



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

**La diminution du recours à l'emploi
médical temporaire : un enjeu pour le
CHRU de Brest**

Lana RICHARD

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Gwendal MARINGUE, directeur des Affaires Médicales du CHRU de Brest, pour m'avoir conseillé dans l'identification de mon sujet de mémoire, pour m'avoir consacré de précieux moments d'échanges et pour m'avoir associé à des projets et réunions, qui m'ont permis de nourrir ma réflexion.

Je remercie également ma référente de mémoire, Armelle DREXLER, directrice du pôle Affaires Médicales, Recherche, Qualité et Stratégie Médicale Territoriale, aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, pour sa relecture, sa bienveillance et ses conseils.

Je tiens, par ailleurs, à remercier Ronan SANQUER, le meilleur maître de stage de tous les temps, pour sa disponibilité à toute épreuve, et pour m'avoir accompagné dans les premiers moments de ma carrière. J'espère que je saurais être à la hauteur de l'exemple qu'il a su me donner.

Enfin, je remercie Yassine-Eliez LORANDEL, pour son écoute, son soutien et sa bonne humeur, tout au long de cette période de rédaction de mémoire et de recherche d'affectation.

Sommaire

Introduction	1
CHAPITRE 1. La forte augmentation du recours à l'emploi médical temporaire et des dépenses liées résulte d'une conjonction de facteurs multiples, à la fois nationaux et locaux	7
1.1. Les tensions sur la démographie médicale en région Bretagne met le CHRU de Brest face à des difficultés de recrutement.....	7
1.1.1 <i>Premier établissement de santé de Bretagne occidentale, le CHRU de Brest fait face aux tensions régionales sur la démographie médicale.....</i>	<i>7</i>
1.1.2. <i>Dans ce contexte, le CHRU se caractérise par une position ambivalente en tant qu'établissement de recours confronté à des difficultés de recrutement</i>	<i>9</i>
1.2. La concurrence des autres établissements du territoire et le déficit d'attractivité du CHRU de Brest participent également à ces difficultés de recrutement.....	12
1.2.1. <i>La concurrence des autres établissements de santé du territoire, associée aux contraintes de l'exercice en CHU, pose la question du déficit d'attractivité du CHRU de Brest.....</i>	<i>12</i>
1.2.2. <i>Des travaux ont déjà été engagés afin de répondre à ce déficit d'attractivité, mais ils ne permettent pas d'y mettre un terme</i>	<i>14</i>
1.3. L'ensemble de ces facteurs sont à l'origine d'une augmentation très importante du recours à l'emploi médical temporaire et des dépenses liées	16
1.3.1. <i>Le phénomène de raréfaction du temps médical disponible, a entraîné un recours croissant à l'emploi médical temporaire</i>	<i>16</i>
1.3.2. <i>Ce recours croissant à l'emploi médical temporaire a entraîné mécaniquement une augmentation des dépenses liées, et particulièrement au CHRU de Brest.....</i>	<i>19</i>

CHAPITRE 2. Le recours à l'emploi médical temporaire présente un certain nombre de limites qui incitent les établissements du territoire à s'associer afin de construire des réponses communes23

2.1. Les limites du recours à l'emploi médical temporaire 23

2.1.1. Au-delà de son coût, la rémunération des médecins intérimaires pose question, d'autant plus qu'elle ne respecte pas toujours le cadre réglementaire..... 23

2.1.2. Un recours structurel à l'emploi médical temporaire impacte la qualité de prise en charge des patients et est assez mal accepté par les professionnels médicaux de l'établissement 26

2.2. Les critiques qui peuvent être formulées vis-à-vis d'un recours récurrent et structurel à l'emploi médical temporaire ont conduit les établissements de la région à s'associer28

2.2.1. Une stratégie régionale portée par la FHF Bretagne et l'Agence régionale de Santé..... 28

2.2.2. L'intégration dans le marché régional de l'intérim médical 30

2.3. La coordination et la construction d'une stratégie de groupe au sein du Groupement Hospitalier de Territoire33

2.3.1. La mise en place des GHT constitue une opportunité d'engager des démarches devant permettre de répondre au problème prégnant de la démographie médicale..... 33

2.3.2. De nouvelles perspectives de coopération territoriale 35

CHAPITRE 3. Au-delà de la coopération territoriale, l'enjeu de l'attractivité et de la fidélisation des ressources médicales se joue également au niveau de l'établissement et constitue désormais une nouvelle priorité stratégique pour le CHRU de Brest39

3.1. La mise en place du plan pour l'attractivité de l'hôpital public, ainsi que des autres outils réglementaires disponibles, se révèle en pratique d'une efficacité variable pour l'établissement.....39

3.1.1. <i>Si les marges de négociation salariale de la DAM sont relativement limitées, une série de mesures réglementaires lui permet toutefois d'utiliser des incitatifs économiques.....</i>	39
3.1.2. <i>Le déploiement de ces différentes mesures pose toutefois question en termes d'efficacité, comme en termes de coût.....</i>	42
3.2. Pour attirer et fidéliser les professionnels médicaux, des solutions organisationnelles et managériales innovantes doivent répondre à leurs attentes en matière de parcours professionnel, de QVT et de management médical.....	44
3.2.1. <i>Répondre aux nouvelles attentes des professionnels médicaux</i>	44
3.2.2. <i>Développer la formation au management médical</i>	47
3.3. Le CHRU de Brest place désormais la mise en œuvre de nouveaux facteurs d'attractivité comme priorité stratégique	49
3.3.1. <i>Le développement d'une marque employeur.....</i>	49
3.3.2. <i>L'accueil des étudiants et des nouveaux arrivants</i>	52
Conclusion	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	61

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
CAREHO : Commission Administrative de Révision des Effectifs HOspitaliers
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CHPM : Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME : Communauté Médicale d'Etablissement
CNG : Centre National de Gestion
CREX : Comité de Retour d'Expérience
CV : Curriculum Vitae
DAM : Directeur des Affaires Médicales
DGARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GHTBO : Groupement Hospitalier de Territoire de Bretagne Occidentale
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire
HU : Hospitalo-Universitaire
MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers
PDS : Permanence Des Soins
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire
PECH : Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière
PET : Prime d'Exercice Territorial
PH : Praticien Hospitalier
PUPH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité

RTT : Réduction du Temps de Travail
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TTC : Toute Taxe Comprise
TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
UBO : Université de Bretagne Occidentale
UFR : Unité de Formation et de Recherche
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Dans son rapport financier 2018 présenté à la Commission médicale d'établissement du CHRU de Brest le 25 juin dernier, et rédigé conjointement entre l'ordonnateur et le comptable, il est souligné qu' : « *Avec une dépense d'intérim médical de 6M€ en 2018, le CHU de Brest a la plus forte dépense d'intérim des CHU français* ».

Le recours à l'emploi médical temporaire dans les hôpitaux publics n'est pas un phénomène nouveau. En effet, les établissements de santé ont recours à du personnel intérimaire depuis le début des années 1990. A titre d'exemple, l'agence d'intérim *Manpower* a créé un pôle santé en 1995. Toutefois, le recours à l'emploi temporaire s'accroît considérablement depuis les années 2000, transformant cette solution ponctuelle en une réponse structurelle au manque de temps médical disponible.

Le manque de temps médical disponible peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs phénomènes. ▪ Tout d'abord, la régulation démographique des professionnels de santé par l'introduction du *numerus clausus* en octobre 1971, et sa diminution progressive de 1977 à 1998, a induit une diminution différée du nombre de médecins¹. Dès lors, la hausse progressive puis la suppression du *numerus clausus* devrait permettre d'enrayer ce phénomène. Néanmoins, les effets de ces mesures ne pourront se faire sentir immédiatement, étant donné le temps de formation de ces nouvelles générations de médecins, ainsi que le temps d'adaptation des capacités de formation des universités et des établissements de santé accueillant des internes. ▪ Ensuite, les générations de médecins à fort *numerus clausus* partent désormais à la retraite. L'âge moyen des praticiens était de 51,5 ans en 2014². ▪ Ce phénomène de raréfaction du temps médical disponible se trouve également renforcé par l'arrivée de nouvelles générations de médecins, qui aspirent à un meilleur équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. A effectif constant, cela induit donc une diminution du temps médical disponible. ▪ Enfin, le vieillissement de la population entraîne une forte croissance de la demande de soins. C'est une des raisons pour laquelle la Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), dans un rapport publié en mai 2017, a alerté sur le fait que « *l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années* »³.

¹ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Rapport 2013-2014

² IDEM

³ BACHELET M., ANGUIS M. (DREES), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Etudes et Résultats*, n°1011, mai 2017

Dans un système de santé construit sur le principe de la liberté d'installation des médecins, certains territoires souffrent particulièrement de ce manque de temps médical disponible. Ainsi, les inégalités de répartition des médecins libéraux rendant l'accès aux soins de ville, de premier recours, difficile, cette demande de soins a eu tendance à se reporter sur les hôpitaux. Dans ce contexte, les établissements publics de santé font face à des difficultés de recrutement de praticiens, comme en témoignent l'augmentation du nombre de praticiens diplômés à l'étranger, ou encore la hausse du recours à l'intérim.

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, le Code de la Santé Publique reconnaît la permanence des soins (PDS) comme une mission de service public « assurée, en collaboration avec les établissements de santé »⁴. Or, pour garantir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, les établissements de santé doivent nécessairement avoir tous les facteurs de productions disponibles, et notamment le travail. C'est pour répondre à cet important défi du recrutement, que Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a présenté en novembre 2015, son plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. Ce programme, élaboré à partir des préconisations du Sénateur Jacky LE MENN⁵, cherche à la fois, à attirer de jeunes médecins dans les établissements publics, et notamment dans ceux des zones géographiques les moins attractives, et à fidéliser leurs aînés.

Dans un environnement hautement concurrentiel pour le recrutement des médecins hospitaliers, la question de l'attractivité interroge non seulement le système hospitalier dans son ensemble (statuts, réglementation, organisation), mais également chaque établissement au regard de sa gestion des ressources humaines. En outre, si l'élaboration d'un plan d'action pour l'attractivité médicale, permettra à moyen terme de répondre (au moins en partie) aux difficultés de recrutement, il reste qu'il faille répondre à très court terme au déficit de praticiens qui touche de nombreux hôpitaux, afin de ne pas mettre en danger la permanence des soins. C'est cet impératif qui contraint les établissements de santé à recourir à l'intérim médical.

Jusqu'à une période relativement récente, le choix du recours à l'emploi médical temporaire a pu constituer une réponse réfléchie et employée régulièrement pour faire face à un accroissement temporaire d'activités ou à un manque ponctuel de praticiens. Le

⁴ Code de la Santé Publique, article L.6314-1.

⁵ LE MENN J., *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, 23 juin 2015.

recours à l'intérim s'est imposé rapidement comme une solution très efficace aux difficultés de recrutement, car elle est à la fois souple et très réactive.

Le travail temporaire permet d'assurer le remplacement de praticiens hospitaliers titulaires temporairement indisponibles ou de faire face à une recrudescence transitoire d'activité. En pratique, les hôpitaux disposent de trois voies pour recruter un médecin temporaire : le gré à gré, la mise en relation par une société de recrutement, ou le recours à une agence d'intérim. Seule cette troisième catégorie de contrats répond à la définition de l'intérim. Pour cette raison, le terme d'intérim médical, couramment employé, n'est pas toujours adapté et il convient plutôt de parler de travail médical temporaire.

L'intérim consiste « à *mettre à disposition provisoire d'entreprises clientes* (ici les établissements de santé), *des salariés qui, en fonction d'une rémunération convenue, sont embauchés et rémunérés à cet effet par l'entreprise de travail intérimaire* »⁶. Elle se caractérise donc par une relation triangulaire entre l'entreprise de travail temporaire, l'établissement de santé et le praticien. Elle implique donc la conclusion de deux contrats : un contrat de mise à disposition (entre l'entreprise de travail intérimaire et l'établissement de santé) et un contrat de mission (entre l'entreprise de travail intérimaire et le praticien).

C'est la loi n°72-1 relative au travail temporaire, du 3 janvier 1972, qui légalise le recours à des contrats de courte durée dits « intérim ». Elle pose le principe selon lequel le recours au travail temporaire doit être limité et ne doit pas se substituer à l'emploi permanent. Un des objectifs de cette loi était d'éviter un trop fort accroissement du travail temporaire, elle a échoué sur ce point. En effet, le recours à l'intérim n'a fait que progresser depuis et notamment dans les établissements de santé, où il est parfois devenu une réponse permanente aux difficultés structurelles de recrutement de praticiens. De nombreux établissements publics font désormais face à un nombre important de postes vacants du personnel médical, et ce dans plusieurs spécialités. A titre d'exemple, au 1^{er} janvier 2017, le taux de vacance statutaire⁷ des postes de praticiens hospitaliers (PH) s'élevait en moyenne à 26,5% pour les praticiens à temps plein et à 46,1% pour les PH à temps partiel, avec une hétérogénéité importante en fonction des spécialités – 38,5% pour la radiologie et l'imagerie médicale par exemple.

⁶ Définition de l'intérim par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

⁷ Le taux de vacance statutaire est le pourcentage de postes vacants résultant de l'écart entre le nombre de postes permanents de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel budgétés et le nombre de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel titulaires et en période probatoire rémunérés par les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Ce recours structurel à l'emploi médical temporaire pose question en termes de coûts, d'organisation et de qualité de la prise en charge des patients. L'hôpital doit ainsi jongler entre ses obligations, telles que la permanence et la qualité des soins, et ses contraintes à la fois géographiques (attractivité d'un territoire) et financières.

Dès lors, dans un environnement hautement concurrentiel sur les ressources médicales, et un contexte économique et démographique très contraint, comment le directeur d'hôpital peut-il répondre aux difficultés de recrutement de son établissement, tout en diminuant le recours à l'emploi médical temporaire ?

Le cas particulier du CHRU de Brest : Le présent mémoire s'intéressera au cas particulier du CHRU de Brest. Cet établissement se caractérise par une position ambivalente, en tant qu'établissement de recours confronté lui-même à des difficultés de recrutement. Avec la plus forte dépense d'intérim des CHU français en 2018 (6M€), l'amélioration de l'attractivité de l'établissement et la diminution des dépenses d'intérim constituent une des priorités du CHRU pour l'année 2019.

Démarche de travail : L'analyse du sujet et l'élaboration des perspectives reposeront sur un croisement des approches nationales, régionales et locales. ▪ Concernant l'approche nationale, c'est une recherche documentaire fournie qui a été privilégiée : analyse de la réglementation, lecture des derniers rapports de la Cour des Comptes sur le rôle des CHU, étude du projet de loi « Ma santé 2022 » et recherche de propositions à travers les différentes expériences d'établissements publics de santé français. ▪ L'appréhension des enjeux régionaux a été facilitée par la réalisation d'un stage de deux mois (stage extérieur en septembre-octobre 2018) auprès de la directrice des coopérations et professions de santé en établissement de l'ARS Bretagne, Madame Anne-Marie LORHO. ▪ Au sein du CHRU de Brest enfin, deux missions de stage ont contribué à nourrir ma réflexion. La première concernait la création d'une formation au management médical, en lien avec la direction des affaires médicales. La seconde mission consistait à définir et à améliorer le parcours du nouvel arrivant, avec la réalisation d'un livret d'accueil commun aux professionnels médicaux et non médicaux. La rédaction du présent mémoire repose également sur les statistiques et données financières transmises par la direction des finances et l'analyse des documents institutionnels. Enfin, ce travail a été enrichi par des entretiens avec le directeur des affaires médicales et le président de CME.

