi eux-mêmes le CHM et ce qui différencie l'établissement par rapport aux autres. S'il est encore trop tôt pour évaluer les effets d'une telle campagne en matière de recrutement médical, elle donne en tout cas une bonne visibilité au CHM : la campagne a été visionnée plus de 600 000 fois sur Facebook et Instagram via de la publicité ciblée. Si ce genre de campagne fonctionne, elle ne reste qu'une façon d'attirer l'attention des jeunes praticiens sur un établissement : les perspectives professionnelles concrètes qui pourront lui être proposées demeurent le moyen le plus sûr d'attirer puis fidéliser les jeunes médecins.

L'image de marque d'un établissement de santé est intimement liée à celle d'un territoire. Dès lors, la coopération avec les autres acteurs du territoire revêt un enjeu fondamental pour attirer des internes.

### **2.1.3 La coopération avec les autres acteurs du territoire est essentielle pour répartir et attirer des internes**

- A) Etablir de bonnes relations avec le CHU de rattachement permet d'ouvrir des lieux de stage plus facilement

Pour attirer des internes, la qualité des relations d'un CH avec son CHU de rattachement est fondamentale. Pour le comprendre, il faut commencer par décrire la procédure d'ouverture et d'affectation des stages d'internat.

Depuis la réforme de l'internat en 2017, un lieu de stage (au niveau d'un service hospitalier, dans le secteur public mais également le secteur privé, en clinique ou en ambulatoire) fait une demande pour accueillir des internes. Une commission d'agrément émet alors un avis sur cette demande. C'est ensuite l'ARS qui décide de l'ouverture ou non de ce lieu de stage, en tenant compte à la fois des problématiques de besoins d'offre de soins sur le territoire, des garanties de l'encadrement du stage et des envies des étudiants. L'avis de la commission d'agrément joue un rôle central dans la procédure car c'est une instance collégiale dont l'avis est souvent suivi. Elle réunit, sous la responsabilité de la faculté, des représentants de l'ARS, de la faculté de médecine, des internes et du Conseil de l'Ordre. Son avis repose sur une évaluation de la qualité du lieu

de stage, informé notamment par une visite sur site, les retours d'expérience d'internes si ce service a déjà proposé des stages dans le passé et l'avis des responsables universitaires de la spécialité. Une commission des besoins est également consultée : elle définit pour l'ensemble des internes le nombre et le type de lieux de stage nécessaires par semestre.

Afin de trouver l'équilibre entre qualité des lieux de stage et large choix pour les étudiants, l'objectif est généralement d'avoir 7% de lieux de stage en plus par rapport au nombre d'internes. Une fois la liste des lieux de stage publiée, les internes se répartissent les lieux de stage. Le choix se fait en fonction de l'ancienneté (nombre de semestres validés en troisième cycle) puis du rang de classement.

Des coopérations entre établissements peuvent être développées pour augmenter encore le choix de stage pour les étudiants. Ainsi, des partenariats inter-régionaux peuvent permettre d'étendre le « pool » de lieux de stage disponibles pour les étudiants d'un CHU. Etendre les lieux de stage ouverts aux étudiants du CHU d'Angers à l'échelle inter-régionale est une option envisagée par le doyen de la faculté de médecine d'Angers<sup>46</sup>. Cela pourrait se faire dans le cadre d'HUGO, un groupement sanitaire de coopération sanitaire (Hôpitaux universitaires du Grand Ouest) qui rassemble 5 CHU (Angers, Brest, Nantes, Rennes et Tours), le CHR d'Orléans, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest et 2 CH (Le Mans et le CH Vendée). Les lieux de stage seraient alors communs à l'ensemble des étudiants de ces établissements. A l'heure actuelle, des partenariats HUGO existent mais de façon moins ambitieuse : il s'agit d' « échanges » entre internes, c'est-à-dire qu'un interne échange son rang de classement avec celui d'un interne d'un autre établissement, afin de pouvoir choisir un lieu de stage dans un autre CHU que celui auquel il est rattaché. On compte ainsi une dizaine d'échanges par semestre au CHU d'Angers.

Toutefois, cela accroîtrait la concurrence entre établissements et risquerait de concentrer davantage les choix des étudiants dans les villes les plus attractives, au détriment des villes et établissements moins attractifs. Ce risque est d'autant plus fort que les internes n'ont pas d'obligation de stage hors CHU. Pour un CH de taille moyenne, il est donc particulièrement important d'avoir de bonnes relations avec le CHU et la faculté de médecine de rattachement, afin que les lieux de stage fassent l'objet d'un avis favorable de la commission d'agrément. En ce sens, les retours d'expérience des stagiaires sont particulièrement importants : un lieu de stage peut être fermé s'il reçoit

---

<sup>46</sup> Entretien du 18 juillet 2019

trop de commentaires négatifs de la part des internes<sup>47</sup>. En sens inverse, les CHU doivent inciter leurs étudiants à aller en stage hors CHU, afin de fournir aux CH les internes dont ils ont besoin. De fait, les stages en CH semblent bien acceptés, voire bien valorisés par les étudiants, même lorsqu'il ne s'agissait pas de leur premier choix. Si l'activité pédagogique et clinique proposée à l'interne et l'ambiance de travail sont satisfaisantes, alors la localisation importe peu.

De nouvelles coopérations territoriales restent encore à imaginer entre CH, CHU et facultés de médecine. Ainsi, afin de diversifier le profil sociologique des étudiants, des antennes de facultés de médecine pourraient être ouvertes dans les villes de taille moyenne, comme au Mans et à Laval dans le cas de la région Pays de Loire. Ce projet, encore peu avancé, repose sur le constat que la proportion de lycéens qui obtiennent une mention « très bien » au baccalauréat et qui choisissent les études de médecine est plus faible dans les villes qui n'ont pas de faculté que dans celles où il y en a une<sup>48</sup>. L'installation d'antennes peut répondre à ce déséquilibre, et favoriser l'installation future d'étudiants dans leur ville d'origine.

## B) Les collectivités territoriales ont un rôle à jouer en matière d'attractivité médicale

Dans la mesure où l'environnement de travail est un des déterminants du choix d'installation des jeunes médecins, la mise en valeur des aménités de la ville du centre hospitalier revêt un enjeu fondamental. A ce titre, les collectivités territoriales ont un rôle à jouer pour attirer et fidéliser les internes à l'hôpital public. Pour elles, la présence de jeunes médecins est nécessaire à plusieurs titres. D'abord, cette population plutôt aisée est source de dynamisme pour le territoire (les médecins, en tant que particuliers, soutiennent la consommation et les besoins en services publics). Ensuite, une bonne densité médicale est un facteur d'attractivité pour le territoire et permet de répondre aux attentes de la population. Enfin, l'activité médicale d'un centre hospitalier, souvent premier employeur du département, est génératrice d'emplois paramédicaux, techniques et administratifs. Ainsi, l'hôpital public structure l'organisation d'un territoire.

Pour autant, l'intervention des collectivités territoriales en la matière pose plusieurs problèmes. En premier lieu, c'est la question de la compétence qui est posée. Si la

---

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> Ibid.

commune dispose d'une clause générale de compétence qui lui permet d'intervenir dans toutes les affaires d'intérêt public local, c'est le département qui est compétent en matière d'action sanitaire et sociale. Or, c'est bien au niveau communal voire intercommunal que se joue la question de l'attractivité médicale, d'autant que le maire est souvent le président du conseil de surveillance de l'hôpital de sa ville. A ce titre, il est légitime pour se prononcer sur les orientations stratégiques de l'établissement<sup>49</sup>. Ecrire la compétence dans laquelle s'inscrit l'action de la commune et de l'intercommunalité est cependant nécessaire, afin de clarifier les périmètres d'intervention des collectivités et éviter ainsi l'effet d'empilement des initiatives publiques.

De ces zones d'ombre en matière de compétences découle une autre difficulté potentielle : la concurrence politique qui peut s'exercer entre collectivités, à plus forte raison si elles sont d'une couleur politique différente. Au lieu de se renforcer mutuellement, leurs initiatives ont alors tendance à rentrer dans une logique d'affichage et peuvent être contradictoires entre elles. Dans ce contexte, les services de l'Agence régionale de santé peuvent jouer un rôle de coordination et d'appui aux initiatives des collectivités, à condition qu'ils s'investissent suffisamment et soient en position de les réguler efficacement.