Enjeu stratégique pour le directeur d'hôpital : La situation décrite place le directeur d'hôpital face à des injonctions paradoxales. Il s'agit d'un côté de répondre aux exigences de la permanence des soins de la façon la plus efficace possible (recours à l'intérim et plan d'action pour l'attractivité médicale) et de l'autre, de maîtriser les dépenses dans un contexte financier contraint. Ceci, tout en assurant la plus grande qualité de prise en charge des patients possible. Cette exigence place les directeurs d'hôpital face à un enjeu hautement stratégique, celui d'assurer le recrutement et la fidélisation de praticiens de qualité, dans un contexte économique et démographique très contraint.

Dans un premier temps, nous verrons que la forte augmentation du recours à l'emploi médical temporaire, et des dépenses liées, résulte d'une conjonction de facteurs multiples, à la fois nationaux et locaux (I).

Puis, nous montrerons dans un second temps, que le recours structurel à l'emploi médical temporaire présente de nombreuses limites qui encouragent les établissements du territoire à s'associer afin de construire des réponses communes (II).

Enfin, nous étudierons quels sont les outils dont disposent l'établissement pour faire de l'attractivité et de la fidélisation des ressources médicales une nouvelle priorité stratégique du CHRU de Brest (III).

*

*

*

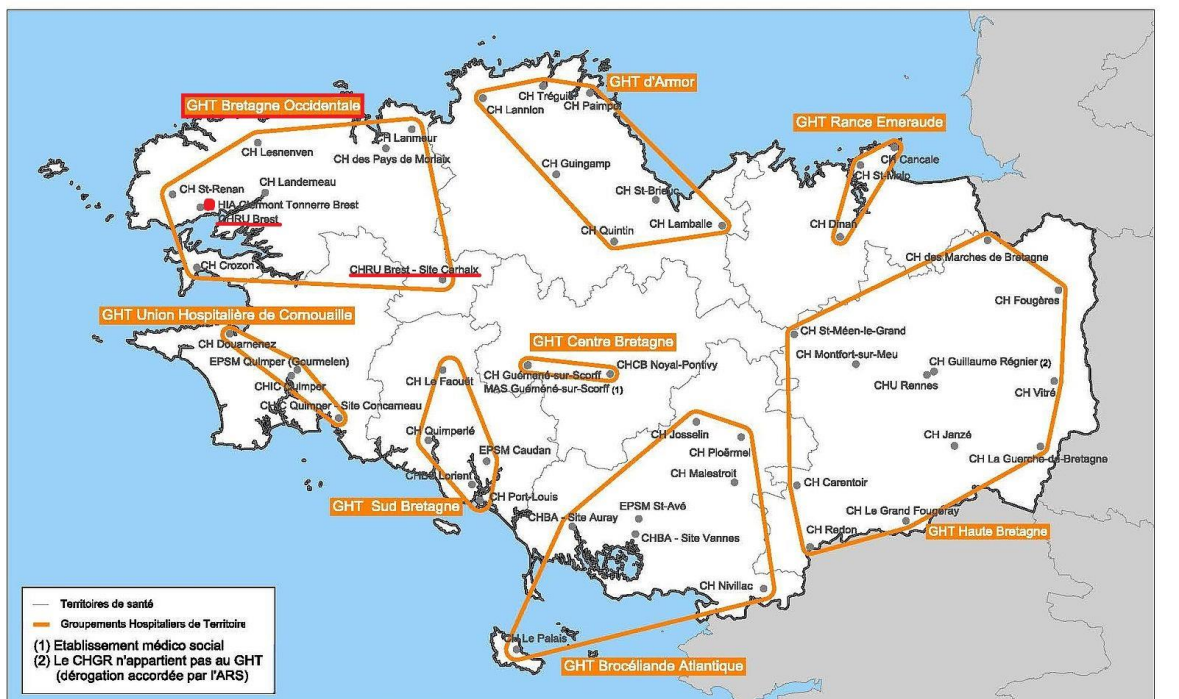
1 La forte augmentation du recours à l'emploi médical temporaire, et des dépenses liées, résulte d'une conjonction de facteurs multiples, à la fois nationaux et locaux

1.1. Les tensions sur la démographie médicale en région Bretagne met le CHRU de Brest face à des difficultés de recrutement

1.1.1. Premier établissement de santé de Bretagne occidentale, le CHRU de Brest fait face aux tensions régionales sur la démographie médicale

Le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Brest est un établissement public de santé remplissant une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Situé en région Bretagne, dans le département du Finistère, il est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de Bretagne Occidentale.

Groupements Hospitaliers de Territoire



Source : ARS Bretagne, arrêtés du 1er juillet 2016 fixant la composition des GHT
Réalisation ARS Bretagne, Octobre 2016
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

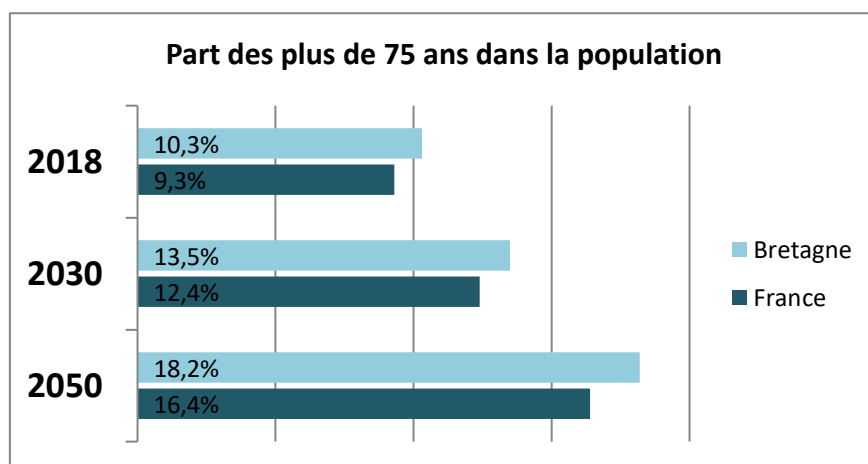
0 33 65 km

Le CHRU de Brest déploie ses activités sur sept sites, dont les compétences complémentaires assurent une grande variété de prises en charge. Les trois centres principaux sont l'hôpital Morvan (MCO et SSR), l'hôpital de la Cavale Blanche (principal site de MCO), et l'hôpital de Carhaix. Ils sont accompagnés de structures dédiées aux soins psychiatriques, à la réadaptation et à la prise en charge des personnes âgées, sur les sites de l'hôpital de Bohars (santé mentale), du Centre René Fortin (USLD et EHPAD), du Centre SSR de Guilers et de la Résidence Delcourt-Ponchelet (EHPAD). Depuis la fusion en 2009 avec l'hôpital de Carhaix, le CHRU de Brest couvre donc un territoire allant jusqu'au centre-ouest-Bretagne.

Dans le contexte national de tension sur la démographie médicale, la région Bretagne pâtit d'une demande de soins croissante, qui s'explique à la fois par le vieillissement de la population et par la persistance d'indicateurs de santé encore défavorables.

La Bretagne compte 3 336 643 habitants en 2017, soit 5,1% de la population française. Elle bénéficie d'une croissance démographique (+0,5% entre 2010 et 2018) supérieure à celle de la France métropolitaine (+0,4%), liée principalement au solde migratoire (+0,4%). Si la densité de la région (120 habitants par km²) est proche de celle de la France métropolitaine (117), sa répartition n'est pas homogène. La population est concentrée sur l'agglomération rennaise et le littoral. A l'inverse, le centre ouest Bretagne, zone d'activité du CHRU de Brest, fait partie des territoires les moins peuplés de Bretagne.

A l'instar de la population nationale, la population de la région est vieillissante. En 2018, la part des plus de 75 ans représente 10,3% de la population bretonne, contre 9,3% de la population française. Le vieillissement de la population, mesuré par l'indice de vieillissement, est plus marqué en Bretagne qu'en France métropolitaine (80% contre 72%). C'est à la fois le déficit migratoire entre 20 et 30 ans et l'attractivité du littoral pour les retraités en provenance d'autres régions françaises, qui expliquent que la population bretonne vieillit plus rapidement que la population française. Ce constat est particulièrement en centre ouest Bretagne.



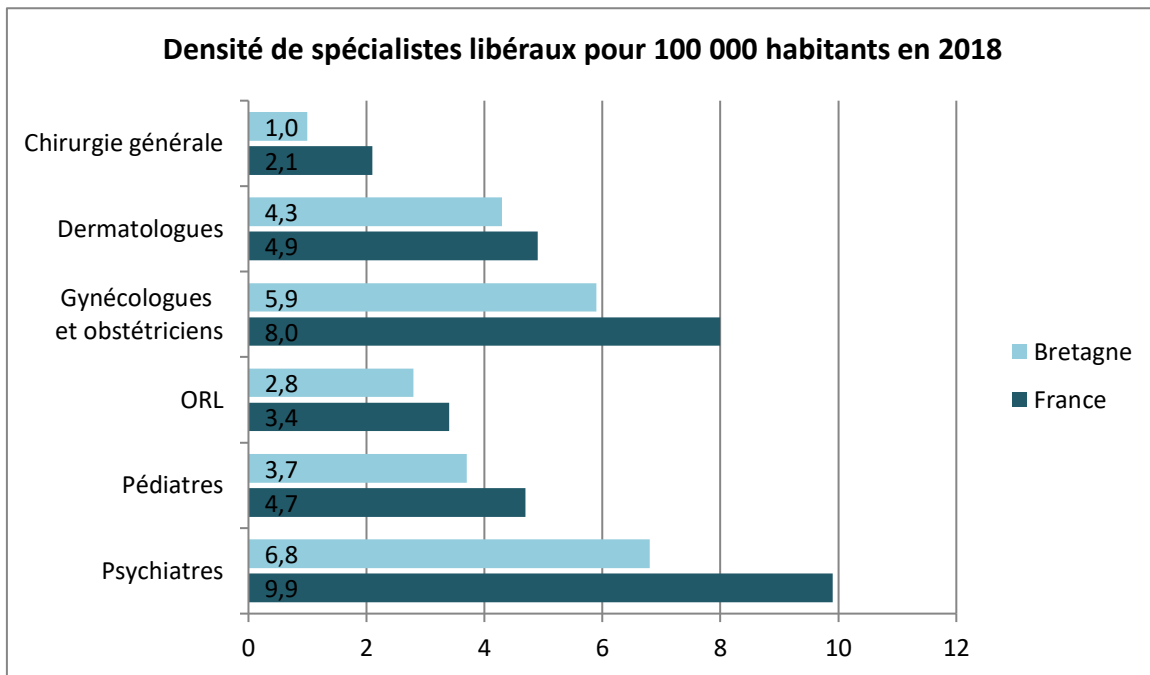
Au-delà du vieillissement de sa population, la Bretagne affiche des indicateurs de santé encore défavorables. Si l'espérance de vie régionale progresse tant pour les hommes que pour les femmes, elle reste inférieure au niveau métropolitain. En effet, elle est de 78,3 ans pour les hommes (France : 79,3) et de 84,9 ans pour les femmes (France : 85,3). De plus, il s'agit de la quatrième région où le taux de mortalité est le plus important. Cette situation s'explique notamment par le poids de la mortalité liée aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme...) et aux suicides, particulièrement important en Bretagne. Le Finistère présente le taux de mortalité le plus élevé de la région, tant pour les hommes que pour les femmes. Par ailleurs, la région est marquée historiquement par une proportion d'ouvriers importante (26% contre 22% en France), laquelle présente, selon les probabilités épidémiologiques, un état de santé plus fragile.

1.1.2. Dans ce contexte, le CHRU se caractérise par une position ambivalente en tant qu'établissement de recours confronté à des difficultés de recrutement

Ces éléments participent à une forte demande de soins. Or, les inégalités de répartition des médecins libéraux rendant l'accès aux soins de ville, de premier recours, difficile, cette demande de soins a eu tendance à se reporter sur les hôpitaux.

L'offre de soins de la médecine libérale est moins favorable en Bretagne qu'en France métropolitaine. En effet, la densité des médecins libéraux est de 182,5 pour 100 000 habitants, contre 196 pour 100 000 habitants dans le reste de la France. C'est particulièrement le cas concernant les spécialistes, avec une densité de 74,8 pour 100 000 habitants, contre 93,6 en France métropolitaine⁸.

⁸ Source : DEMOPS 2018



Au regard des liens d'interdépendances existant entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers, ces difficultés d'accessibilité ont tendance à reporter la demande de soins des spécialistes libéraux, en nombre insuffisant, vers les centres hospitaliers. L'augmentation importante du nombre de passages aux urgences du CHRU de Brest témoigne de ce phénomène, avec +12% en quatre ans : 84 630 passages en 2015, 88 275 en 2016, 93 434 en 2017 et 94 586 en 2018. L'augmentation de la demande de soins nécessite, pour y répondre, de développer l'offre de soins, donc d'augmenter le temps médical disponible dans l'établissement. Dans ce contexte, le CHRU de Brest fait face à des difficultés de recrutement comme en témoigne la hausse du recours à l'intérim.

Les difficultés de recrutement ne concernent pas seulement le CHRU de Brest sur le territoire. Bien au contraire. « *La situation est plus critique dans les hôpitaux de petite taille et de taille moyenne (...). Les grands centres hospitaliers demeurent attractifs en raison du profil d'activité qu'ils offrent aux équipes, spécialisées, de recours, sur des plateaux techniques plus importants* »⁹.

En tant que premier établissement de santé de Bretagne occidentale, le CHRU de Brest est sollicité pour apporter un renfort médical aux établissements du territoire en difficulté de recrutement. En effet, si les CHU n'ont pas de compétence en matière d'organisation territoriale des soins, ils exercent nécessairement une influence sur l'offre de soins au niveau territorial en raison de leur rayonnement et de leur place dans la gradation des

⁹ VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013

soins. L'un des principaux outils utilisés par l'établissement est le développement de l'activité partagée des praticiens, entre le CHU et un autre établissement du territoire. Au 31 décembre 2018, 20% des médecins du CHRU de Brest exercent en temps partagé.



Toutefois, le CHRU de Brest peine à jouer ce rôle de soutien dans la mesure où il est lui-même confronté à des difficultés de recrutement et à un manque d'attractivité. C'est notamment le cas dans les spécialités telles que la médecine d'urgence ou l'anesthésie-réanimation. Une enquête de 2013 réalisée sur l'établissement montrait qu'il y avait 27,5 ETP de praticien vacants dont 7 pour la médecine d'urgence, 6 pour l'anesthésie réanimation et 2,5 pour la radiologie. Comme le souligne Gwendal MARINGUE, alors directeur des affaires médicales du CHRU, « *Même en situation difficile, il faut venir en soutien des établissements du territoire. C'est pour ça qu'on a des postes partagés avec Landerneau ou avec Morlaix. Pour la médecine d'urgence nous devrions sortir des difficultés à l'automne. Pour l'anesthésie par contre, nous sommes en très grosse difficulté. Nous ne serons pas en capacité de soutenir les autres établissements* ».

1.2. La concurrence des autres établissements du territoire et le déficit d'attractivité du CHRU de Brest participent également à ces difficultés de recrutement

1.2.1. La concurrence des autres établissements de santé du territoire, associée aux contraintes de l'exercice en CHU, pose la question du déficit d'attractivité du CHRU de Brest

Le territoire du CHRU de Brest est marqué par la présence d'établissements de santé privés et d'établissements publics de santé de taille moyenne, qui représentent de sérieux concurrents en ce qui concerne l'attractivité des carrières médicales.

Elsan, deuxième groupe d'hospitalisation privée de France, est très présent sur le territoire, à travers la polyclinique de Keraudren (Brest), la clinique du Grand large (Brest) et la clinique de l'Elorn (Landerneau). Il s'agit des principaux concurrents du CHRU de Brest. La zone d'activité du CHRU de Brest comprend aussi des établissements publics de santé, de taille moyenne, tels que le centre hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) et le centre hospitalier Ferdinand-Grall à Landerneau (en direction commune).

Ces établissements, qu'ils soient privés lucratifs ou publics, représentent « *de sérieux concurrents en ce qui concerne l'attractivité des CHU pour les professionnels, tant par le niveau de rémunération que par les conditions d'exercice, en particulier en raison de la moindre pénibilité de la permanence des soins* »¹⁰. La concurrence des structures privées est particulièrement importante car elles peuvent proposer des rémunérations qui sont 2,5 à 4 fois plus importantes que celles des structures publiques. Les jeunes praticiens, issue d'un parcours universitaire long et difficile, sont particulièrement sensibles au critère de rémunération et à son évolution dans le temps. Les différences de rémunérations sont notamment très importantes dans certaines disciplines, telles que la chirurgie orthopédique et urologique, la radiologie ou l'anesthésie-réanimation.

¹⁰ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, Rapport, Décembre 2017

Cette concurrence est d'autant plus rude que l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital public semble décroître. En effet, le poids de la permanence des soins, le manque de souplesse quant à l'organisation du travail, et l'exigence du statut de personnel hospitalo-universitaire, pèsent sur l'attractivité du CHRU de Brest.

Le poids de la permanence des soins est très important dans un établissement tel que le CHRU de Brest. Cela est encore plus vrai depuis la réforme de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) de 2003¹¹, qui a instauré un « double désavantage comparatif »¹². Tout d'abord, les cliniques disposant d'un service d'urgences mises à part, les médecins qui travaillent dans un hôpital public sont de plus en plus seuls à supporter le poids de la permanence des soins. Ensuite, le transfert de la PDSA vers les urgences hospitalières a entraîné une intensification croissante du travail des Urgentistes, accentuant ainsi la pénibilité du métier. A cela s'ajoute, que les spécialités concernées en priorité par la permanence des soins (médecine d'urgence, anesthésie-réanimation, radiologie, gynécologie-obstétrique et pédiatrie) sont celles qui font face également à des difficultés de recrutement. Ce phénomène entraîne mécaniquement un alourdissement des lignes de garde pour les équipes déjà sous tension, et ainsi un déficit d'attractivité du service concerné.

Au-delà du poids de la permanence des soins, l'exercice en CHU ne permet pas aux praticiens d'organiser leur temps de travail selon leur souhait. De la même façon, il ne leur permet pas de recruter les équipes soignantes de leur choix. Sur ces aspects, les structures de santé privées profitent de plus de souplesse, et peuvent offrir à leurs praticiens plus d'autonomie et une prise directe sur l'organisation de leur lieu de travail.

La triple mission du CHU et l'existence du statut prestigieux de personnel hospitalo-universitaire, ne suffisent plus à assurer l'attractivité des carrières au CHRU de Brest. Le code de la santé publique (article L. 6142-1) définit les missions des CHU de la façon suivante : « *Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, (...) la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux* ». Les activités de formation et de recherche des CHU se fondent sur l'existence d'un personnel spécifique, les médecins dits hospitalo-universitaires (HU), positionnés à l'interface de l'université et de l'hôpital. L'intérêt de ce statut repose sur la diversité des fonctions exercées, l'intérêt du travail en équipe, une double-rémunération et les perspectives de position managériale (chef de

¹¹ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003

¹² SCHERRER L.A., Favoriser l'attractivité médicale au sein de l'hôpital public : l'exemple du CHR d'Orléans, 2017

service, chef de pôle). Or, si jusqu'à une date récente ce statut qui bénéficiait d'une image de prestige et d'excellence, était épargné par les difficultés de recrutement, aujourd'hui il semble lui-même en perte d'attractivité. C'est notamment, ce que la Cour des Comptes a souligné dans un rapport de 2018 : « *En raison de la modification des conditions d'activité des CHU, caractérisées par la part croissante de l'activité de soins et les exigences renforcées de la recherche, le statut hérité de 1958 montre des limites évidentes* »¹³.

1.2.2. Des travaux ont déjà été engagés afin de répondre à ce déficit d'attractivité, mais ils ne permettent pas d'y mettre un terme

La direction des affaires médicales du CHRU de Brest a cherché à améliorer l'attractivité de l'établissement en travaillant notamment sur le décompte du temps de travail. En effet, il y avait un positionnement défavorable du CHU par rapport à ce que pouvaient offrir les centres hospitaliers du territoire

Le décompte du temps de travail des médecins se fait en demi-journées. Ils ont 10 demi-journées d'obligation de service hebdomadaire en moyenne. Dans ce cadre, une garde de 24h compte 4 demi-journées, soit 40% du temps de travail de la semaine. Pour certaines activités, il est possible de décompter le temps en heures. Il s'agit des services organisés en temps continu (pas d'interruption de l'activité). La liste de ces activités est fixée par arrêté. Elle comprend notamment la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie-obstétrique. Dans ces services, le décompte du temps de travail s'effectue en heures, plutôt qu'en demi-journées, ce qui est plus favorable aux praticiens. Pour reprendre le même exemple que précédemment, un praticien qui travail sur une amplitude de 10h (une journée), a accompli 20% de ses obligations de services hebdomadaires. S'il fait une garde de 24h, il aura donc réalisé 50% de son temps de travail hebdomadaire.

Les centres hospitaliers du territoire décomptaient le temps de travail en temps continu. A l'inverse, le CHRU de Brest était en décompte par demi-journées et utilisait donc une méthode de décompte du temps de travail moins favorable. Avec des seuils d'obligation de service moins importants, les centres hospitaliers bénéficiaient de conditions plus attractives qui nuisaient à l'attractivité du CHRU. C'est pour cette raison, qu'en 2017, la direction des affaires médicales du CHRU de Brest a fait passer l'anesthésie-réanimation en temps continu.

¹³ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, Rapport, Novembre 2018

Se posait également la question de la charge de la garde en anesthésie et des conditions de travail des urgentistes. Concernant la garde en anesthésie, le CHRU de Brest cumulait deux désavantages comparatifs. Premièrement, la garde était plus lourde à assurer au CHU avec une plus forte activité de nuit par rapport aux CH du territoire. Deuxièmement, il n'y avait qu'une seule ligne de garde, ce qui engendrait de la fatigue et du stress pour les praticiens.

Jusqu'en novembre 2018, il n'y avait qu'une seule ligne de garde en anesthésie au CHRU de Brest. Les anesthésistes ont fait à plusieurs reprises remonter qu'ils étaient stressés car il y avait beaucoup d'activité toute la nuit et des difficultés parfois à prioriser entre différentes interventions lourdes. A l'inverse, dans la plupart des CH du territoire, il y avait beaucoup moins d'activité la nuit et pourtant, une, voire deux lignes de garde. Les conditions de travail étaient plus confortables, donc plus attractives. De ce fait, le CHRU ne parvenait pas à fixer les internes sur l'établissement, hormis ceux qui avaient des projets particuliers (carrière d'HU). Face à ce constat, une deuxième ligne de garde a été mise en place en novembre 2018. Si l'impact de cette mesure est difficile à mesurer, les retours des anesthésistes sont positifs et les internes souhaitent désormais rester dans l'établissement. Toutefois, l'inconvénient de cette mesure est qu'elle consomme des ressources supplémentaires. Une ligne de garde représente un coût d'environ 400 000€. Au-delà de ce coût direct, il y a également un coût indirect, puisque lorsque l'effectif n'est pas suffisant il faut avoir recours à de l'intérim pour assurer ces lignes.

La direction des affaires médicales a également travaillé sur les conditions de travail des urgentistes. En 2018, a été mis en place le référentiel du temps de travail des urgentistes qui distingue le temps posté et le temps non posté¹⁴. Le temps dédié au travail posté est de 39 heures, soit 35 heures de travail hebdomadaires et 19 RTT¹⁵. La DAM travaille également, depuis quelques années, sur le type d'activités exercées par les urgentistes. L'établissement ne fonctionne plus sur des équipes distinctes entre le SAMU/SMUR¹⁶ et le service d'urgences. Désormais, les urgentistes sont recrutés sur les deux services, ce qui leur permet de faire des activités diverses. De plus, 75% d'entre eux exercent une partie de l'activité en-dehors du site de Brest. Pour la plupart, ils sont en temps partagé avec Carhaix, mais aussi avec Landerneau, l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA),

¹⁴ Décret DGOS n°2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

¹⁵ Réduction du Temps de Travail

¹⁶ Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Morlaix ou Quimper. Cela leur permet, tout en étant aux urgences, de travailler dans des services avec une charge de travail et une pression moins importante.

L'ensemble de ces mesures ont montré leur efficacité puisqu'elles ont permis de répondre en partie aux difficultés de recrutement dans ces services. Cela confirme que l'un des enjeux principaux de l'attractivité c'est la valorisation du temps de travail et les conditions d'exercice. Toutefois, ces mesures représentent un coût pour l'établissement et ne suffisent pas à répondre au défi de l'attractivité de l'établissement.

1.3. L'ensemble de ces facteurs sont à l'origine d'une augmentation très importante du recours à l'emploi médical temporaire et des dépenses liées

1.3.1. Le phénomène de raréfaction du temps médical disponible, a entraîné un recours croissant à l'emploi médical temporaire

Nous l'avons vu précédemment, les tensions sur la démographie médicale, l'augmentation de la demande de soins hospitaliers liée, entre autre, au vieillissement de la population et aux difficultés d'accès aux soins de ville, la concurrence des établissements du territoire et le déficit d'attractivité du CHRU de Brest, sont autant de facteurs qui participent au manque de temps médical disponible sur le territoire et aux difficultés de recrutement de l'établissement.

Ce phénomène de raréfaction du temps médical disponible se trouve renforcé par l'arrivée de nouvelles générations de médecins, qui aspirent à un meilleur équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. En effet, comme le souligne notamment le rapport Le Menn¹⁷, « *l'attractivité de l'exercice médical est de plus en plus tributaire de l'impact des mutations sociétales qui se sont accélérées depuis ces quarante dernières années ; il en est ainsi de l'aspiration de nos concitoyens à un cadre de vie et à un*

¹⁷ Le MENN J., L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Rapport, 23 juin 2015

environnement de qualité mais aussi à pouvoir bénéficier d'une existence hors travail la plus épanouissante possible ». Le rapport des jeunes praticiens à leur travail et aux hiérarchies professionnelles se transforme. Cette nouvelle génération de praticiens, plus attentive à l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, ne souhaite plus s'engager dans une carrière qui s'apparente davantage à une vocation qu'à un métier. Ainsi, à effectif constant, cela induit donc une diminution du temps médical disponible. Par exemple, les praticiens choisissent davantage que par le passé un exercice à l'hôpital à temps partiel plutôt qu'à temps plein.

La diminution du temps médical disponible, à effectif constant, est renforcée par la mise en conformité avec la réglementation européenne sur le temps de travail. Trois réformes ont ainsi contribué à marquer « *le passage à une nouvelle philosophie du temps de travail pour les médecins hospitaliers* »¹⁸. ▪ Tout d'abord, l'arrêté du 8 novembre 2013¹⁹, introduit une meilleure valorisation des astreintes pour les praticiens seniors, en intégrant au sein du temps de travail effectif le temps déplacé à l'hôpital en période d'astreinte, ainsi que des temps non cliniques. ▪ Ensuite, le décret du 22 décembre 2014²⁰, a entraîné une réforme du temps de travail des urgentistes, en identifiant notamment un temps dédié au travail posté de 39 heures et un temps forfaitisé réservé aux activités non cliniques. La diminution du temps médical disponible liée à cette réforme a été évaluée à 20%. Selon une enquête inter-CHU réalisée en janvier 2015, c'est ainsi 277 ETP supplémentaires qui seraient nécessaires au sein des CHRU pour aboutir à l'effectif médical cible, en prenant comme base 39 heures de temps clinique posté. Ceci est d'autant plus problématique qu'il s'agit là d'une profession à la démographie tendue, que ce soit nationalement ou localement. ▪ Enfin, le décret du 26 février 2015²¹, a réformé le temps de travail des internes en diminuant leurs obligations de services.

C'est pour faire face à ce manque de temps médical disponible et aux difficultés de recrutement liées, que les établissements publics de santé ont dû progressivement augmenter, de façon très importante, leur recours à l'emploi médical temporaire.

¹⁸ DREXLER A., MARINGUE G., « *Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des Danaïdes ou investissement d'avenir ?* », Revue hospitalières de France, n°572, 2016, p32-39.

¹⁹ Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

²⁰ Décret DGOS n°2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

²¹ Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.

Auparavant, le recours à l'emploi médical temporaire était utilisé afin de faire face à un problème conjoncturel. Il était notamment utilisé pour remplacer des départs en congés statutaires, pour compléter les équipes lors des périodes estivales et de vacances scolaires ou pour renforcer les équipes lors de hausses temporaires d'activité et d'épidémies. Toutefois, « *il est désormais utilisé comme une bouée de secours pour palier à un problème structurel, celui d'un hôpital en pénurie chronique de certains spécialistes* »²². Ainsi, le principal motif justifiant le recours à l'intérim est devenu le remplacement de postes vacants. En effet, de nombreux établissements publics font désormais face à un nombre important de postes vacants de personnels médicaux, et ce dans plusieurs spécialités. A titre d'exemple, au 1^{er} janvier 2017, le taux de vacance statutaire des postes de praticiens hospitaliers (PH) s'élevait en moyenne à 26,5% pour les praticiens à temps plein et à 46,1% pour les PH à temps partiel, avec une hétérogénéité importante en fonction des spécialités – 38,5% pour la radiologie et l'imagerie médicale par exemple. Le rapport VERAN présente des statistiques inquiétantes, qui montrent qu'il ne s'agit pas d'un phénomène temporaire : « *il n'y a qu'un candidat aux fonctions de praticien hospitalier pour deux postes vacants. On peut en conclure que deux tiers des postes sont des postes occupés au long cours par des praticiens temporaires, certains sous la forme de contrats réguliers dans l'attente d'une titularisation, mais beaucoup sous la forme de contrats de courte durée. Au total, toutes spécialités confondues, ce sont 7000 postes concernés* »²³.

Deux autres indicateurs témoignent d'un recours croissant et dans la durée à l'emploi médical temporaire. ▪ Le premier est le nombre de démissions de praticiens hospitaliers, qui évolue à la hausse. Il s'agit du deuxième motif de sortie définitive de la fonction publique hospitalière (17,1% en 2012, contre 15,7% en 2011), après les départs à la retraite (76,5%). Les démissions atteignent 26,2% chez les radiologues. ▪ Le second est le nombre de médecins temporaires à l'hôpital public. Aucune structure nationale n'a de compétence pour les répertorier. Il est donc impossible de connaître précisément ce chiffre. Le rapport VERAN tente toutefois de le déduire :

²² VERAN O., *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Rapport, Décembre 2013

²³ IDEM

Certaines spécialités enregistrent des taux de vacance importants (35% en imagerie, par exemple). Mais un poste vacant n'est pas un poste inoccupé. Certains postes sont occupés à titre transitoire par un assistant, ou un praticien contractuel en attente de valider le concours de la fonction publique hospitalière.