Les collectivités peuvent intervenir selon plusieurs modalités juridiques. L'Art. L. 1434-17 du Code de santé publique prévoit la mise en œuvre de contrats locaux de santé (CLS), dans le cadre du projet régional de santé, entre l'ARS et les collectivités territoriales portant sur « la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Un CLS définit des objectifs et un programme d'actions pluriannuel sur la base des besoins locaux. Il s'agit ainsi de mettre en cohérence les différents projets conduits par l'ARS et les politiques de santé des collectivités afin de réduire les inégalités sociales et territoriales et de mettre en œuvre des solutions pour une offre de soins de proximité. Un CLS a été signé en 2013 en Sarthe entre l'ARS d'une part, Le Mans, Coulaines et Allonnes d'autre part. Il porte sur la prévention des addictions et la santé mentale. Si cet outil a le mérite de donner un cadre institutionnel aux relations entre les services de l'Etat et les collectivités territoriales en matière de santé, il ne saurait intégrer l'ensemble des initiatives locales. Comme l'indique Didier Bahin, Directeur général des services de la Ville du Mans, « *l'enjeu est aujourd'hui d'aller au-delà des CLS* »<sup>50</sup>. Les projets de la Ville du Mans s'inscrivent donc en dehors de la contractualisation avec l'ARS, en concertation avec les 17 communes du Mans Métropole

---

<sup>49</sup> Décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé

<sup>50</sup> Entretien du 28 mai 2019

et en coordination avec le Département de la Sarthe, sous l'impulsion du maire du Mans, Stéphane Le Foll.

En effet, Stéphane Le Foll a fait de la santé publique une des priorités de son mandat. Cela s'est traduit en premier lieu par la création d'un poste de chargé de mission Santé publique à la Ville, rattaché au Directeur général des services et confié à Mme Virginie Saugier, qui a été chargée d'organiser les Assises de la Santé. Celles-ci se sont tenues en novembre 2018 et réunissaient les principaux acteurs de la santé de la Sarthe et la question de l'attractivité a émergé comme un enjeu majeur. Un groupe de travail spécifique a été constitué, composé des chefs d'établissements publics et privés du Mans et du Bailleul (Sarthe). Les secondes Assises ont été l'occasion de la restitution des travaux du groupe de travail, le 29 juin 2019. L'idée de la création d'un guichet unique pour les médecins souhaitant s'installer a été lancée : il s'agit de simplifier les démarches administratives d'un praticien qui vient s'installer dans la région. Selon le Directeur général des services de la Ville du Mans, « il faut lui faire gagner du temps pour lui donner toutes les informations dont il a besoin : logement, école pour les enfants, perspectives d'emploi pour le conjoint ou la conjointe... »<sup>51</sup>. L'agent qui animera le guichet unique devra donc construire un réseau avec le Médef local, les agences de développement, etc., afin d'orienter le praticien au bon endroit. Ce type de service peut permettre de différencier le territoire par rapport aux villes « concurrentes » pour attirer des médecins.

Au-delà de ce volontarisme politique, la Ville et la Métropole se sont engagées à aider le CHM à construire un nouvel internat qui devrait améliorer les conditions d'accueil des internes et donc leur expérience au CHM (cf. Partie 2.1.1). Par ailleurs, la Ville organise une Journée des internes depuis 2018 : le Maire accueille officiellement les internes au Mans lors d'un « pot républicain » puis participent à une soirée conviviale autour d'un circuit de karting. Organisée chaque semestre, à chaque rentrée d'internes, cette soirée permet de témoigner de la reconnaissance de la Ville envers les internes en stage dont un certain nombre ne connaît pas Le Mans. Le CH du Cotentin a mis en place un dispositif similaire, qui a obtenu le prix FHF-MNH de l'attractivité<sup>52</sup> : rassemblant tous les acteurs locaux (collectivités, établissements du GHT, acteurs des soins publics et privés...), le projet « Les Paradis de Cherbourg » consiste en un week-end de découverte ludique, sportif et didactique qui présente les atouts du Cotentin et de l'organisation du

---

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> FHF, « Prix Fhf-MNH GROUP Adrress de l'innovation RH : Présentation des lauréats 2017 », <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Prix-FHF-ADRHESS-MNH-Group-de-l-innovation-RH-les-laureats-2017>

système de soins dans le département. Là encore, l'idée est de donner une « vitrine » positive à un territoire, au-delà de l'hôpital public dans lequel il s'inscrit.

Toutefois, ces démarches gagneraient à être mieux connues des étudiants. Au CHM, 96% des internes interrogés n'avaient pas participé à la journée organisée par la Ville<sup>53</sup>.

Ainsi, on constate que les collectivités territoriales peuvent jouer un rôle de facilitateur dans la constitution d'un environnement de travail attractif pour les médecins - tant à l'hôpital que dans le secteur libéral - par l'appui qu'elles peuvent apporter aux projets d'un établissement et par l'impulsion qu'elles donnent à certains sujets.

Le CHR d'Orléans offre un autre exemple de partenariat entre l'hôpital et les collectivités territoriales en matière d'attractivité médicale et territoriale. La Région Centre-Val de Loire et d'autres collectivités locales ont ainsi attribué une subvention de près de 500 000 euros au CHR d'Orléans pour lancer un partenariat avec l'Université de Nantes afin d'accueillir une dizaine d'étudiants chirurgiens-dentistes en stage de dernière année. Ils effectuent leur stage la moitié du temps en cabinet libéral et l'autre moitié à l'hôpital. Face au départ à la retraite de plusieurs dentistes de la ville et l'absence de perspective de reprise des cabinets, il s'agit là aussi d'une démarche concrète visant à utiliser le levier des jeunes étudiants pour constituer un « pool » de praticiens potentiels sur le territoire, toujours dans l'idée qu'un contact avec un environnement de vie et de travail pendant la scolarité est un bon moyen de se projeter dans son exercice professionnel.

Ainsi, un établissement non universitaire peut développer ses atouts pour « avoir la taille d'un CHU sans les inconvénients »<sup>54</sup> et ainsi fidéliser ses internes : tout en évitant les lourdeurs et les contraintes d'un CHU, il peut veiller à la qualité de l'encadrement pendant les stages, garantir une bonne ambiance dans les services, développer la recherche clinique, offrir des perspectives professionnelles adaptées aux besoins et envies du jeune médecin, etc.

---

<sup>53</sup> Résultats du questionnaire adressé aux internes du CHM. Cf Annexe n°3.

<sup>54</sup> Entretien du 10 mai 2019. Cette citation est également le slogan de la campagne de communication « PH au Mans » sur les réseaux sociaux, destinée à recruter du personnel médical au CHM.



## **2.2 Les réformes des études médicales et des statuts des jeunes médecins doivent revaloriser l'attrait des carrières hospitalières**

### **2.2.1 La réforme des études médicales**

Face aux problématiques conjointes de démographie et d'attractivité médicales, la réforme des études médicales apparaît comme un enjeu central. Plusieurs axes de réforme semblent se dégager dans le cadre de la loi de transformation du système de santé.

- A) La réforme du numerus clausus doit mieux réguler le nombre de médecins formés

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé supprime le numerus clausus. C'est désormais aux facultés de médecine qu'il reviendra de fixer le nombre de places, en accord avec les ARS, selon les capacités et les besoins des territoires. Si l'objectif est d'augmenter de 20% le nombre de médecins formés, il faut relever que la suppression du numerus clausus n'aura pas nécessairement les effets escomptés. En effet, selon le doyen de la faculté de médecine d'Angers, les facultés ont déjà doublé leurs effectifs depuis une quinzaine d'années<sup>55</sup> : elles auront donc du mal à poursuivre l'augmentation des effectifs, faute de moyens pour former plus d'étudiants. Toutefois, les facultés auront davantage de marges de manœuvre qu'auparavant. A l'échelle locale, et même si l'augmentation des cohortes d'étudiants en médecine n'augmente pas dans de telles proportions, les facultés pourront mieux adapter les effectifs d'étudiants en fonction des besoins du territoire, en concertation avec l'ARS.

- B) La réforme du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales peut représenter un levier d'attractivité médicale

La réforme du deuxième cycle supprime les épreuves classantes nationales informatisées et met plutôt l'accent sur le parcours personnel des étudiants dans

---

<sup>55</sup> Entretien du 18 juillet 2019

l'attribution des postes d'internes. Cette reconnaissance des compétences individuelles des étudiants s'accompagne d'une découverte des différents types d'exercice médical. Les établissements publics de santé doivent donc s'adapter à cette nouvelle donne dans le recrutement des internes et dans la manière dont ils leur font découvrir leur environnement de travail afin de les y fidéliser.

C'est au cours des stages que l'étudiant pourra apprendre les « *soft skills* » qui seront désormais davantage évaluées. Les stages de premier cycle (stages d'observation et de sémiologie) et d'externat seront ainsi de bonnes occasions de découvrir l'exercice professionnel en CH et de commencer à construire un projet professionnel avec l'étudiant. Les établissements de santé doivent donc veiller à assurer un bon encadrement aux stagiaires. De ce point de vue, l'élaboration d'une Charte d'accueil des étudiants hospitaliers<sup>56</sup> par la Fédération hospitalière de France (FHF), en lien avec de nombreuses organisations syndicales et professionnelles, permet aux établissements de s'auto-évaluer sur un certain nombre de critères d'attractivité en matière d'accueil, de formation, d'hébergement, d'implication des étudiants dans le territoire et d'évaluation. La signature de la Charte est de nature à instaurer un climat de confiance avec l'étudiant. Ce point est nécessaire dans le contexte de la réforme, qui doit mettre les compétences relationnelles au cœur des études médicales, et d'une nouvelle sociologie médicale où les nouvelles générations valorisent la dimension affective et relationnelle de l'exercice professionnel.

Par ailleurs, les établissements de santé ont tout intérêt à investir les nouveaux lieux d'échanges entre professionnels et étudiants qui vont apparaître dans le nouveau deuxième cycle. Des temps d'orientation professionnelle, ponctuels, à l'instar des forums des métiers de la santé (FMS) ou d'interventions, se généraliseront dans toutes les facultés. Ces discussions informelles permettent de donner aux étudiants une vision plus proche de la réalité de l'exercice hospitalier hors CHU. Les CH doivent donc voir dans ces espaces de rencontre un outil de communication à ne pas négliger. C'est par ce genre d'initiatives que les établissements non universitaires tireront parti de la réforme du deuxième cycle qui met l'accent sur le parcours professionnel des étudiants.

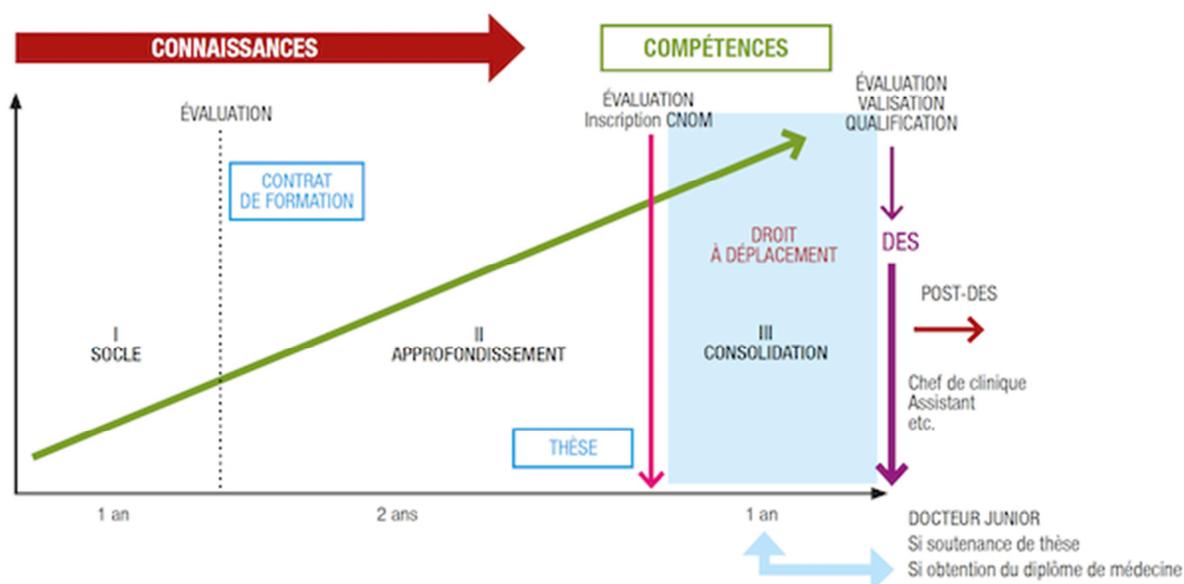
---

<sup>56</sup> Fédération hospitalière de France, Charte d'accueil des étudiants, Web. <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Charte-d-accueil-des-etudiants-en-santé-dans-tous-les-territoires>

## 2.2.2 Le statut de « docteur junior », un nouveau levier d'attractivité ?

Le statut de médecin adjoint est applicable aux étudiants de troisième cycle pour exercer dans les zones connaissant un afflux exceptionnel de population, notamment en cas d'afflux touristique. La loi pour l'organisation et la transformation du système de santé prévoit d'étendre ce statut aux zones sous-denses.

Si ce statut n'est pas nouveau, l'innovation statutaire majeure de ces dernières années pour les étudiants en médecine réside dans la création d'un statut de « docteur junior ». Prévus pour le 1<sup>er</sup> novembre 2020, elle s'inscrit dans la logique de la réforme du troisième cycle des études médicales de 2016, qui instaure le diplôme d'études spécialisées et un parcours de formation organisé en 3 phases (socle, approfondissement et consolidation). La nomination en qualité de docteur junior des étudiants intervient en phase de consolidation du troisième cycle de médecine (hors médecine générale qui ne comporte pas de phase de consolidation), pharmacie ou biologie médicale, après obtention du diplôme d'Etat de docteur<sup>57</sup>. La nomination est faite à la demande de l'étudiant par le directeur de son CHU de rattachement. Son affectation est ensuite décidée par le Directeur général de l'ARS.



Source : Martine Cappe, JuriSanté, 18 décembre 2018, Web. <http://www.jurisante.fr/?p=4829>

Ce statut vise à clarifier le statut de l'interne. Le titre de « docteur junior » s'acquiert ainsi en phase 3 des études médicales (consolidation) et confère un réel statut aux internes. Un docteur junior peut alors exercer seul des fonctions de prévention, de

<sup>57</sup> Décret n°2018-571 du 3 juillet 2018

diagnostic, de soins et, le cas échéant, des actes de biologie médicale. Le statut vient alors clarifier le régime de responsabilité médicale des internes et apporte une réponse au problème de la démographie médicale, puisque le docteur junior n'a pas besoin d'être séniorisé pour effectuer certaines fonctions, là où l'interne exerce ses fonctions « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève »<sup>58</sup>.

Le docteur junior a donc davantage d'autonomie : il agit sous le régime de l'autonomie supervisée. Concrètement, il effectue un entretien individuel à l'entrée de la phase 3 du troisième cycle (consolidation) avec le praticien responsable du lieu de stage. Les conditions de réalisations des actes qu'il peut accomplir en autonomie supervisée sont alors définies et inscrites dans son contrat de formation, qui comprend en outre un référentiel de mises en situation qui fixe les jalons d'acquisition des savoirs et savoir-faire nécessaires à une pratique professionnelle autonome. Le docteur junior peut alors être autonome dans les prescriptions (alors qu'il n'y a pas de base juridique pour autoriser un interne à prescrire), la rédaction de certificats de décès, l'accès aux remplacements et la valorisation financière par les gardes prises sur les lignes des seniors, par l'attribution d'une indemnité de logement et par les remplacements.

Sur le plan financier, le statut de docteur junior est attractif pour un étudiant en médecine. En effet, il pourra, à sa demande et avec l'accord du directeur de l'hôpital, participer aux gardes et astreintes médicales et percevoir des émoluments forfaitaires mensuels, des primes et des indemnités. Le détail de la rémunération n'est cependant pas connu à ce jour, bien qu'elle doive être « en fonction de l'avancement dans le cursus ».

Le statut de docteur junior rend donc plus attractives les études médicales : il consiste en une sorte de statut « pré-professionnel », mieux rémunéré que le statut d'interne et surtout, favorisant la reconnaissance des compétences médicales acquises par l'étudiant. Afin de permettre la réussite du dispositif, un point de vigilance pour les établissements de santé résidera dans le fait de trouver le bon équilibre entre autonomie des actes et supervision par le responsable du stage. Cet équilibre doit être différent de celui qui est employé pour les internes, mais doit malgré tout tenir compte de la faible expérience de ces docteurs juniors. Si ce statut représente une avancée pour l'attractivité et la reconnaissance professionnelle des jeunes médecins, il ne doit donc pas être uniquement utilisé par les établissements de santé pour compléter les plages médicales ; l'accompagnement des docteurs juniors par un médecin senior restant nécessaire bien qu'adapté aux spécificités du statut. L'autre risque est que des postes de docteur junior

---

<sup>58</sup> Article R. 6153-3 du Code de la santé publique

soient ouverts au détriment de postes de praticiens hospitaliers<sup>59</sup>. En outre, des précisions réglementaires doivent être apportés par le ministère chargé de la santé avant de déterminer dans quelle mesure exacte le statut de docteur junior pourra être utilisé comme levier d'attractivité, en termes de rémunération et de responsabilité notamment.