Certaines spécialités attirent peu de candidats au concours d'entrée dans la fonction publique hospitalière. C'est le cas en anesthésie réanimation, avec 0,5 candidat par poste de praticien hospitalier. On peut en déduire que les deux tiers des postes sont donc des contractuels subits.

Si l'on soustrait à la population de médecins contractuels assistants, les attachés et autres statuts répertoriés comme correspondant à des contrats de durée moyenne à longue (ex : cliniciens hospitaliers), il reste environ 6000 personnes physiques⁷.

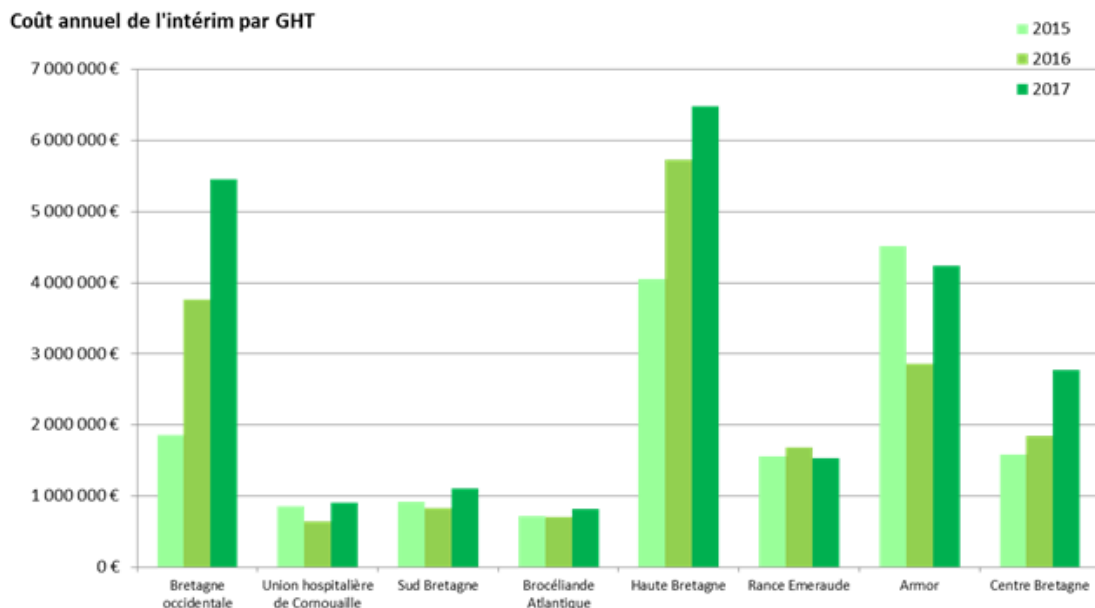
Ainsi, le nombre de médecins temporaires à l'hôpital public peut être estimé à 6000, auxquels il faut ajouter les nombreux médecins effectuant des missions occasionnelles, en plus de leur activité régulière.

1.3.2. Ce recours croissant à l'emploi médical temporaire a entraîné mécaniquement une augmentation des dépenses liées, et particulièrement au CHRU de Brest

Dans son rapport de 2013, Olivier VERAN, neurologue et député de l'Isère, affirme que le recours à l'emploi médical temporaire « *plombe les comptes de l'hôpital public et coûte concrètement 500 millions d'euros* ».

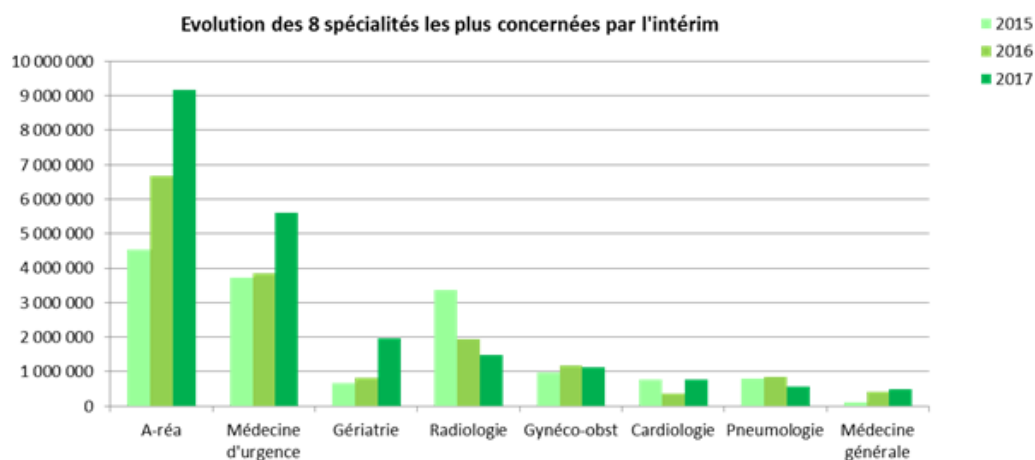
En Bretagne, pour 19 établissements publics, le recours à l'emploi médical temporaire a représenté en 2017 un coût total de 23 300 915 €. Ce chiffre est en forte augmentation par rapport à 2016 puisqu'il était de 18 051 276 €, soit une croissance de +29,08%. En particulier, il est observé une forte augmentation des dépenses d'intérim pour les GHT de Centre Bretagne (+50,78%), d'Armor (+48,37%) et de Bretagne Occidentale (+44,89%), ce dernier étant le groupement hospitalier de territoire du CHRU de Brest.

Evolution du coût du recours à l'intérim 2015 à 2017



Les deux spécialités les plus impactées par cette forme de recrutement demeurent l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence. A elles seules, elles représentent 63,44% des dépenses totales d'intérim de la région en 2017. Les dépenses en anesthésie-réanimation ont progressé de 37% entre 2016 et 2017, et constituent plus de 39% des dépenses totales. Les dépenses de médecine d'urgence progressent quant à elles de près de 46%, et représentent 24% des dépenses totales.

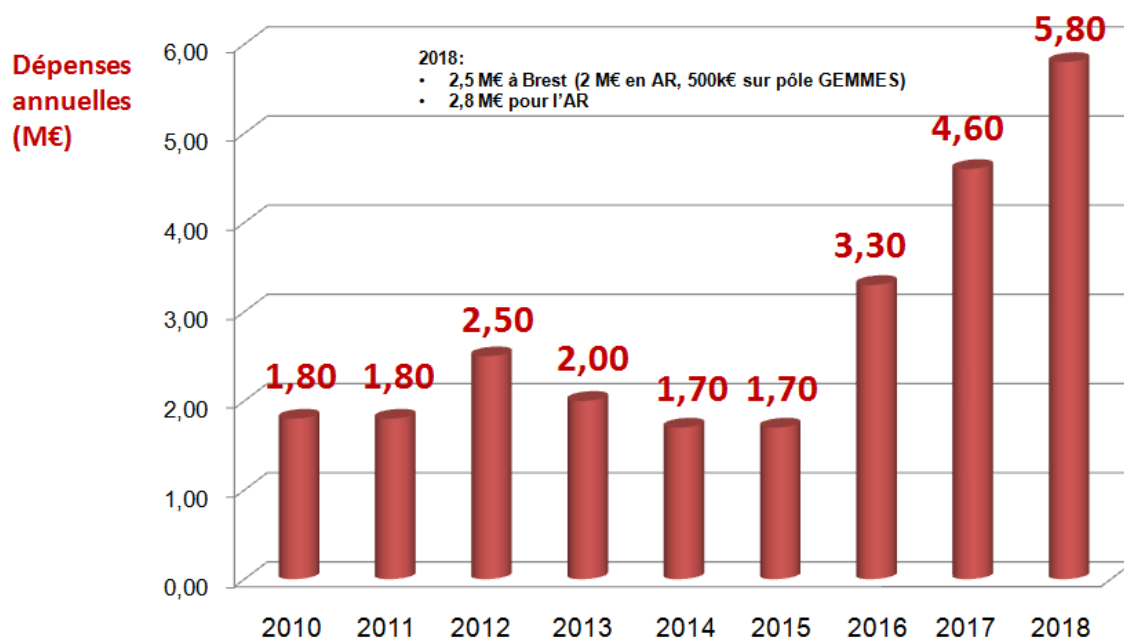
Spécialités les plus concernées par l'intérim médical en 2017



Les huit spécialités les plus sollicitées pour l'intérim englobent un montant cumulé de dépenses supérieur à 21 M€ et 91% des dépenses totales.

Au sein du CHRU de Brest, les dépenses liées au recours à l'emploi médical temporaire progressent de façon significative depuis 2015. Ainsi, en 2018, avec une dépense de près de 6M€, il s'agit du CHU avec la plus forte dépense d'intérim de France.

Depuis 2015, les dépenses d'intérim ont été multipliées par 3,4, passant de 1 700 000 € en 2015, à 5 800 000 € en 2018. Plusieurs facteurs expliquent cette évolution. ▪ Tout d'abord, il faut notamment souligner la grande fragilité des organisations médicales du site de Carhaix (+ 800 000 € par rapport à 2017). En 2018, plusieurs départs de praticiens non prévus sont intervenus (chirurgie viscérale, SSR, médecine polyvalente), se surajoutant à une démographie médicale déjà très dégradée sur le site. ▪ Ensuite, le déficit d'anesthésistes-réanimateurs perdure sur les sites de Brest (Morvan et Cavale Blanche), et des départs non prévus sont venus atténuer l'effet des recrutements réalisés (+ 380 000 €).



La progression de cette dépense liée au recours à l'emploi temporaire pèse lourdement sur le taux de marge de l'établissement. En effet, cela correspond à 1,2 point de taux de marge sur le budget H. Dans le cadre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2019, présenté à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) le 29 janvier dernier, il était prévu une diminution des dépenses d'intérim médical pour 2019. Or, dès le printemps, cette prévision a été revue pour finalement conclure à une augmentation certaine de ces dépenses en 2019.

*

*

2 Le recours à l'emploi médical temporaire présente un certain nombre de limites qui incitent les établissements du territoire à s'associer afin de construire des réponses communes

2.1. Les limites du recours à l'emploi médical temporaire

2.1.1. Au-delà de son coût, la rémunération des médecins intérimaires pose question, d'autant plus qu'elle ne respecte pas toujours le cadre réglementaire

Les hôpitaux n'ont que peu d'autonomie concernant la rémunération de leur praticien, et notamment de leurs intérimaires. Un cadre juridique a été défini par le législateur afin d'éviter les dérives liées au développement de cette pratique et à l'accroissement des coûts liés. Toutefois, ce cadre peine à être respecté.

La loi du 3 août 2009²⁴ introduit l'article 9-3 au sein de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière²⁵. Cet article prévoit que les établissements publics de santé peuvent avoir recours aux services des entreprises d'intérim dans les conditions de l'article L. 1251-1 et suivants du code du travail. En application de ce cadre légal, les intérimaires devraient percevoir une rémunération équivalente à celle que percevraient des praticiens hospitaliers de compétence et d'expérience comparables. *« Le contrat de mise à disposition établi pour chaque salarié comporte (...) le montant de la rémunération (...) que percevrait dans l'entreprise utilisatrice, après période d'essai, un salarié de qualification professionnelle équivalente occupant le même poste de travail »* (article L.1251-43). Ce cadre juridique a été renforcé en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé²⁶. En effet, son article 136 modifie l'article L. 6146-3 du code de la santé publique : *« Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont*

²⁴ Loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique

²⁵ Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

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

fixées par voie réglementaire ». Toutefois, en l'absence de décret d'application, cette loi est amputée de sa valeur juridique.

Les dispositions statutaires prévoient la possibilité de rémunérer les médecins intérimaires sur la base de la grille des praticiens titulaires mais à titre dérogatoire au 4^{ème} échelon majoré de 10%. Cela correspond à un plafond de 219 euros nets par jour. Or, ce tarif n'est pas attractif et ne permet pas de recruter des intérimaires. Dans la pratique, c'est le médecin intérimaire qui négocie sa rémunération. Le rapport de force joue en sa faveur puisque l'établissement est contraint d'assurer la continuité de service. Il n'est ainsi pas rare que les directeurs prennent le risque de déroger à la réglementation, en proposant une rémunération largement supérieure à celle prévue par les statuts. Le directeur général du CHRU de Brest, Philippe El Saïr, avait affirmé à l'époque où il dirigeait l'hôpital de Villefranche-sur-Saône (Rhône) : *« Moi aussi j'ai recours à des mercenaires que je paie en dehors de tout cadre légal. C'est ça où je ferme mon hôpital »*. Pourtant, en contraignant le comptable de l'établissement à procéder à une dépense non conforme, le directeur met en jeu sa responsabilité directe, sur ses fonds propres. Les chambres régionales des comptes dénoncent régulièrement cette pratique. Pour autant, peu d'inspections sont réalisées, et peu de directeurs sont en pratique condamnés, hormis quelques amendes, en général non publiées.

Ainsi, dans les faits, la rémunération des intérimaires dépasse très souvent le plafond fixé par les statuts, de 219 euros nets par jour.

Les niveaux de rémunération pratiqués par les agences d'intérim et les sociétés de recrutement sont bien supérieurs à ce plafond. En pratique, la rémunération d'un intérimaire varie généralement entre 600 à 800 euros nets pour une journée. Le calcul de la rémunération du médecin intérimaire pose question. Il repose sur le nombre d'heures effectuées, et se compose ainsi :

- Du salaire de référence prévu par l'article L. 1251-18 et L. 1251-43 du code du travail. Le salaire de référence est défini comme celui que percevrait dans l'entreprise utilisatrice, après période d'essai, un salarié de qualification équivalente occupant le même poste de travail (art. L. 1251-43 CT).
- De deux indemnités : l'indemnité de fin de mission (10% du salaire qui compense le caractère temporaire de la mission) et l'indemnité compensatrice de congés payés (10% car l'intérimaire ne prend généralement pas ses congés durant la période de mission).

Quand un praticien hospitalier à une rémunération d'environ 260 euros nets par jour, un médecin intérimaire perçoit en moyenne 650 euros nets par jour. Au CHRU de Brest, par exemple, les anesthésistes en mission d'intérim sont rémunérés 800 euros nets par jour. De la même façon pour une garde de 24 heures, qui passe de 600 euros à 1300 euros nets pour un médecin intérimaire.

De plus, le coût pour l'hôpital va bien au-delà de la rémunération de l'intérimaire. En effet, il faut y ajouter parfois, la prise en charge des frais de repas, d'hébergement et de déplacement des professionnels, à des tarifs aux frais réels (tarifs pourtant plafonnés par décret). Il faut également inclure le coefficient de facturation des agences d'intérim :

- 10% d'indemnité de fin de mission et 10% d'indemnités de congés payés (21% du salaire de référence)
- 50% de charges patronales qui s'appliquent sur la rémunération totale (50% de 121 = 60,5% du salaire de référence).
- La rémunération des services apportés par l'agence d'emploi (marge brute de 9 à 10%, une fois les charges et primes payées, soit 50 euros nets par jour et par contrat).
- Un taux de TVA de 19,6% qui vient majorer la facturation de la prestation.