### **2.2.3 La liberté d'installation des médecins en question**

Alors que les médecins bénéficient d'une totale liberté d'installation, des mesures incitatives à l'installation en zones sous-denses ont été mises en place. On pense en particulier aux contrats d'engagement de service public (CESP). Créé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients (dite « loi HPST »), le CESP propose aux internes et aux étudiants en médecine et en odontologie une allocation de 1 200 euros par mois, à partir de la deuxième année des études médicales, en contrepartie de leur engagement d'exercer dans des zones sous-dotées en médecins, pendant au moins deux ans. C'est le Centre national de gestion (CNG) qui verse l'allocation. En 2018, plus de 2000 étudiants bénéficiaient de ce dispositif, ce qui reste relativement faible et fait peser une charge budgétaire sur l'Etat (environ 36 millions d'euros), qui est déjà confronté à une diminution de ses marges de manœuvre budgétaires.

Dès lors, pour enrayer la désertification médicale dans certains territoires, plusieurs propositions de loi ont visé à obliger les jeunes médecins à s'installer en zone sous-dense<sup>60</sup>, par exemple en refusant de conventionner les médecins qui s'installent en zone où le niveau d'offre de soins est déjà trop dense. Cette mesure, qui a le mérite de la simplicité, se justifie par le fait qu'étant rémunérés pendant leur internat, les médecins devraient compenser leur coût à la collectivité par des obligations de service, à l'instar de certaines catégories de fonctionnaires rémunérés pendant leur formation qui s'engagent à servir dans la fonction publique pendant un temps déterminé.

Cette idée se heurte pourtant à certaines limites. D'abord, il s'agit d'un point extrêmement sensible pour les médecins, attachés à la liberté d'installation. Ensuite, cela risque de décourager les médecins de s'installer en secteur libéral et de privilégier l'exercice hospitalier, alors même que la logique de parcours implique un fort maillage

---

<sup>59</sup> Entretien du 18 juillet 2019

<sup>60</sup> Voir par exemple la proposition de loi de Guillaume Garot « pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale », enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 décembre 2018.

territorial des médecins généralistes en libéral. Enfin, la réforme n'est pas sûre d'atteindre son but si l'on s'en réfère aux exemples allemands et canadiens : la contrainte d'installation a conduit les médecins à conserver une proximité avec les grandes métropoles en s'installant dans les zones limitrophes des zones désertiques, et non dans le cœur des zones sous-denses<sup>61</sup>. Contraindre la liberté d'installation des jeunes médecins serait donc une « fausse bonne idée », selon le député Jean-Carles Grelier, auteur d'un Livre Blanc sur l'attractivité médicale<sup>62</sup>.

Dans le même ordre d'idée, contraindre les internes à effectuer un stage d'un an en ambulatoire en zone sous-dense figurait parmi les mesures du projet de loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, avant d'être abandonnée lors du vote définitif du texte de loi. A la place, les internes de médecine générale devront effectuer un simple stage de six mois sous le régime de l'autonomie supervisée et « en priorité » dans les zones sous-denses, sans qu'il s'agisse d'une obligation formelle. Les modalités concrètes de ce stage sont à préciser dans les décrets d'application. Quoiqu'il en soit, il apparaît bien que la question de la liberté d'installation se pose de façon de plus en plus appuyée à mesure que s'aggravent les problèmes de démographie médicale. Pour les internes, ces mesures sont toutefois de nature à décourager les jeunes médecins de l'exercice professionnel et constitue une atteinte « démagogique » à leurs droits<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), « Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », mars 2015

<sup>62</sup> Entretien du 16 mai 2019.

<sup>63</sup> ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, communiqué de presse du 19 janvier 2019



## Conclusion

Au terme de notre étude, on peut donc souligner le caractère établissement-dépendant de l'attractivité des internes. Celle-ci n'est pas seulement le fruit de la localisation de l'hôpital : ses caractéristiques propres, construites par une véritable politique d'établissement, influent largement sur sa capacité à attirer des internes et à les conserver pour la suite de leur carrière.

Pourtant, l'hôpital public connaît des difficultés de recrutement médical. Ces difficultés sont particulièrement importantes pour les hôpitaux universitaires de taille moyenne. Elles se traduisent par des contraintes accrues sur le plan financier (recours à l'intérim médical notamment) et de la continuité des soins. Des zones du territoire sont ainsi sous-dotées en personnel médical.

Dans cette situation, les hôpitaux publics peuvent faire de l'attractivité des internes un levier de fidélisation médicale. Cette population fait l'objet d'une certaine concurrence entre hôpitaux publics d'une part et entre l'hôpital public et le secteur libéral d'autre part. Les traits distinctifs de ces nouvelles générations d'internes, marquées par une quête de sens, une volonté d'autonomie et de conciliation vie privée/vie professionnelle, attisent les difficultés de l'hôpital public dans ce jeu concurrentiel.

Il s'agit donc de répondre aux aspirations spécifiques de cette « Génération Y » : les conditions d'accueil et de travail, la qualité de l'encadrement, mais aussi le cadre de vie, sont ainsi des préoccupations incontournables aujourd'hui pour attirer des internes et des jeunes médecins, comme le confirme notre enquête auprès des internes du CHM.

Le chef d'établissement et le directeur des affaires médicales doivent donc actionner les leviers dont ils ont la maîtrise. Travailler sur les conditions d'accueil, l'encadrement et la qualité de vie au travail doit permettre de donner des garanties satisfaisantes aux internes. Encore faut-il que les atouts de l'établissement soient connus : c'est là qu'une politique de communication moderne et ciblée est nécessaire. En outre, coopérer avec les collectivités territoriales et le CHU de rattachement est désormais un enjeu essentiel pour lier attractivité médicale et territoriale.

Au-delà des leviers propres aux établissements publics de santé, les enjeux d'attractivité et de fidélisation des internes s'inscrivent dans le débat public national. C'est d'abord par la réforme des études médicales (suppression du numerus clausus et des

ECN) que la démographie médicale devrait mieux correspondre aux besoins en offre de soins, tant sur le plan du nombre de médecins que des compétences attendues d'eux. Des créations statutaires, comme le statut de « docteur junior », doivent également renforcer l'intérêt des carrières hospitalières pour les internes, avec toutefois le risque d'une perte de temps de formation pendant l'internat. Quant à la liberté d'installation, elle reste un point sensible pour les internes et les médecins. C'est donc bien les établissements de santé qui doivent se saisir des nouvelles possibilités juridiques et statutaires pour attirer, et conserver, les jeunes médecins à l'hôpital public.

---

# Bibliographie

---

## Etudes académiques

- BUBIEN Yann, « L'attractivité de l'hôpital public », Gestions hospitalières, 2016
- CALMES Gilles et al, *Pour une nouvelle gouvernance des RH médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, 2013
- CRIE Dominique, « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », Revue hospitalière de France, 2017
- CHEVILLARD Guillaume et MOUSQUES Julien, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), janvier 2019
- DENOYEL-JAUMARD Alice et BOCHATON Audrey, « Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? », Revue francophone sur la santé et les territoires, 2015
- DESAILLY-CHANSON Marie-Ange et SIAHMED Hamid, « Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge », IGAS, décembre 2016
- DREES, Etudes et Résultats, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », 2018
- JULIEN Pierre, « La France en 1916 bassins de vie », Économie et Statistique, n° 402, 25-39, 2007
- LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nicky, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », Revue française des affaires sociales, janvier 2005
- MEYRONIN Benoît, *La génération Y, le manager et l'entreprise*, Presses universitaires de Grenoble, 2015
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), « Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », mars 2015
- PELLISSIER-FALL Anne, « Les médecins hospitaliers et la judiciarisation de la médecine », Revue générale du droit médical, n°14, 2010

- PICHERAL Henri, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Presses de l'Université Montpellier III, 2001
- VOLET Séverine, GRANIER Michèle, CALMES Gilles, "QVT et attractivité médicale", *Gestions hospitalières*, n°584, mars 2019

### Sources juridiques

- Code de la Santé Publique
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé
- Décret n°2018-571 du 3 juillet 2018
- Proposition de loi « pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale », enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 décembre 2018

### Rapports ministériels et parlementaires

- Jacky Le Menn, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », 2015
- Ministère de la Santé, « Attractivité de l'exercice médical. Plan d'action pour l'hôpital », 2015
- Olivier Véran, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », Assemblée nationale, 2013
- Philippe Vigier, « L'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain », Assemblée nationale, 2018

## Rapports d'organisations professionnelles et syndicales

- Conseil national de l'Ordre des médecins :
  - *Atlas de la démographie médicale*, 2018
  - « Etude sur l'installation des jeunes médecins », 2019
- Fédération hospitalière de France :
  - « Attractivité médicale. Préconisations 2018 », 2018
  - « Charte d'accueil des étudiants », 8 juillet 2019
- Intersyndicale nationale des internes :
  - « L'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public, des mesures prioritaires pour les internes », 2016
  - « Livre blanc 2018 : stratégie de transformation du système de santé », mai 2018
- Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG), « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale », 2011

## Articles et communiqués de presse

- ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, communiqué de presse du 19 janvier 2019
- Fédération Hospitalière de France, « Prix Fhf-MNH GROUP Adrress de l'innovation RH : Présentation des lauréats 2017 », 11 octobre 2017
- Hospitalia, « Attractivité : le CH du Mans occupe le haut du palmarès », 20 mars 2018



---

## Liste des annexes

---

Annexe n°1 : Liste des personnes interrogées

Annexe n°2 : Questionnaire diffusé aux internes du CHM en juin 2019

Annexe n°3 : Résultats du questionnaire (49 réponses)

Annexe n°4 : Canevas des entretiens libres avec les internes

## **Annexe n°1 : Liste des personnes interrogées**

### Entretiens institutionnels

Didier BAHIN, Directeur général des services de la Ville du Mans

Jean-Christophe CALLAHAN, médecin anesthésiste et responsable de la recherche clinique au Centre hospitalier du Mans

Jean-Carles GRELIER, Député de la Sarthe

Anne-Claude GRITTON, Directrice des affaires médicales du Centre hospitalier de Valenciennes

Véronique JEAN, Directrice des affaires médicales du Centre hospitalier du Mans

Nicolas LEROLLE, Doyen de la faculté de médecine du CHU d'Angers

Diane PETTER, Directrice générale adjointe du Centre hospitalier du Mans

Virginie SAUGIER, Chargée de mission Santé publique à la Ville du Mans

### Entretiens conduits avec des internes

Divers entretiens anonymes, individuels ou collectifs, avec des internes en médecine générale, ophtalmologie et gynécologie

## **Annexe n°2 : Questionnaire diffusé aux internes du CHM en juin 2019**

1. Vous êtes

Un homme

Une femme

2. Vous avez réalisé vos études secondaires :

Au Mans ou dans la Sarthe

En région Pays de la Loire (hors Sarthe)

En région parisienne

Autre (préciser)

3. Vous êtes interne en :

1<sup>ère</sup> année

2<sup>e</sup> année

3<sup>e</sup> année

4<sup>e</sup> année

5<sup>e</sup> année

4. Dans quel pôle réalisez-vous votre stage ?

Pôle Biologie Pathologie

Pôle Chirurgie anesthésie

Pôle Femme-Mère-Enfant

Pôle Gériatrie

Pôle Gestion des produits de soins (Pharmacie)

Pôle Imagerie médicale

Pôle Médecines spécialisées

Pôle PACTES (Activités Cliniques Transversales d'Education et de Support)

Pôle UMR (urgences – médecine – réanimation)

5. Pourquoi avez-vous choisi d'effectuer votre stage au CHM ? (*plusieurs réponses possibles*)

Pour la localisation (ville du Mans)

Pour la réputation du service de stage

Pour la réputation de la vie à l'internat

Pour découvrir l'exercice en CH non U en vue d'y travailler

Autre (préciser)

6. Pour vous, un stage hospitalier hors CHU est :

Une contrainte

Une opportunité pour apprendre de nouvelles compétences

L'occasion de découvrir l'exercice professionnel dans un hôpital plus petit

Autre (préciser)

7. Avez-vous plaisir à venir travailler au CHM ?

Toujours

Fréquemment

Parfois

Jamais

8. Quelles sont vos principales sources de satisfaction ? (*plusieurs réponses possibles*)

Qualité de l'encadrement (disponibilité des médecins seniors, opportunités d'apprendre à leurs côtés)

Variété des tâches

Autonomie

Signes de reconnaissance de la part des médecins seniors

Ambiance au sein du service

Dynamisme des projets de soin

Qualité des moyens mis à disposition

Conditions de travail

Perspectives professionnelles

Aucune

Autre (préciser)

9. Quelles sont vos principales sources de mécontentement ? *Sélectionnez 1, 2 ou 3 items numérotés de 1 à 3 (1=première source de mécontentement)*

Qualité insuffisante de l'encadrement (manque de disponibilité des médecins seniors et d'opportunités d'apprendre à leurs côtés)

Faible variété des tâches

Absence d'autonomie  
Mauvaise ambiance au sein du service  
Faible dynamisme des projets de soin  
Qualité insuffisante des moyens mis à disposition  
Conditions de travail difficiles  
Absence de signes de reconnaissance de la part des médecins seniors  
Absence de perspectives professionnelles  
Aucune  
Autre (préciser)

10. Avez-vous le sentiment de faire partie de la communauté du CHM ?

Oui, tout à fait  
Oui, plutôt  
Plutôt non  
Non, pas du tout

11. Avez-vous le sentiment qu'un esprit d'équipe anime votre service ?

Oui, tout à fait  
Plutôt oui  
Plutôt non  
Non, pas du tout

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

Les médecins du service  
Oui, tout à fait  
Plutôt oui  
Plutôt non  
Non, pas du tout  
Les autres internes du CHM  
Oui, tout à fait  
Plutôt oui  
Plutôt non  
Non, pas du tout

Les professionnels paramédicaux

Oui, tout à fait

Plutôt oui

Plutôt non

Non, pas du tout

La direction

Oui, tout à fait

Plutôt oui

Plutôt non

Non, pas du tout

13. A votre avis, quels moyens permettent d'assurer le meilleur accueil à un nouvel interne ? (plusieurs réponses possibles)

Un tutorat

Un accompagnement réalisé par l'encadrement (présentation à l'équipe, présentation de l'organisation médicale du service)

Des informations et documents remis

Une formation

Un petit-déjeuner d'accueil des nouveaux professionnels

Autre (préciser)

14. Si vous avez participé à la « Journée sensations », organisée par le Département le 6 avril, cela vous a-t-il donné une image attrayante du Mans ?

Oui, tout à fait

Oui, plutôt

Non, pas vraiment

Non, pas du tout

Je n'y ai pas participé

15. Avez-vous le sentiment de disposer au sein du CHM d'être suffisamment informé quant aux différents statuts et opportunités professionnelles auxquelles vous pouvez prétendre ?

Oui, tout à fait

Plutôt oui

Plutôt non

Non, pas du tout

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

Oui

Non

17. Souhaiteriez-vous avoir accès à des offres de formation aux compétences managériales, dès votre internat ?

Oui

Non

18. Vous voyez-vous rester au CHM après votre internat ?

Oui, tout à fait

Oui, plutôt

Plutôt non

Non, pas du tout

Je ne sais pas encore

19. Si vous vous voyez rester au CHM après votre internat, c'est en raison (plusieurs réponses possibles) :

Des conditions de travail (projet de service, qualité des moyens matériels mis à disposition)

Des opportunités en matière de statut et de rémunération

De l'ambiance au sein des services

Du cadre de vie au Mans

De votre intérêt pour le service public hospitalier

De contraintes familiales

Autres (précisez)

20. Si vous ne pensez pas rester au CHM après votre internat, c'est en raison (plusieurs réponses possibles) :

Des conditions de travail (projet de service, qualité des moyens matériels mis à disposition)

Des opportunités en matière de statut et de rémunération

De l'ambiance au sein des services

Du cadre de vie au Mans

De votre projet de travailler en libéral

De contraintes familiales

Autres (précisez)

21. De plus en plus, les médecins hospitaliers sont amenés à avoir un exercice territorial.

A titre personnel, vous y êtes :

Plutôt favorable, cela permet de voir le fonctionnement d'autres structures et de partager des compétences

Plutôt défavorable, cela comporte trop de difficultés d'adaptation et de contraintes organisationnelles (temps de transport, exercice en zone reculée...)

Cela dépend des conditions de rémunération

Ne se prononce pas

22. Les médecins peuvent avoir un « exercice mixte » (hospitalier/libéral). Seriez-vous intéressé par cette possibilité ?