En tenant compte des indemnités spécifiques, des frais d'hébergement et de transport, la prise en charge des repas, les frais d'agence, et les diverses charges, le coût global du recours à un médecin intérimaire est au moins multiplié par deux. Le rapport VERAN²⁷ estime le coût d'une journée d'intérim à 1370 euros TTC en moyenne, soit plus du triple du coût normal d'une journée de travail pour un praticien hospitalier. Ainsi, « *en tenant compte des intérimaires médicaux qui représenteraient 6000 médecins, le coût de l'emploi temporaire médical pour les hôpitaux s'élèverait à 500 millions d'euros* ». Enfin, au-delà de ce coût direct, il faut tenir compte du coût indirect de gestion par la Direction des Affaires Médicales (DAM). Un agent à temps plein (un équivalent temps plein) est chargé de gérer les situations nécessitant le recours à de l'emploi médical temporaire, et l'attaché d'administration de la direction y passe environ 30% de son temps. En somme, environ 10% du temps de l'équipe de la DAM est consacré à la gestion de l'emploi médical temporaire.

²⁷ VERAN O., *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Rapport, Décembre 2013

2.1.2. Un recours structurel à l'emploi médical temporaire impacte la qualité de prise en charge des patients et est assez mal accepté par les professionnels médicaux de l'établissement

Un recours régulier à l'emploi médical temporaire pose régulièrement la question de la qualité et de la sécurité des soins. Non pas que les médecins intérimaires seraient par défaut moins compétents que les autres, mais également en raison d'une méconnaissance de l'établissement et du service dans lequel ils vont être amenés à exercer.

La seule condition requise par les établissements pour recruter un médecin intérimaire est l'inscription à l'ordre des médecins des candidats. Il s'agit de la seule information rendue disponible par les sociétés prestataires. Il n'existe aucune obligation de formation continue, ou d'évaluation des compétences de ces professionnels. Cela est particulièrement ennuyeux lorsque le professionnel concerné n'a pas exercé pendant une période prolongée, voire plusieurs années. Certaines agences d'intérim effectuent un monitoring de la qualité des missions via un questionnaire auprès des établissements, et se donne le droit de renvoyer un médecin ne donnant pas satisfaction. Dans les faits, ce sont souvent les établissements eux-mêmes qui réalisent et partagent entre eux, des « listes noires » des intérimaires ayant fait preuve d'un manque de compétence et d'investissement manifeste.

Au-delà des compétences des médecins intérimaires, qui sont parfois d'excellents professionnels, ce qui peut poser problème c'est leur méconnaissance de l'environnement, de l'établissement et de l'unité de soins dans laquelle ils vont exercer. La multiplication de missions temporaires ne favorise pas l'implication dans le projet médical de l'établissement. Elle ne permet pas non plus de connaître les procédures propres à chaque établissement, à chaque unité de soins parfois, et de maîtriser les logiciels informatiques. Ceci est d'autant plus inquiétant à l'heure où presque tous les hôpitaux disposent d'un logiciel de prescription qui leur est propre. Le risque d'erreur est alors plus important. Enfin, la multiplication de missions temporaires ne permet un suivi au long cours des malades et un investissement auprès d'eux dans le service. Au CHRU de Brest, la durée moyenne de séjour (DMS) a tendance à s'allonger dans les services ayant recours de façon croissante à l'emploi médical temporaire. Le Directeur des Affaires Médicales (DAM) du CHRU nous confiait ainsi : *« C'est désorganisant pour les équipes parce qu'elles ont besoin d'un médecin, elles ont besoin de réponses, elles ont besoin d'organiser les sorties, et cela ne participe pas à faire tourner les lits. Au final, la qualité*

de la prise en charge est moins bonne, les DMS sont allongées, et cela fait une note salée sur le plan économique ».

Si le développement du recours à l'emploi médical temporaire pose la question de la qualité de la prise en charge du patient, il interroge également la gestion de ce phénomène, et notamment au sein des services.

La multiplication du recours à des missions temporaires complexifie parfois l'organisation des services, habitués à travailler avec des professionnels qu'ils connaissent et en lesquelles ils ont confiance. Lorsque le médecin intérimaire est inconnu du reste de l'équipe, cela peut engendrer un stress supplémentaire lié au risque notamment de mauvaise interprétation du diagnostic médical. De plus, ce type d'exercice entre en confrontation avec la conception du métier de médecin et les principes éthiques et déontologiques de certains praticiens hospitaliers. Etant donné le montant des rémunérations des intérimaires, il peut être envisagé que certains d'entre eux sont motivés par le seul aspect lucratif de la mission qu'ils ont vocation à occuper. Cette hypothèse interpelle sur les motivations d'un professionnel de santé appelé à soigner des patients. De la même manière, le comportement de certains intérimaires témoigne d'un manque d'investissement dans leur mission de soins. Au CHRU de Brest, il est arrivé que des intérimaires quittent leurs fonctions plusieurs heures avant le terme sans prévenir le chef de service, ou que d'autres annulent la mission la veille pour le lendemain. Ce comportement, qualifié par certains de mercenariat, ne concerne bien entendu pas l'ensemble des médecins intérimaires. Ce sont toutefois des situations courantes.

Ces difficultés d'organisation et de gestion se ressentent également dans les relations avec les praticiens de l'établissement. Les différences de rémunération et la qualité parfois contestable de la prise en charge par les médecins intérimaires sont mal acceptées par les professionnels du CHRU. *« Pour résumer, ils sont payés beaucoup moins pour faire le même travail, en le faisant beaucoup mieux, à la longue c'est un peu fatigant »* (Directeur des Affaires Médicales du CHRU de Brest). Si dans un premier temps, le recours à l'emploi médical temporaire a pour objectif de soulager les équipes et se fait souvent à leur demande, sur la durée, il est très mal accepté par les équipes. L'intervention de Didier REA dans le journal du syndicat des Praticiens Hospitaliers²⁸, en 2011, en témoigne : *« L'hôpital change, il mise désormais plus sur les équilibres financiers immédiats et moins sur les organisations de travail à long terme. Pourquoi les frais annexes sont-ils remboursés aux intérimaires ? Pourquoi paie-t-on à un tel niveau*

²⁸ REA D., Journal du Syndicat des Praticiens Hospitaliers, n°57, Juin 2011.

une journée normale de travail de remplaçant hospitalier ? Pourquoi refuse-t-on à certains praticiens hospitaliers le paiement de leur temps additionnel ? Autant d'interrogations qui renvoient sur la place du médecin hospitalier titulaire, dans l'hôpital public. Autant de certitudes qui vacillent, quand la nouvelle marque de reconnaissance hospitalière privilégie les « outsiders » ou intérimaires libres aux « insiders » titulaires sous contrainte ».

2.2. Les critiques qui peuvent être formulées vis-à-vis d'un recours récurrent et structurel à l'emploi médical temporaire ont conduit les établissements de la région à s'associer

2.2.1. Une stratégie régionale portée par la FHF Bretagne et l'Agence régionale de Santé

Une dynamique de rapprochement des établissements de la région, a été portée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Fédération Hospitalière de France (FHF) Bretagne.

Une position collective de l'ensemble des établissements publics de santé de la région était nécessaire pour faire face aux difficultés de recrutement et au développement du recours à l'emploi médical temporaire que cela engendre. C'est pour cette raison, qu'en région Bretagne, sous l'impulsion de la FHF, les établissements publics de santé ont arrêté une « stratégie régionale de l'intérim » avec les objectifs suivants : ▪ Le respect de la réglementation par les établissements hospitaliers de la région ; ▪ La mise en place de mécanismes de solidarité pour les établissements en difficulté ; et ▪ La volonté de réduire les coûts et de maîtriser les dépenses.

Cette stratégie a été travaillée de manière collective avec les Directeurs des Affaires Médicales (DAM) des huit établissements support des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) de la région, à partir de janvier 2018. Concrètement, des réunions se

sont tenues le 9 janvier, le 11 janvier et le 29 juin 2018. Une réunion des directeurs et des présidents de Communauté Médicale d'Établissement (CME) des établissements support de GHT a ensuite été tenue le 30 mars 2018. Cela a permis de préparer les trois ateliers de travail réunis les 25 mai, 6 juin et 29 juin 2018. C'est par ce travail de co-construction de solutions communes, que l'ensemble des hôpitaux publics de la région se sont mis d'accord sur l'utilisation de trois nouveaux outils : ▪ La création d'un observatoire de l'intérim permettant d'avoir une meilleure visibilité sur les besoins en ressources médicales de la région ; ▪ La signature d'une charte de bonnes pratiques présentant les engagements principaux pour éviter la surenchère entre établissements sur le sujet de l'intérim ; ▪ La mise en place d'un marché intérim régional.

Le travail collectif réalisé a permis aux établissements publics de santé de Bretagne de s'accorder sur cinq engagements principaux, présentés dans une charte de bonnes pratiques.

- Le premier engagement consiste en l'application du décret du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires²⁹, qui précise le cadre du recours à l'intérim et fournit des outils permettant de mieux le maîtriser. L'enjeu collectif est de s'engager dans une politique de convergence des tarifs appliqués et ce afin d'éviter tout effet d'éviction qui mettrait les établissements en difficulté sur le long terme. Pour ce faire, il s'agit dorénavant de mettre fin à la contractualisation du gré à gré afin que tous les établissements appliquent ce nouveau dispositif. Toutefois, si temporairement le gré à gré continue d'exister, les établissements doivent s'engager à ce que les rémunérations respectent les propositions du décret, à savoir un plafond de 1404,05 euros (brut/24h) en 2018, de 1287,05 euros (brut/24h) en 2019, et de 1170,04 euros (brut/24h) en 2020. L'objectif est d'éviter les stratégies concurrentielles de « dumping » et de rendre plus attractifs les postes médicaux hospitaliers, dont l'intérim est une conséquence qui tend à entretenir le phénomène et à l'amplifier.

- Le deuxième engagement vise à se prémunir des comportements individuels et concurrentiels en assurant la transparence des informations, notamment concernant les pratiques de rémunération des médecins remplaçants. L'objectif est d'éviter tout phénomène de concurrence déloyale induit par le maintien de pratiques de rémunération distinctes. Pour ce faire, les établissements se sont engagés à s'informer mutuellement de toute présence d'intérimaire issu de la fonction publique hospitalière, et

²⁹ Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé

particulièrement l'établissement dont est originaire le praticien intérimaire. Un observatoire des pratiques tarifaires a également été mis en œuvre.

- Le troisième engagement est d'encourager le respect des règles de bonnes pratiques. Pour ce faire, les établissements doivent informer la FHF, le conseil de l'ordre, le Centre National de Gestion (CNG) et les autres établissements de la région, de toute pratique qui serait contraire aux valeurs défendues par le service public hospitalier dans la mise en œuvre de l'intérim médical. Par exemple, les établissements s'engagent à ne pas recruter un praticien qui aurait exigé une rémunération dérogatoire auprès d'un autre établissement. De la même façon, les établissements s'engagent à communiquer entre eux le nom des praticiens intérimaires qui ne respectent pas la réglementation de non-cumul avec un poste de praticien hospitalier titulaire temps plein et à communiquer entre eux les difficultés rencontrées avec des praticiens intérimaires dans l'exercice de leur mission.

- Le quatrième engagement définit des règles de solidarité entre les établissements publics de santé de la région. Par exemple, les établissements doivent désormais échanger entre eux lors des périodes de tensions démographiques pour rechercher des solutions communes. Dans ce cadre, ils s'engagent à « *tenir compte de manière bienveillante de l'hétérogénéité objective de l'attractivité des établissements bretons* »³⁰. De la même façon pour les projets médicaux-soignants partagés, les établissements s'engagent à mettre en place des équipes territoriales mutualisées, à coordonner leur recherche d'intérim au sein des GHT et à encourager les démarches de solidarité au sein ou entre les GHT.

2.2.2. L'intégration dans le marché régional de l'intérim médical

Le cinquième engagement sur lequel se sont accordés l'ensemble des établissements publics de santé breton est l'intégration dans le marché régional de l'intérim médical.

L'application de tarifs distincts pour les médecins remplaçants met en difficulté les établissements les moins attractifs, sur lesquels pèse le plus fortement la difficulté à assurer la permanence des soins. De plus, la concurrence qu'elle induit n'est pas éthiquement acceptable dans le cadre d'une solidarité inter-établissements. Afin de se

³⁰ FHF, *Charte régionale sur l'intérim médical en région Bretagne*, 2019

prémunir de ces comportements individuels guidés par la nécessité impérieuse de continuité des soins, les établissements ont souhaité créer un marché régional de l'intérim médical. Ce marché public prend la forme d'un accord cadre régional, avec des marchés subséquents par groupement hospitaliers de territoire, signé par l'ensemble des établissements publics de santé de la région.

Les établissements publics de santé bretons se sont engagés dans l'accord-cadre régional de marché d'intérim, pour une mise en œuvre effective au cours du premier semestre 2019, et à ne plus recourir aux contrats de gré à gré pour leurs besoins de remplacement. Ce marché régional, d'une durée de quatre ans, offre des perspectives de maîtrise à la fois technique, médicale, et financière, de l'intérim médical par les établissements. La mise en œuvre d'un tel marché au niveau régional était une première nationale, qui a suscité l'intérêt de plusieurs autres régions.

La mise en œuvre effective d'un tel marché présente toutefois des difficultés importantes qui n'ont, à ce jour, pas été dépassées. Ainsi, alors qu'elle devait avoir lieu au premier semestre 2019, la mise en œuvre a été décalée à septembre, laissant planer un doute sur le déploiement réel du marché d'intérim régional.

La mise en œuvre d'un marché régional de l'intérim médical est difficile et peut être risquée pour les établissements de la région. En effet, l'idée est de renverser le rapport de force qui existe entre d'un côté la demande des hôpitaux en temps médical, et de l'autre l'offre de travail des médecins intérimaires. Actuellement, la demande en temps médical est tellement importante, que le prix de l'intérim a tendance à augmenter. D'une certaine façon, il s'agit d'un modèle classique d'offre et de demande, le prix de l'intérim constituant le prix d'équilibre. En fixant un prix de l'intérim plus faible, l'objectif est bien évidemment de diminuer le coût du recours à l'intérim, mais il est surtout d'encourager les médecins intérimaires à se tourner vers l'exercice hospitalier. Ainsi, cela permettrait de diminuer les besoins en emploi médical temporaire. Or, ce principe est complexe à mettre en œuvre en région, car le risque est que les médecins intérimaires, mobiles, quittent la région pour exercer dans les régions limitrophes n'ayant pas mis en œuvre un tel marché. Ainsi, la mise en œuvre du marché fait craindre aux établissements le départ des médecins intérimaires, donc une mise en danger de la permanence des soins sur la région. De ce fait, alors que le marché devait s'appliquer au 1^{er} juillet 2019, sa mise en œuvre a été reportée au 1^{er} septembre. L'ensemble des établissements avait pourtant d'ores et déjà signé leur intégration dans le marché.