Oui, tout à fait

Oui, plutôt

Non, plutôt pas

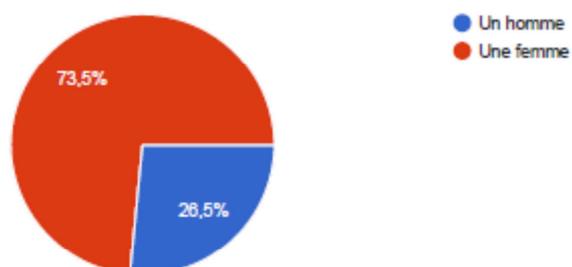
Non, pas du tout

Je n'ai pas assez d'informations sur ce dispositif pour me prononcer

### Annexe n°3 : Résultats du questionnaire (49 réponses)

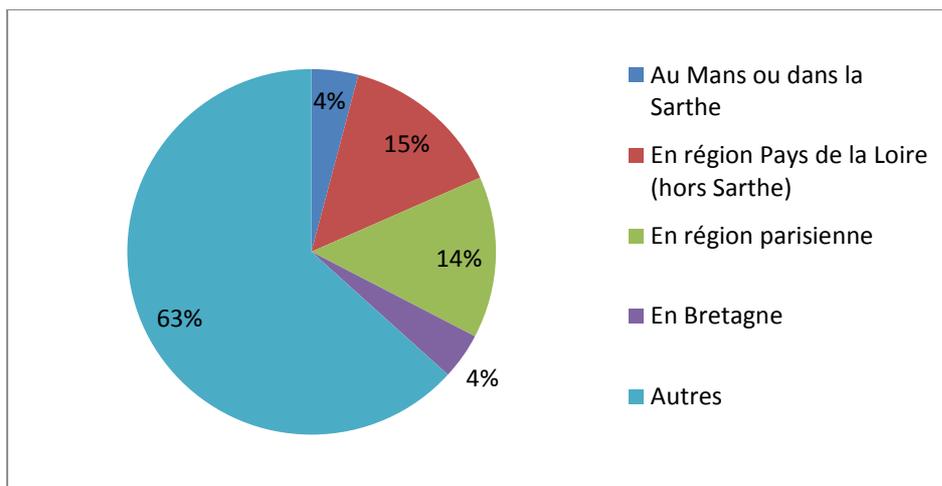
**Vous êtes :**

49 réponses



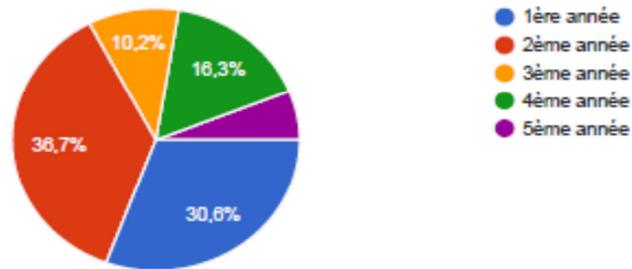
**Vous avez réalisé vos études secondaires :**

49 réponses



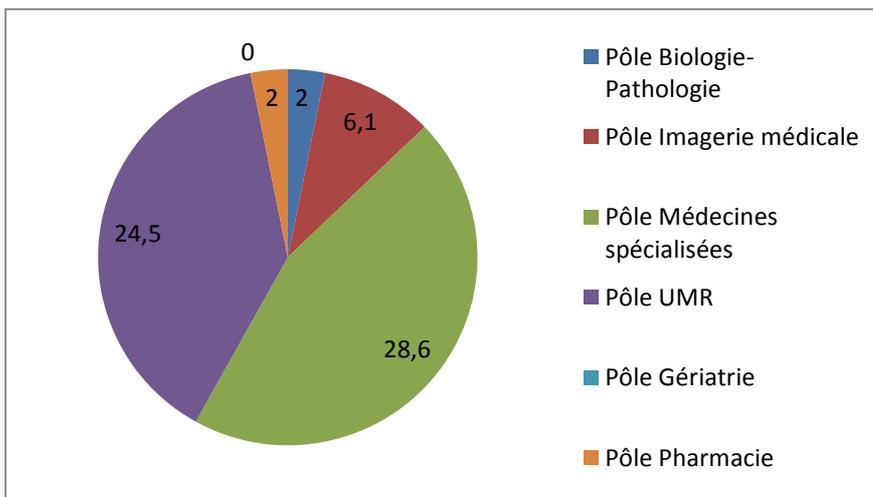
### Vous êtes interne en :

49 réponses



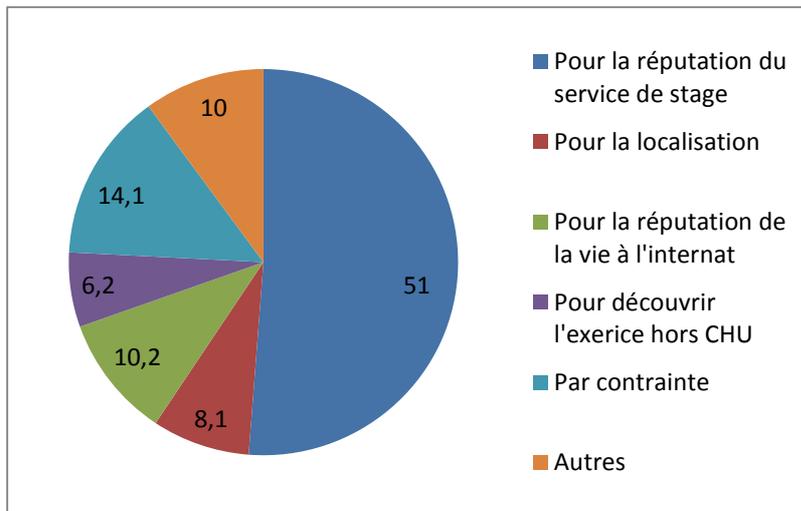
### Vous réalisez votre stage dans le pôle :

49 réponses



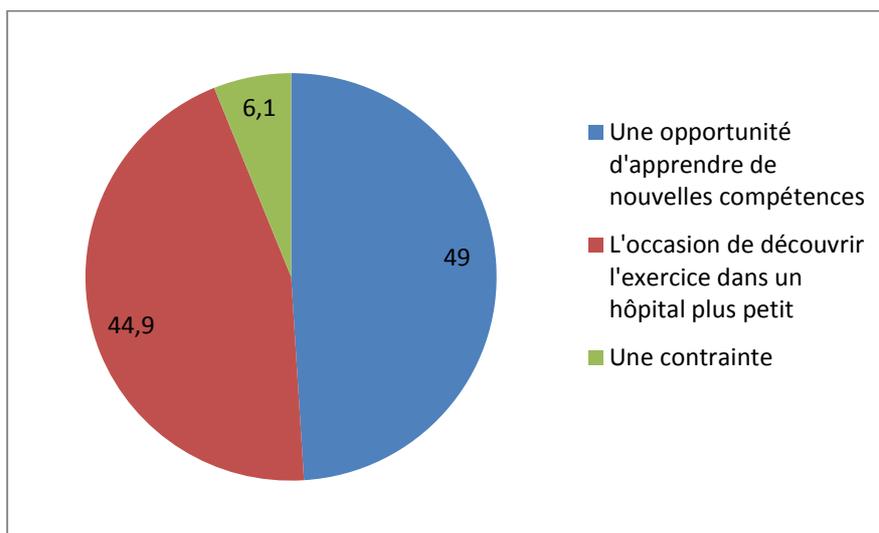
### Pourquoi avez-vous choisi d'effectuer un stage au CHM ? (2 réponses possibles)

49 réponses



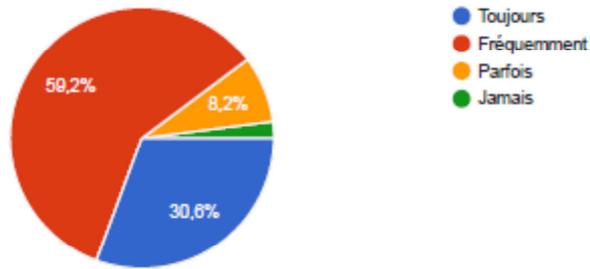
### Pour vous, un stage hospitalier hors CHU est :

49 réponses



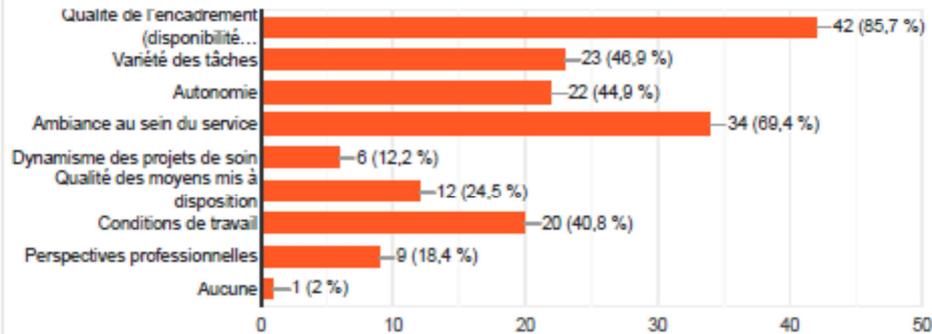
## Avez-vous plaisir à venir travailler au CHM ?

49 réponses



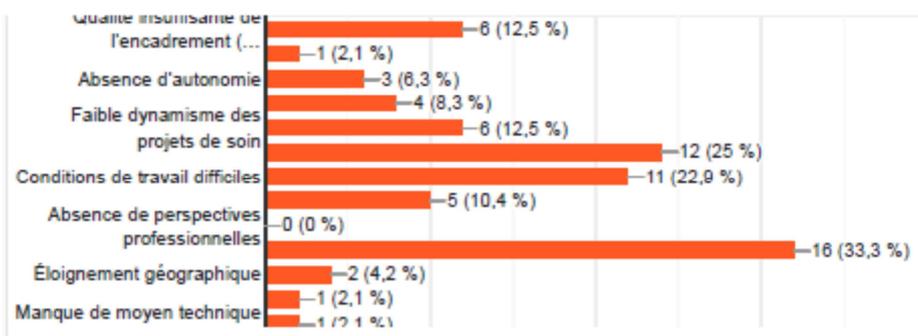
## Quelles sont vos principales sources de satisfaction ? (plusieurs réponses possibles)

49 réponses



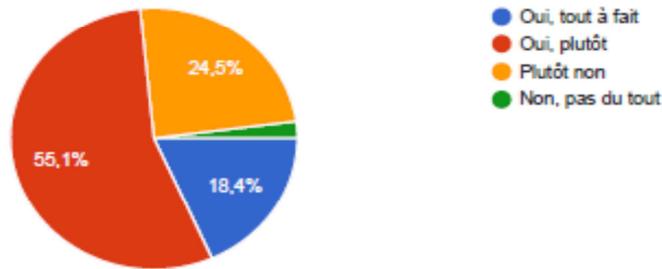
## Quelles sont vos principales sources de mécontentement ? (plusieurs réponses possibles)

49 réponses



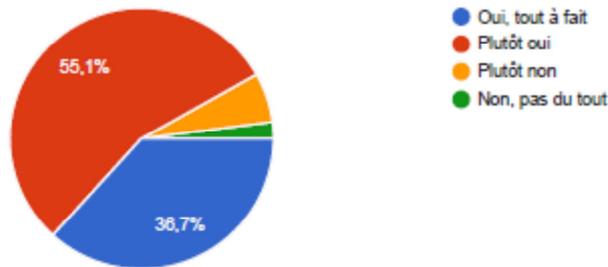
### Avez-vous le sentiment de faire partie de la communauté du CHM ?

49 réponses

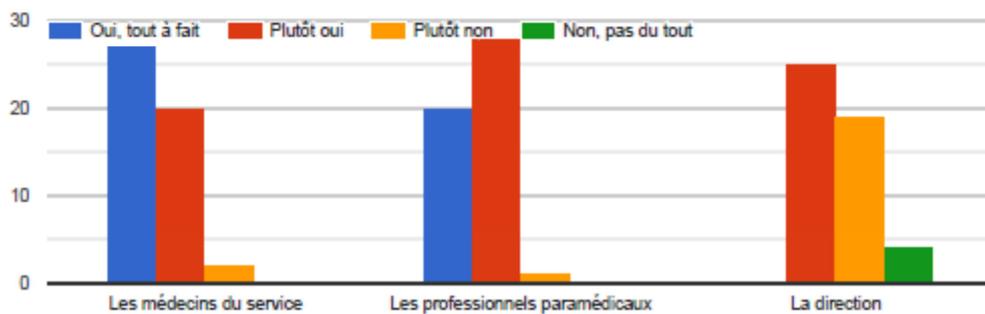


### Avez-vous le sentiment qu'un esprit d'équipe anime votre service ?

49 réponses

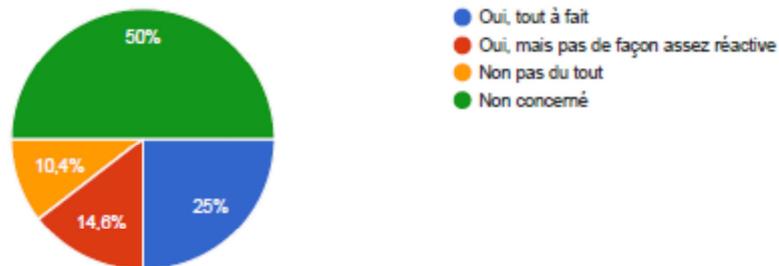


### Estimez-vous que vous entretenez des relations de qualité avec :



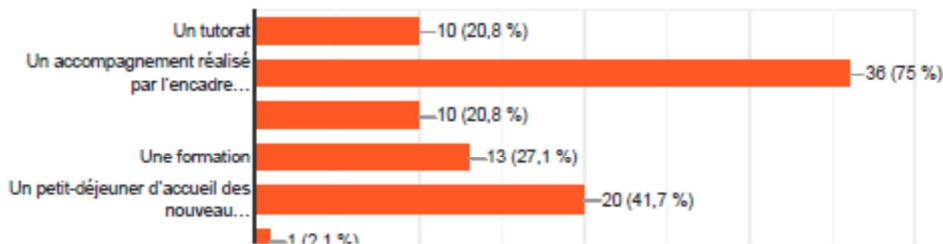
En cas d'événement traumatisant dans le cadre de votre travail, vous sentez-vous suffisamment accompagné par l'établissement ?

48 réponses



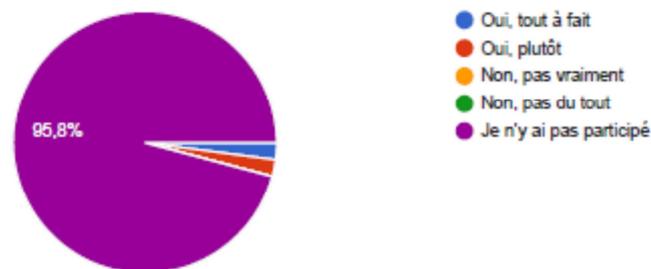
A votre avis, quels moyens permettent d'assurer le meilleur accueil à un nouvel interne ? (plusieurs réponses possibles)

49 réponses



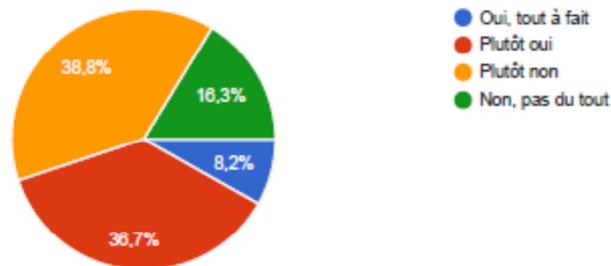
Si vous avez participé à la « Journée sensations », organisée par le Département le 6 avril, cela a-t-il changé en bien l'image que vous aviez du Mans ?

48 réponses



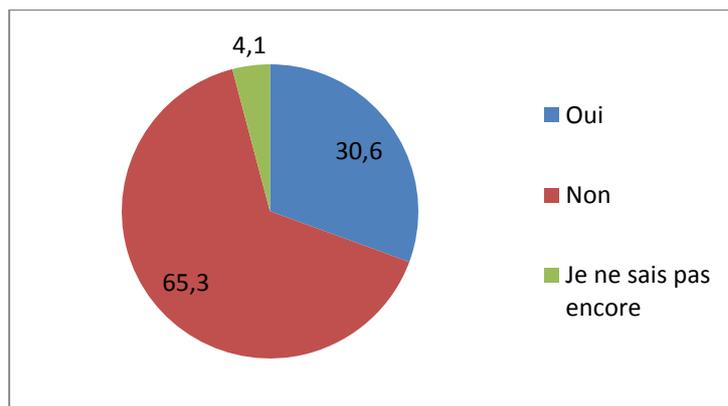
Avez-vous le sentiment de disposer au sein du CHM d'être suffisamment informé quant aux différents statuts et opportunités professionnelles auxquelles vous pouvez prétendre ?

49 réponses



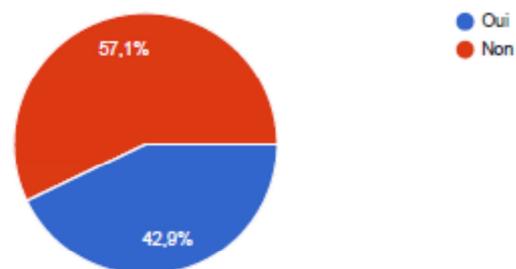
Avez-vous le projet de viser un jour des fonctions de responsable de service/UF/pôle ?