C'est lors d'une réunion organisée par la FHF Bretagne le 25 mars dernier, que les premiers doutes sont apparus. Les difficultés à remplir les plannings pendant la période d'été, y compris en ayant recours à l'intérim, ont créé l'inquiétude. La situation était notamment critique pour les établissements de Saint-Malo et Dinan. Pour exemple, lors d'une réunion du 24 juin, ils déploraient qu'aucune plage d'anesthésie, de la maternité de Dinan, n'était couverte, pour la semaine suivante. Ainsi, à partir du 5 juillet, les accouchements ont été suspendus pour l'été faute d'anesthésistes en nombre suffisant. Face aux difficultés de recrutement pour l'été, le CHU de Rennes a demandé le décalage de la mise en œuvre du marché au 1^{er} septembre : *« Ce n'est pas un manque de solidarité, car nous avons été très engagés dans ce marché, mais c'est un constat face à une situation qui s'est dégradée. Si nous persistons, nous allons avoir une situation explosive sur le plan sanitaire. Cela est d'autant plus vrai que Pays-de-la-Loire ne se précipite pas pour entrer dans le marché. Il y aura une concurrence interrégionale. Selon moi, il serait donc irresponsable de mettre en œuvre le marché avant l'été »*³¹. Face à ces difficultés, un décalage général de la mise en œuvre du marché au 1^{er} septembre a été décidé, avec une possibilité de dérogation pour deux spécialités, l'anesthésie et les urgences, en cas d'absolue nécessité.

Si cette décision semble raisonnable, elle pose tout de même question. Qu'est-ce qui peut assurer que cette situation de tension, nécessitant un report de la mise en œuvre du marché, ne se répétera pas l'été suivant ? Ainsi, le directeur du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc exprimait ses inquiétudes à ce sujet : *« Je comprends tout à fait, mais ce qui me gêne c'est que nous pouvons tous être confronté à cette difficulté et que jusqu'à maintenant nous avons tous fait le pari que le marché parviendrait à répondre à nos difficultés. Ainsi, en décalant la mise en œuvre du marché, on déclare d'emblée qu'on ne croit pas qu'il pourra répondre à nos besoins »*³².

³¹ La directrice du CHU de Rennes, lors de la réunion du 25 mars 2019

³² Le directeur du CH de Saint-Brieuc, lors de la réunion du 25 mars 2019

2.3. La coordination et la construction d'une stratégie de groupe au sein du Groupement Hospitalier de Territoire

2.3.1. *La mise en place des GHT constitue une opportunité d'engager des démarches devant permettre de répondre au problème prégnant de la démographie médicale*

C'est la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui, dans son article 107, prévoit la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Son objet est de « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* »³³. Le décret du 27 avril, relatif aux groupements hospitaliers de territoire³⁴, viendra clarifier le rôle du CHU dans l'organisation de ce nouveau groupement. Il prévoit notamment que tous les GHT devront s'associer à un centre hospitalier universitaire (CHU) au titre des activités hospitalo-universitaires énumérées au IV de l'article L.6132-3 du code de la santé publique. Le CHU coordonnera ainsi, au bénéfice de l'ensemble des établissements parties, les activités d'enseignement, de recherche, de référence et de recours, mais surtout de gestion de la démographie médicale. De ce fait, les CHU se voient confier un rôle majeur en matière d'organisation de l'offre de soins et de gestion des compétences médicales, sur le territoire correspondant à celui de leur groupement, voire même au-delà, sur le territoire correspondant à celui de la subdivision universitaire de la faculté à laquelle ils sont liés. Le CHRU de Brest est l'établissement support du GHT de Bretagne Occidentale.



³³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107.

³⁴ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

La création des Groupements Hospitaliers de Territoire permet une dynamique nouvelle de territorialisation croissante des équipes hospitalières. Une prise en charge hospitalière territorialisée peut favoriser une meilleure prise en charge du patient, et offre aux praticiens plus de mobilité et de modularité dans l'exercice de leur profession. « *Les modalités de la coopération territoriale du CHU sont nombreuses : praticiens ou assistants partagés, mises à disposition, consultations avancées, constitution d'équipes territoriales, mise en place de protocoles communs, conférences hospitalo-universitaires, fédérations médicales inter-hospitalières* »³⁵. Le CHRU de Brest a su se saisir de l'opportunité créée par la mise en place des GHT, notamment par le développement du temps partagé.

Dès la création du Groupement Hospitalier de Territoire de Bretagne Occidentale (GHTBO), le CHRU de Brest a souhaité valoriser une organisation territoriale, afin de répondre au défi du manque de temps et de compétences médicales sur le territoire.

Le Directeur général, ainsi que le Président de la Communauté Médicale d'Établissement (CME) portent une logique de territorialisation croissante de l'organisation hospitalière. Comme l'affirme le Professeur Stindel, président de la CME, « *pour lutter contre la désertification et la sous-dotation de certaines zones, l'avenir passe par une organisation territoriale* ». Aujourd'hui cela passe principalement par le développement du temps partagé. En effet, 21% des praticiens du CHRU de Brest exercent en temps partagé sur plusieurs établissements et ce chiffre dépasse les 30% pour les activités médico-chirurgicales. C'est donc unique, le CHRU de Brest est l'un des établissements les plus territorialisés de France. C'est dans cette même logique qu'a été créée une unité de chirurgie viscérale territoriale, qui réunit les chirurgiens de Brest, Morlaix, Carhaix et de l'HIA. Ces derniers s'organisent pour mettre en place une offre de soins de jour et des gardes pour couvrir l'ensemble des sites. « *La mutualisation des compétences et des moyens permet de répondre aux besoins sur tout le territoire* » conclut le Professeur Stindel. Le travail à temps partagé entre Brest et Carhaix a été mis en place en 2008, suite à la fusion de l'hôpital de Carhaix avec le CHRU de Brest. Concernant le service d'orthopédie et traumatologie, il y a désormais trois praticiens de Brest qui interviennent à Carhaix, à hauteur de 20% de leur temps pour les deux premiers et à hauteur de 50% pour le troisième. Cela permet de compléter et de renforcer l'équipe en place, laquelle comprend deux chirurgiens. « *C'est une nouvelle organisation qui se met en place, car les praticiens s'installent dans la durée. En effet, auparavant les jeunes chefs de clinique qui*

³⁵ Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, Rapport, Novembre 2018

intervenait à Carhaix ne restaient pas, sans doute pour des raisons d'attractivité, et les équipes changeaient tous les deux ans », commente le Docteur L'Heveder, chef du Pôle neurolocomoteur gériatrique et infectiologique.

Le développement du temps partagé permet d'assurer une permanence médicale au niveau des gardes, ainsi que de répondre aux besoins des patients sur le territoire. De plus, les praticiens du CHRU développent l'activité en implantant des techniques nouvelles sur les autres établissements (par exemple, la pose de prothèses par voie antérieure à Carhaix). *« Nous apportons notre spécialité à l'hôpital. Ce qui est appréciable à Carhaix, c'est que l'hôpital reste à taille humaine. Ce fonctionnement nous permet une proximité encore plus grande avec les patients, mais aussi avec les agents de l'hôpital »* témoigne l'un des orthopédistes en temps partagé à Carhaix. Le travail à temps partagé se développe de plus en plus sur le territoire, avec une concertation entre les différents acteurs, au sein du GHT. L'hôpital de Landerneau est également doté de deux postes de chirurgiens dédiés au temps partagé. *« Nous allons pouvoir construire des filières plus stables. Les activités d'orthopédie sont souvent liées à la personne du chirurgien. Une présence durable contribue à renforcer la filière. Au niveau territorial, cela permet également de répondre aux besoins d'une population qui a de plus en plus de mal à accéder aux médecins et privilégie une réponse de proximité »,* conclut le Docteur L'Heveder, chef de Pôle.

2.3.2. De nouvelles perspectives de coopération territoriale

Au-delà du développement de l'exercice médical en temps partagé, de nouvelles perspectives de coopération territoriale pourraient être envisagées au CHRU de Brest. La première d'entre elles est la création d'un « pool de remplacement régional ».

Le CHRU de Brest pourrait piloter le développement d'un « pool » de médecins cliniciens, contractuels, ou intérimaires, remplaçants, au niveau du GHT, et qui aurait vocation à s'étendre, à terme, au niveau régional. Ces médecins, attachés au service public hospitalier, mais n'ayant pas encore opté pour le statut de praticien hospitalier, intégreraient un parcours de mobilité professionnelle. Il s'agirait d'un parcours de remplacement et de formation entre les structures, en fonction des spécificités que chacune à offrir. Concernant les médecins intérimaires, le pool aurait le mérite de créer une relation de confiance avec les praticiens hospitaliers. Les intérimaires qui auront été jugés les plus fiables par leurs pairs seront les premiers sollicités.

La création de ce pool passera par l'élaboration d'une liste partagée recensant les médecins disponibles sur le territoire pour réaliser des remplacements. Les établissements s'engagent à communiquer entre eux le nom des praticiens qui ne respectent pas la réglementation de non-cumul avec un poste de praticien hospitalier titulaire temps plein et à communiquer entre eux les difficultés rencontrées avec des praticiens intérimaires dans l'exercice de leur mission. L'objectif final serait d'alimenter une base de données régionale, sous la forme d'un listing des praticiens intérimaires recrutés sur la région Bretagne. Cette base de données pourra être complétée par les fiches d'évaluation des praticiens, complétées par les chefs de service, comportant quelques éléments d'appréciation (disponibilité, implication, assiduité, capacité de communiquer avec l'équipe médicale...etc.). La Direction des Affaires Médicales (DAM) de l'établissement du territoire qui recherchera un médecin remplaçant pourra ainsi décider de ne plus faire appel à un praticien dont les compétences ou l'implication auront été jugées trop faibles. Ce dispositif pourra être testé sur le GHTBO dès le deuxième semestre 2019 et sera suivi d'une évaluation au deuxième semestre 2020, pour une extension potentielle à la région en 2021, grâce à l'appui de la FHF Bretagne.

Une seconde perspective de coopération territoriale peut être trouvée dans l'expérimentation de la mise en œuvre d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) médicales à l'échelle du GHT.

Le déploiement d'une GPMC médicale de territoire permettra d'objectiver les besoins en effectifs médicaux à 3 et 5 ans et d'influer sur la détermination des postes ouverts en second et troisième cycle. En effet, la GPMC, aussi appelée GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences), est un outil de gestion des ressources humaines apparue dans le secteur privé au tournant des années 1980. Le Ministère de la Santé, dans son *Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, définit la GPEC comme « *la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines, tant en termes d'effectifs que de compétences, en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés, et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle* »³⁶. C'est dans son rapport de mai 2016, consacré à l'imagerie médicale en France (discipline en difficulté démographique), que la Cour des Comptes plaide en faveur d'une « *vision territoriale de la GPEC* »³⁷.

³⁶ Ministère de la Santé, *Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, 1997.

³⁷ Cour des Comptes, *L'imagerie médicale*, Rapport, avril 2016.

La territorialisation des problématiques de gestion de la démographie médicale et des réponses à ce problème démographique est attendue depuis longtemps. La mise en place des GHT permet cette approche territorialisée. Les bénéfices attendus d'une GPMC de territoire sont multiples. ▪ Tout d'abord, elle permettrait de répondre au manque d'outils de gestion prévisionnelle des ressources humaines médicales, sur le territoire mais également au sein de chacun des établissements du GHT, dont le CHRU de Brest. ▪ Ensuite, elle permettra de construire une vision stratégique et territoriale en matière de gestion des ressources humaines médicales. ▪ Enfin, le dispositif permettra d'aborder le problème de démographie médicale à son juste niveau, c'est-à-dire au moins au niveau territorial, si ce n'est au niveau de la subdivision universitaire. En pratique, un outil unique de suivi et de gestion, intuitif et anticipatif, devra être sélectionné et partagé (au moins) à l'échelle du GHT. Il pourra être financé sur le budget commun – budget « G ». Le calendrier de mise en œuvre pourra s'établir comme suit :

- 2^{ème} semestre 2019 : Cadrage stratégique, structuration de la démarche et présentation aux instances
- 1^{er} semestre 2020 : Choix et déploiement de la solution technique
- 2^{ème} semestre 2020 : Cartographie des postes de praticiens existant actuellement dans les établissements du GHT ; cartographie des besoins médicaux (par établissement et par spécialité) ; cartographie des ressources médicales qui seront potentiellement disponibles sur le territoire à 5 ans
- 2021 : Mise en place du dispositif dans les différents établissements du GHT et premiers résultats
- Fin d'année 2021 : Evaluation de la démarche et ajustements

*

*

3 Au-delà de la coopération territoriale, l'enjeu de l'attractivité et de la fidélisation des ressources médicales, se joue également au niveau de l'établissement et constitue désormais une nouvelle priorité stratégique pour le CHRU de Brest

3.1. La mise en place du plan pour l'attractivité de l'hôpital public, ainsi que des autres outils réglementaires disponibles, se révèle en pratique d'une efficacité variable pour l'établissement

3.1.1. Si les marges de négociation salariale de la DAM sont relativement limitées, une série de mesures réglementaires lui permet toutefois d'utiliser des incitatifs économiques

Compte tenu des contraintes réglementaires qui encadrent strictement la rémunération et la gestion statutaire du personnel médical à l'hôpital public, les marges de négociation salariale de la Direction des Affaires médicales (DAM) étaient limitées. Toutefois, depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire³⁸ (HPST) du 21 juillet 2009, une série de mesures réglementaires sont venues nuancer ce constat.

Par la création du contrat de clinicien hospitalier et du contrat d'engagement de service public (CESP), la loi dite HPST de 2009 témoigne d'une prise de conscience des nouvelles aspirations du corps médical, ainsi que de la nécessité de favoriser l'attractivité de l'hôpital public. Comme le nom du décret du 14 octobre 2010³⁹ l'indique, le contrat de clinicien permet le recrutement de médecins « *par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus* », car il permet d'offrir une rémunération plus attractive. En effet, la rémunération totale (part fixe et variable) est librement négociée dans la limite que constitue le 13^{ème} échelon du corps des PH temps plein augmenté de 65%. La détermination de la part variable, se fait sur proposition du chef de pôle et par décision du directeur. Elle dépend de l'atteinte ou non des objectifs fixés

³⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

³⁹ Décret n°2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus

contractuellement, et constitue donc un outil managérial intéressant. Ce statut temporaire, d'une durée de maximum six ans, permet de générer de l'ancienneté, le temps que le statut de PH devienne plus intéressant en termes de rémunération.

Le contrat d'engagement de service public (CESP) prévoit quant à lui que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle de 1200 euros bruts à partir de la deuxième année des études médicales, et jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, les étudiants signataire d'un CESP s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation - à choisir une spécialité moins représentée ou à exercer dans une zone où la continuité des soins est menacée. La majorité des postes sont ouverts en médecine générale mais ce dispositif couvre également des spécialités telles que la cardiologie, la radiologie ou l'ophtalmologie.

Depuis la loi dite HPST de 2009, de nombreux rapports sont venus confirmer les inquiétudes concernant la perte d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, appelant la mise en œuvre de nouvelles mesures.