49 réponses



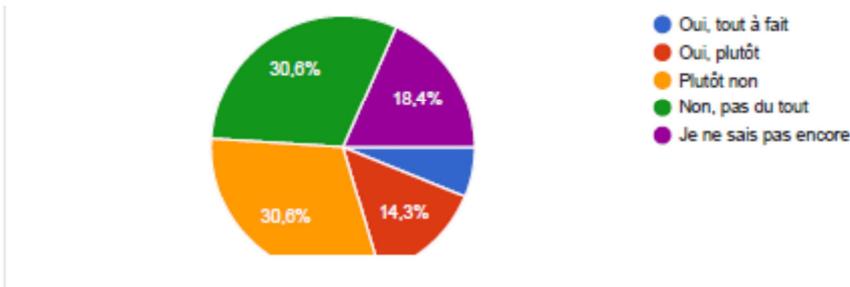
Souhaiteriez-vous avoir accès à des offres de formation aux compétences managériales, dès votre internat ?

49 réponses



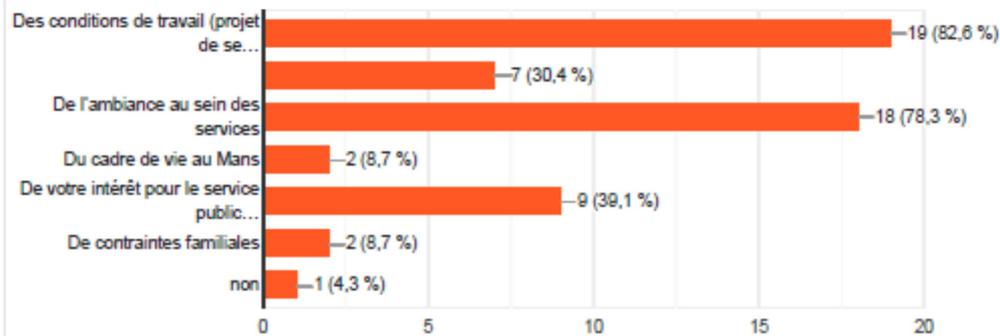
## Vous voyez-vous rester au CHM après votre internat ?

49 réponses



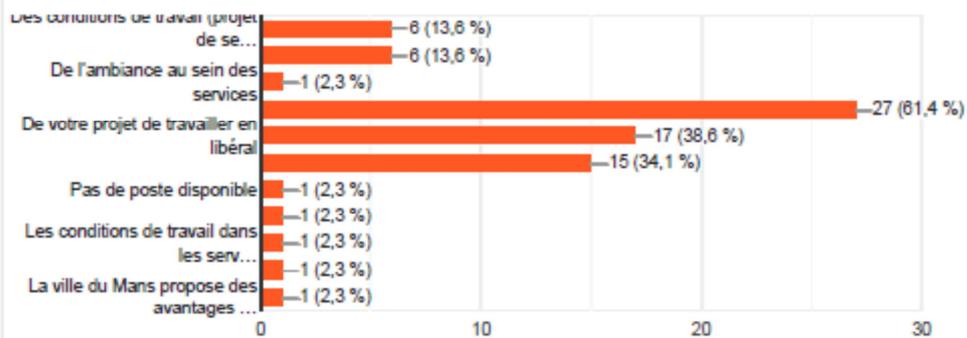
## Si vous vous voyez rester au CHM après votre internat, c'est en raison (plusieurs réponses possibles) :

23 réponses



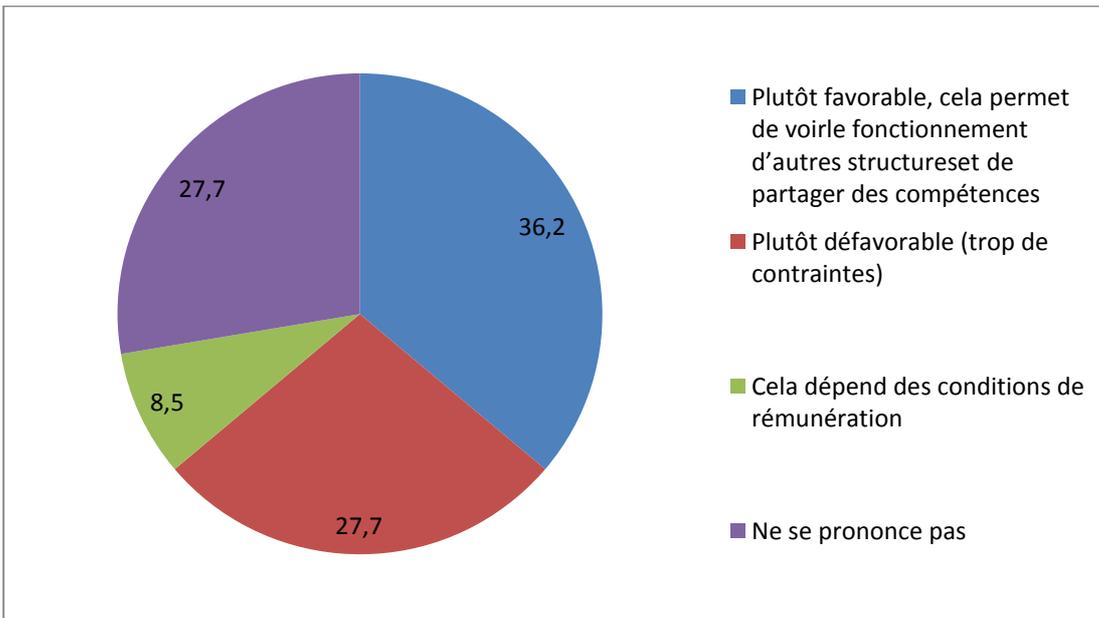
Si vous ne pensez pas rester au CHM après votre internat, c'est en raison (plusieurs réponses possibles) :

44 réponses



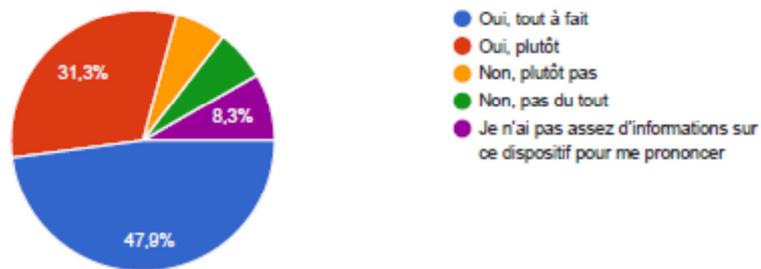
**De plus en plus, les médecins hospitaliers sont amenés à avoir un exercice territorial. A titre personnel, vous y êtes :**

47 réponses



Les médecins peuvent avoir un « exercice mixte » (hospitalier/libéral). Seriez-vous intéressé par cette possibilité ?

48 réponses



## **Annexe n°4 : Canevas des entretiens libres avec les internes**

Cas personnel :

- Parcours
- Pourquoi faire médecine ?
- Pourquoi avoir choisi cette spécialité ?
- Pourquoi le CHM ?

Avis sur :

- La ville ?
- L'hôpital ?
- L'internat ?

Le stage :

- Sentiment d'être intégré à la vie de l'hôpital ?
- Sentiment d'être bien traités par l'administration hospitalière ?
- Qualité de l'encadrement ?
- Différences avec CHU ?

Perspectives professionnelles :

- Avantages de l'exercice hospitalier ?
- Inconvénients de l'exercice hospitalier ?
- Avantages de l'exercice libéral ?
- Inconvénients de l'exercice libéral ?
- Exercice mixte ?
- Conception de la conciliation vie privée / vie professionnelle



DI MASCIO

Bruno

Octobre 2019

## FILIERE DIRECTEURS D'HOPITAL

Promotion 2019

# ATTIRER ET FIDELISER LES INTERNES A L'HOPITAL PUBLIC

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes

### **Résumé :**

Les hôpitaux publics, en particuliers non universitaires, font face à d'importantes difficultés de recrutement médical. La fidélisation des internes est un levier important de recrutement. Il s'agit donc de créer les conditions d'accueillir et d'encadrer les internes de façon à les persuader de poursuivre leur carrière sur leur lieu de stage. L'enjeu est d'autant plus fort que les nouvelles générations de médecins ont de nouvelles exigences dans leur exercice professionnel.

### **Mots clés :**

Attractivité, fidélisation, hôpital, internes, internat, numerus clausus, qvt, tutorat, communication, collectivités, statut, installation, démographie

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