Le rapport TOUPILLIER⁴⁰ de 2011, le rapport VERAN⁴¹ de 2013, le rapport FHF⁴² de 2014 et le rapport Le MENN⁴³ de 2015, sont autant de documents qui vont venir inspirer la rédaction du Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public présenté le 2 novembre 2015, par Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Structuré en trois axes et douze engagements amenés à être mis en œuvre dès le début de l'année 2016, ce plan a pour ambition d'inciter les professionnels de santé, en particulier les plus jeunes, à exercer à l'hôpital public. C'est de ce plan qu'est née la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (PECH)⁴⁴. Celle-ci permet aux assistants des hôpitaux et aux praticiens contractuels de s'engager, par la signature d'une convention passée avec le directeur d'un établissement de santé public, à exercer sur un poste dans une spécialité définie comme en tension localement ou nationalement. Le montant de la prime diffère selon qu'il s'agit d'une spécialité reconnue comme en tension au niveau national, local ou les deux :

⁴⁰ TOUPILLIER D., *Mission nationale relative à l'exercice médical à l'hôpital, demain*, Rapport, 27 mai 2011

⁴¹ VERAN O., *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Rapport, Décembre 2013

⁴² FHF, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale, Avril 2014

⁴³ LE MENN J., *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, 23 juin 2015.

⁴⁴ Décret n°2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière
Arrêtés du 14 mars 2017

- 10 000 € brut pour un engagement dans une spécialité figurant sur la liste nationale, c'est-à-dire l'anesthésie-réanimation ou la radiologie. La liste est fixée pour trois ans par l'arrêté du 14 mars 2017 (révisable annuellement). Elle concerne les spécialités présentant un niveau de vacance statutaire des PH temps plein supérieur de 20% au taux de vacances moyen et un nombre de vacances statutaires de postes de PH temps plein supérieur à 250.
- 20 000 € brut versé en deux fois pour un engagement dans une spécialité figurant sur la liste arrêtée localement par le DGARS pour 3 ans (révisable annuellement), sur proposition des directeurs d'établissements et après avis de la commission régionale paritaire.
- 30 000 € pour une spécialité qui cumule les deux difficultés.

En 2018, onze conventions PECH ont été signées au niveau du GHT de Bretagne Occidentale. Le CHRU de Brest a réalisé des demandes de conventions auprès de l'ARS concernant la médecine d'urgence, l'anesthésie-réanimation et la radiologie.

Le Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public a également été à l'origine du remplacement de la prime « multisites » par la Prime d'Exercice Territorial⁴⁵ (PET). La PET est destinée à faciliter l'organisation d'activités partagées du personnel médical entre plusieurs établissements et à valoriser financièrement l'investissement personnel des praticiens acceptant d'exercer leur activité sur des sites distants de 20 km au moins de leur site principal d'exercice. Le montant de la prime diffère selon la quotité de temps consacré à l'exercice territorial et est versé mensuellement au praticien par l'établissement où il est nommé ou recruté :

- 250 € brut pour une demi-journée par semaine
- 450 € brut pour deux à trois demi-journées par semaine
- 700 € brut pour quatre demi-journées par semaine
- 1000 € pour plus de quatre demi-journées ou pour quatre demi-journées sur au moins deux sites différents du site principal d'exercice.

Cette prime peut donc apporter un complément de rémunération intéressant dans le cadre du parcours d'un jeune médecin. Il s'agit d'un facteur d'attractivité pour l'établissement support, qui propose ainsi une meilleure rémunération, mais également pour les plus petits établissements qui bénéficient ainsi d'un temps médical que leur attractivité propre ne leur aurait pas permis d'obtenir.

⁴⁵ Décret n°2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière
Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prise d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques

3.1.2. Le déploiement de ces différentes mesures pose toutefois question en termes d'efficacité, comme en termes de coût

En termes d'efficacité, les établissements font un bilan en demi-teinte de ces mesures, dont l'impact réel est difficile à mesurer.

Si une mesure telle que la PECH apparaît pertinente au regard des difficultés de recrutement particulières de ces professions, elle est toutefois insuffisante pour combler le différentiel de rémunération considérable qui existe entre les secteurs public et privé pour ces spécialités. Cette mesure est donc susceptible de créer des effets d'aubaine pour ceux qui ont déjà fait le choix de l'exercice hospitalier, sans pour autant convaincre les autres jeunes professionnels concernés. De ce fait, il est très difficile de mesurer la capacité incitative de cette mesure.

De la même façon, si la PET représente un apport de rémunération supplémentaire pour un professionnel de santé dont la pratique est déjà multisites, elle n'est alors pas un facteur d'attractivité en tant que telle, et relève davantage de l'effet d'aubaine. De plus, dans un territoire en majorité rural comme celui de la Bretagne Occidentale, les établissements sont nécessairement éloignés les uns des autres, du fait d'une densité de population moindre, ce qui représente souvent un frein à la mobilité des médecins. C'est notamment le cas pour les sites de Carhaix, de Crozon, de Lanmeur ou de Morlaix. En effet, les temps de trajet pour rejoindre ces établissements depuis le site de Brest sont respectivement de 1h15 (89km), 1h (60km), 55 minutes (70km) et 45 minutes (62km).



En termes de coût, la mise en œuvre de ces mesures n'est pas neutre pour les établissements. Un paradoxe financier apparaît, puisqu'il s'agit de diminuer le coût du recours à l'emploi médical temporaire, par des mesures elles-mêmes coûteuses.

L'Agence Régionale de Santé Bretagne souhaite accompagner les établissements de la région en soutenant financièrement le dispositif de la PECH. Elle propose ainsi un accompagnement financier à hauteur de 50% dans la limite de 10 000 euros. Pour autant, la mise en place des mesures issues de la loi HPST de 2009 et du Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public de 2016, représentent un coût très important pour le budget des établissements. Par exemple, la PET n'est elle, pas du tout prise en charge financièrement par l'ARS. La logique de ces mesures était que leur mise en œuvre permettrait de « *diminuer les dépenses d'intérim dans les établissements, et que cette économie serait utilisable pour absorber les coûts du plan* »⁴⁶. Or, le CHRU de Brest est actuellement dans une situation où, malgré les dépenses liées à l'utilisation de ces mesures, les dépenses d'intérim ne cessent d'augmenter. La Direction des Affaires Médicales (DAM) est donc face à une situation contradictoire, qui est de répondre à une augmentation du coût lié au recours à l'emploi médical temporaire, par des outils coûteux.

De plus, l'impossibilité de concurrencer le secteur privé sur le terrain de la rémunération, du moins en ce qui concerne les spécialités en tension comme les anesthésistes et les radiologues, fait douter de l'efficacité d'une telle mesure. Une telle surenchère financière, avec les effets d'aubaine qu'elle est susceptible d'entraîner, pose la question de savoir si elle relève davantage de l'« *investissement d'avenir* » ou du « *tonneau des Danaïdes* »⁴⁷. Cela est d'autant plus vrai que, selon une enquête réalisée en 2011 dans le cadre de la mission Toupillier⁴⁸, les attentes des professionnels de santé portent en priorité sur l'amélioration des conditions de travail, la qualité du management médical ou l'intérêt des projets médicaux. En définitive, le « saupoudrage » de mesures de revalorisations financières à destination des praticiens (dont l'efficacité est interrogée tout en représentant un coût excessif pour les établissements), ne saurait à lui seul renforcer l'attractivité médicale de l'établissement.

⁴⁶ DREXLER A., « Attractivité médicale : comment traduire, sur le terrain, les annonces ministérielles ? », *Revue hospitalière de France*, n°573, 2016, pages 50-55

⁴⁷ DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des danaïdes ou investissement d'avenir ? », *Revue hospitalière de France*, n°572, 2016, pages 32-39

⁴⁸ TOUPILLIER D., *Exercice médical à l'hôpital*, rapport, septembre 2011.

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

3.2.1. Répondre aux nouvelles attentes des professionnels médicaux

L'attractivité et la fidélisation des professionnels médicaux ne peuvent reposer uniquement sur l'utilisation d'incitatifs économiques. Leur efficacité va dépendre de la capacité de l'établissement à répondre également aux attentes des praticiens.

Une impulsion institutionnelle doit être donnée au niveau de l'établissement afin de mettre à l'agenda un plan d'amélioration des conditions de travail des praticiens. En effet, si les marges de négociation salariale de la Direction des Affaires Médicales (DAM) sont limitées, compte tenu des contraintes réglementaires qui encadrent strictement la rémunération et la gestion statutaire du personnel médical à l'hôpital public, leurs marges de manœuvre concernant le déploiement d'innovations organisationnelles sont très importantes. L'objectif d'un plan d'action « attractivité médicale et qualité de vie au travail » est de se rapprocher au maximum du concept américain de *magnet hospitals*, ou hôpital magnétique en français. Il s'agit des hôpitaux qui parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel. La littérature évaluative internationale est d'une grande constante lorsqu'il s'agit d'identifier les facteurs de succès de ces hôpitaux magnétiques⁴⁹. « *Les variables constituant des incitatifs non-économiques (la valorisation, la rétroaction, le soutien) sont d'aussi puissants – sinon de plus puissants – aiguillons de comportements que les variables jouant sur la composante Revenu* »⁵⁰. Ainsi, selon une étude américaine de 2005⁵¹, la force centripète de la satisfaction au travail ressort comme plus critique que la force centrifuge de facteurs externes amenant des départs (par exemple les opportunités d'emploi). La théorie du « magnet hospital » permet de déplacer

⁴⁹ AIKEN L. *Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence base, magnet hospitals revisited*. Attraction and retention of professional nurses. Washington: American nurses publishing ; 2002, pages 61-82, Chapitre 3.

KRAMER M., SCHMALENBERG CE. *Best quality patient care. A historical perspective on magnet hospitals*, Nurs Adm, 2005.

⁵⁰ COLLIN A., DEMANET Q., PAUL E., « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestion hospitalières*, n°544, 2015, pages 184-189

⁵¹ HAYES LJ., O'BRIEN-PALLAS L., DUFFIELD C., SHAMIAN J., BUCHAN J., HUGHES F. et al., *Nurse turnover : a literature review*, 2005.

la focale, du levier d'action financier, à celui de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail. De telles transformations sont certes plus longues et difficiles à mettre en place mais leurs effets se révèlent souvent structurels.

Pour construire un plan d'action « attractivité médicale et qualité de vie au travail », le CHRU de Brest doit avoir une connaissance fine des attentes des praticiens de l'établissement. Pour ce faire, il serait intéressant de réaliser une enquête sociale à destination du personnel médical du CHRU. Cette enquête permettrait, à travers des questions simples, de réaliser un état des lieux et d'identifier des premières pistes de solutions. En voici quelques exemples :

- Avez-vous plaisir à venir travailler au CHRU de Brest ? : Toujours ; Fréquemment ; Parfois ; Jamais.
- Etes-vous fier du travail que vous accomplissez au CHRU de Brest ? : Oui tout à fait ; Plutôt oui ; Plutôt non ; Pas du tout.
- Quelles sont vos principales sources de satisfaction ? : Rémunération ; Nature des tâches ; Autonomie ; Recherche ; Ambiance ; Dynamisme des projets de soins ; Conditions de travail ; Perspectives ; Service public.
- Quelles sont vos principales sources de mécontentement ? : Rémunération ; Nature des tâches ; Manque d'autonomie ; Pas assez de recherche ; Ambiance ; Manque de dynamisme des projets de soins ; Conditions de travail ; Absence de perspectives.
- Vous sentez-vous acteur des projets de votre service ? Oui tout à fait ; Plutôt oui ; Plutôt non ; Pas du tout.
- Pensez-vous que les nouveaux professionnels sont bien accueillis dans votre service ? Oui tout à fait ; Plutôt oui ; Plutôt non ; Pas du tout.
- Quels moyens permettrait d'assurer un meilleur accueil des nouveaux arrivants ? Tutorat ; Présentation à l'équipe ; Présentation de l'organisation ; Plaquette d'informations ; Formation ; Journée d'accueil des nouveaux arrivants.
- Diriez-vous que les locaux dans lesquels vous travaillez sont : Très fonctionnels ; Plutôt fonctionnels ; Pas très fonctionnels ; Pas fonctionnels du tout.
- Diriez-vous que votre charge de travail est : Modérée ; Normale ; Importante, mais tolérable ; Trop importante.

Les résultats de cette enquête sociale à destination des médecins permettront d'établir un plan d'action spécifique à l'établissement, construit sur une approche très pragmatique et exhaustive des facteurs d'attractivité du CHRU de Brest.

L'établissement, par le travail commun de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et de la Direction des Affaires Médicales (DAM) a, depuis quelques années, travaillé sur la qualité de vie, au travail mais pas seulement, des professionnels médicaux. Par exemple, le CHRU met à disposition des agents, des places d'accueil en crèches pour les enfants de 0 à 3 ans. Ce dispositif tient compte des contraintes spécifiques liées aux métiers de l'hôpital puisqu'il est possible d'avoir une garde pour des horaires atypiques, ou avec des plannings tournants, ainsi que des accueils occasionnels ou d'urgence. Une conciergerie Happytal a également été créée sur l'établissement depuis le début de l'année 2019. Elle donne accès à un catalogue de services variés (pains, paniers de légumes bio, pressing, cordonnerie, chocolats...etc.), grâce à des partenariats avec les entreprises locales. Les prix proposés aux professionnels du CHRU sont identiques à ceux proposés directement en boutique. Cette conciergerie leur permet donc de passer commande sur leur temps de travail et sur leur lieu d'exercice, sans payer un coût supplémentaire. Le choix de l'établissement étant également tributaire de la capacité du conjoint à trouver un emploi à proximité, le CHRU de Brest a développé des partenariats avec l'agglomération (Brest Métropole) en intégrant le réseau des recruteurs. Cela permet de diffuser le profil et le CV du conjoint auprès des principaux employeurs de l'agglomération et d'obtenir une réponse rapidement. Ce sont aussi ces conditions extrasalariales qui permettront de fidéliser ou d'attirer de jeunes médecins, face aux conditions financières et réglementaires du secteur privé, sur lesquels les hôpitaux publics ne pourront, de toute façon, pas s'aligner.

Ces avantages ne sont toutefois que complémentaires à l'attrait du poste en lui-même, lequel dépend avant tout de la réputation de l'établissement et du service, des perspectives professionnelles et de la qualité de vie au travail. Selon une enquête réalisée en 2011 dans le cadre de la mission Toupillier⁵², la qualité du travail en équipe et la qualité de l'exercice clinique réalisé auprès du patient demeurent les éléments les plus importants pour les médecins. En effet, respectivement 98,8% et 97% des praticiens interrogés y accordent de l'importance. Pour ce faire, certains établissements ont conçu des stratégies d'attractivité qui mobilisent différents leviers, tels que : • la mise en place de structures mutualisées d'aide au montage de projets de grande envergure comme les projets européens ou à la recherche de financement pour faciliter le travail des équipes ; • une gestion des postes hospitalo-universitaires favorisant la constitution d'équipes ayant une masse critique suffisante et favorisant la coopération ; • un encouragement à la valorisation de la recherche et aux coopérations avec l'industrie dans le respect des règles, de la transparence et de l'intégrité scientifique. Le CHRU de Brest développe également le recours à la contractualisation. Par exemple, il a mis en place une

⁵² TOUPILLIER D., *Exercice médical à l'hôpital*, rapport, septembre 2011.

commission de révision des effectifs hospitaliers (CAREHO) permettant de sélectionner les jeunes médecins de l'établissement qui seront recrutés comme praticien contractuel, puis nommés comme praticien hospitalier. Dans ce cadre, un contrat d'engagement est réalisé entre la direction, le service et le candidat concerné. Les engagements peuvent être des engagements d'activité (nombre de venues en hospitalisation, nombre de consultations externes, nombre d'interventions au bloc...etc.), de qualité (nombre de CREX et RMM, accréditation de l'équipe...etc.), d'efficacité (diminution de la DMS) ou de recherche (participation à des projets de recherche, encadrement de thèses). La contractualisation permet de tenir compte des projets du jeune professionnel, tout en les intégrant à ceux du service, dans une logique institutionnelle. Enfin, le CHRU contractualise également sur l'activité libérale avec certains médecins. Cela permet de rendre l'hôpital public presque aussi compétitif que le secteur privé en matière de rémunération, tout en augmentant par ce biais la file active de l'établissement et son attractivité auprès des patients. Le développement de la contractualisation permet d'offrir des parcours individualisés et d'encourager le management par objectif. Toutefois, il convient de rappeler que, contrairement au contrat de clinicien, l'atteinte des objectifs ne peut pas être systématiquement associée à une revalorisation de la rémunération. De la même façon, « *cette contractualisation exige le renforcement d'un management médical qui laisse aujourd'hui trop de place à l'improvisation* »⁵³.

3.2.2. Développer la formation au management médical

Pour améliorer la qualité de vie au travail des praticiens, l'établissement doit également s'interroger sur les pratiques managériales, à la fois directes et indirectes, c'est-à-dire celles à l'œuvre dans les services de soins entre personnels médicaux.

« *Qu'on ne s'y trompe pas : si l'ambiance entre médecins est détestable ou si le chef de service est tyrannique, les mesures de revalorisation salariale ne seront pas suffisantes pour donner envie à un assistant spécialiste de postuler sur un poste de praticien hospitalier vacant* »⁵⁴. Une enquête auprès des internes franciliens réalisée en 2013⁵⁵ l'avait montré : l'« ambiance de travail agréable » était le critère le plus important du choix

⁵³ CHALVIN P., « Le Temps de travail médical, un enjeu d'attractivité : analyse et propositions de la mission Le Menn », gestions hospitalières, n°553, 2016.

⁵⁴ DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des Danaïdes ou investissement d'avenir ? », Revue hospitalière de France, n°572, 2016, pages 32-39

⁵⁵ Étude TNS Sofres/SIHP, « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France », mai 2013.

entre exercice public et exercice libéral, parallèlement à « l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ». Ces deux critères étaient jugés extrêmement importants et très importants par près de 86 % des répondants. Par comparaison, le critère « revenus conformes aux attentes » était jugé très important pour 61% des répondants.

L'amélioration du management médical est un enjeu majeur pour la qualité de vie au travail mais également pour l'attractivité des services. Cela l'est d'autant plus que le chef de service a rarement été choisi pour sa capacité à gérer et diriger des équipes, mais plutôt pour la légitimité qu'il tient de sa compétence technique. Dans un milieu médical, marqué par une forte culture de la collégialité professionnelle, le chef de service peut également avoir des difficultés à établir une relation d'autorité avec ses pairs. Il s'agit donc pour la direction d'encourager les bonnes pratiques de management médical par une démarche institutionnelle de formation systématique des managers.

La démarche d'accompagnement des cadres et responsables médicaux du CHRU de Brest, fondée sur une approche de la qualité de vie au travail, a fait émerger des besoins de réassurance professionnelle sur les thématiques du management. La nécessité d'organiser une formation de haut niveau, afin de renforcer et de reconnaître les compétences managériales des responsables médicaux et soignants est alors apparue.

En 2016, le CHRU de Brest s'est engagé dans une démarche d'amélioration concrète des conditions d'exercice professionnel des responsables médicaux et paramédicaux, avec le projet « Manager Ensemble ». Les objectifs de la formation sont : ▪ de mettre en relation sa pratique et ses problématiques, avec celles des autres managers ; ▪ de « faire réseau » ; ▪ de valoriser les managers en leur donnant un signal de « fierté » et d'appartenance ; ▪ de disposer d'un socle commun de connaissances managériales et d'acquérir les outils nécessaires à la performance et au bien-être des équipes ; ▪ d'affirmer le rôle du manager médical ou non médical comme un acteur qui par nature porte le changement et fait bouger les lignes ; ▪ de leur donner les outils permettant d'accompagner concrètement le changement, notamment en termes de gestion des équipes et de communication. Par la création d'une formation au management, commune aux responsables médicaux et paramédicaux, « Manager ensemble » permet de renforcer les liens entre le management médical et le management paramédical. En effet, il est apparu que beaucoup de sujets de performance et de confort d'exercice professionnel étaient liés à un partage insuffisant sur les missions de chacun.

Le format et le contenu de la formation ont d'ores et déjà été élaborés par la direction (DAM et DRH) et la Présidence de la Communauté Médicale d'Établissement (CME). Ainsi, la formation s'organisera autour de deux modules, un module socle centré sur les fondamentaux et un module complémentaire. Le module socle abordera les thèmes suivants :

- Les points clés du management : le pilotage (principes et outils), le leadership, la reconnaissance (comment ça marche ?), l'innovation (comment être innovant et susciter l'innovation dans mon équipe ?) et la communication au sein du service/du pôle.
- La « trousse à outils » managériale : Rendre les réunions efficaces ; Conduire un entretien de recadrage et plus généralement un entretien difficile ; Déléguer dans mon équipe ; Gérer les conflits.

Le module optionnel viendra quant à lui compléter le module socle, après une intersession de 3 à 6 mois, afin de faire le point sur les acquis et approfondir les compétences. Il s'intéressera particulièrement à la gestion de projets, à l'échange de pratiques et au codéveloppement, entre pairs. Le prestataire qui réalisera la formation est, au moment de la rédaction de ce mémoire, en cours de sélection. L'appel d'offre a été lancé au mois de juin 2019. Douze prestataires ont répondu, et six ont été sélectionnés pour être auditionnés début septembre. La première session de formation pourra donc avoir lieu dès la fin de l'année 2019.

3.3. Le CHRU de Brest place désormais la mise en œuvre de nouveaux facteurs d'attractivité comme priorité stratégique

3.3.1. Le développement d'une marque employeur

Le CHRU de Brest a, dans son projet social 2015-2020, consacré son chapitre IV à la communication interne et externe de l'établissement. Cette dynamique doit être encouragée et conduire progressivement au développement d'une marque employeur.

Il n'y a que peu d'exemples en santé en matière de réel développement d'une marque ou d'une marque employeur. Le rapport de 2013, rédigé par la commission permanente de l'attractivité médicale à la FHF, concluait d'ailleurs par : « *Pourquoi pas une marque employeur hôpital public* ». La marque employeur peut se définir comme « *l'image de l'organisation en tant que lieu de travail agréable inscrite dans l'esprit des employés actuels et des principaux acteurs externes (salariés futurs ou potentiels, clients, fournisseurs et autres acteurs clés)* »⁵⁶. En ce sens, la mise en œuvre d'une marque employeur peut avoir des effets sur l'engagement des agents, sur le développement d'un sentiment et d'une fierté d'appartenance, sur la diminution du turnover et sur la visibilité de l'établissement sur les réseaux sociaux. Concernant l'attractivité médicale de l'établissement, cela est particulièrement important car une majorité des médecins s'intéresse à la réputation de l'hôpital avant de candidater. Le concept de « marque employeur » permet ainsi de rappeler combien les facteurs d'attractivité tels que l'environnement de travail ou la politique de ressources humaines (médicales ou non), assurent à un établissement une attractivité propre.

Certains établissements précurseurs se sont déjà engagés dans le développement de leur marque employeur. C'est le cas par exemple de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, avec son dispositif de communication RH et d'accompagnement « Savoir pour choisir » sur Youtube, qui a reçu en 2011 le prix de la campagne RH et marque employeur. C'est le cas également du CHU d'Angers qui communique régulièrement sur sa marque employeur, et notamment auprès des étudiants en médecine. Les Hospices Civils de Lyon participent aussi de cette dynamique avec la création d'une « Direction de la communication et de la marque ». Quant au secteur privé, c'est le cas du groupe Korian qui a recruté en 2017 un « chargé de marque employeur et de communication RH ». Toutefois, ces initiatives restent trop rares. Il s'agit donc d'une perspective de développement d'attractivité qui reste à explorer.

La marque permet de passer d'une stricte communication d'information, c'est-à-dire sans volonté d'influencer la prise de décision ou les comportements, à une communication de persuasion.

La marque et l'image de marque permettent de distinguer et de préférer les services offerts sur le marché par différents concurrents où souvent les fonctionnalités et le prix sont similaires. Cela est particulièrement important pour l'hôpital, puisque l'avancement, la

⁵⁶ MINCHINGTON B., *Your Employer Brand – Attract, engage, retain*, Collective Learning Australia, 2006.

rémunération, la sécurité et la qualité sont des caractéristiques de base, légales et contrôlées, sur lesquelles il est très difficile pour un établissement de se distinguer. En revanche, la qualité de l'accueil, les services périphériques, les techniques de management, peuvent être développés et constituer de puissants éléments de différenciation venant renforcer l'image de marque. Ainsi que le souligne Dominique Crié « *affirmer l'identité de l'entreprise, sa culture, ses avantages employeurs, est une arme pour attirer les talents* »⁵⁷. ▪ Le premier axe de développement d'une marque employeur est donc le travail réalisé par la Direction des Affaires Médicales, en coordination avec la Direction des Ressources Humaines, sur la qualité de l'environnement de travail, les perspectives d'évolution et l'identification des facteurs de fidélisation de leurs professionnels. ▪ Le deuxième axe de développement de la marque passe par l'investissement dans la communication interne et externe à l'établissement. Il s'agit de capitaliser sur les efforts réalisés en termes de qualité de vie au travail pour améliorer la réputation et l'image de l'hôpital. Selon Viot et Benraïss-Noailles, « *La marque employeur est une promesse d'emploi unique à destination des employés actuels et potentiels qui s'appuie sur les bénéfices – fonctionnels, économiques et psychologiques – associés à une organisation en tant qu'employeur et à l'offre RH qu'elle propose* »⁵⁸. L'attractivité est donc multifactorielle et se joue également au niveau de la communication.

La communication passe notamment par une présence sur les réseaux sociaux tels que Facebook et Twitter, sur les réseaux professionnels tels que LinkedIn et Viadeo, et sur les sites d'offre d'emploi ou de notation des entreprises tels que Glassdoor, Vault ou Meilleures-entreprises. La présence « en ligne » permet de modérer les échanges négatifs, de positiver le discours, de nourrir les échanges et de protéger les professionnels de l'établissement. Le CHRU de Brest a, par exemple, dû intervenir au début de l'année 2019, pour signaler la publication d'un externe sur Facebook, qui dénonçait ses conditions de travail au SAMU, en indiquant le nom et le mail du chef de service concerné. Être absent de ces différents sites est un danger stratégique pour les hôpitaux à fort taux de recrutement. C'est, de plus, perdre la possibilité de prendre la température du marché et d'être en contact direct avec les futurs recrutés. De plus, cette absence pourra être remarquée et interprétée négativement par les potentiels candidats, comme un manque de modernité. La présence « en ligne » passe également par un site de l'hôpital et un intranet qui soit intuitifs et avec une charte graphique propre à l'établissement. Le CHRU de Brest a rénové complètement son site internet⁵⁹ récemment, mais doit désormais s'attaquer à la transformation de son intranet qui est peu lisible et

⁵⁷ CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », Revue hospitalière de France, n°577, 2017, pages 8-15

⁵⁸ VIOT C., BENRAISS-NOAILLES L., « Employeurs démarquez-vous ! La marque employeur, un gisement de valeur inexploité ? », Management International, 2014, pages 60-81

⁵⁹ <https://www.chu-brest.fr/fr>

contient des informations qui sont désormais erronées. Cet aspect fait l'objet de critiques régulières des praticiens, en Commission Médicale d'Etablissement.

3.3.2. *L'accueil des étudiants et des nouveaux arrivants*

A l'hôpital, l'essentiel des futures ressources médicales est formé sur place. Afin de développer un bouche-à-oreille positif et la cooptation des professionnels, il est donc essentiel de soigner l'accueil des jeunes professionnels, que ce soit lorsqu'ils sont encore étudiants, ou lorsqu'ils intègrent l'établissement en tant que praticiens.

« Dans le cas spécifique de la marque employeur à l'hôpital, ce bouche-à-oreille ou cette cooptation procèdent souvent d'expériences vécues en tant que stagiaire dans la structure. Il s'agit en effet de la meilleure position d'observation pour percevoir ce qu'est l'entreprise, les valeurs qu'elle véhicule et surtout leur déclinaison en pratique sur le terrain »⁶⁰. Ainsi, la mise en œuvre des attributs de la marque employeur en interne est primordiale, avec un focus plus particulier sur les nouveaux arrivants et les étudiants. Ces derniers représentent en effet une population particulièrement cruciale. Ils participent au bon fonctionnement de l'hôpital en assurant une partie des prises en charges et des gardes. L'accueil des internes permet également le recrutement de futurs praticiens hospitaliers ou l'installation de jeunes médecins sur le territoire. C'est souvent durant ses années de formation que l'interne construit ses attaches géographiques et ses choix professionnels. Plusieurs efforts ont été réalisés par le CHRU de Brest en ce sens. Cette année, un livret d'accueil a été réalisé pour les internes, et un autre pour les nouveaux arrivants. Une journée d'intégration des nouveaux professionnels sera également organisée tous les six mois, à partir d'octobre prochain. Enfin, des travaux ont été réalisés à l'internat pour le rendre plus agréable et confortable.

Autre innovation récente, l'accompagnement de chaque étudiant dans son orientation professionnelle grâce à la création d'un secrétariat de l'orientation professionnelle et de la démographie médicale. Le doyen de l'UFR de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Bretagne Occidentale (UBO), le Professeur Christian Berthou, le présente ainsi : *« Nous voulons que, dès la 4ème année, l'étudiant construise de façon active son projet professionnel »*. Ce dispositif travaille aussi sur la démographie médicale, en lien avec le territoire, l'ARS Bretagne, le Conseil régional, et les intercommunalités. *« Nous*

⁶⁰ CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », Revue hospitalière de France, n°577, 2017, pages 8-15

anticipons pour pourvoir aux besoins du territoire en travaillant sur l'attractivité, notamment l'exercice regroupé dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou encore la formation d'étudiants (via les maîtres de stage) en zones sous-dotées, ce qui leur permet de connaître l'environnement ».

Le CHRU de Brest cherche désormais à travailler sur de nouvelles perspectives d'amélioration de la qualité de vie au travail et de fidélisation des internes, et pourra dans cet objectif s'inspirer des bonnes pratiques développées par quelques établissements précurseurs.

L'établissement pourra tout d'abord s'inspirer de la politique multidimensionnelle conduite auprès des internes au CH du Cotentin. Cette politique a été récompensée par le prix Stratégie attractivité médicale en 2017, décerné par la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH Group). Elle s'organise ainsi :

- La mobilisation de la communauté médicale : La commission médicale d'établissement désigne un praticien hospitalier senior référent, chargé de coordonner des temps de formation. Le praticien hospitalier senior référent demeure par ailleurs disponible pour répondre à l'ensemble de leurs interrogations, qu'elles soient d'ordre professionnel, personnel ou logistique.
- Une charte d'accueil des internes révisée chaque début de semestre : Elle est rédigée en commun par les médecins et les internes, sous la direction des affaires médicales. Elle clarifie les règles relatives à l'encadrement, et notamment au respect de la législation du temps de travail.
- Un questionnaire de satisfaction : Un mois et demi avant la fin du stage des internes, un questionnaire de satisfaction est envoyé. Les résultats sont ensuite analysés en réunion, en présence des internes et des chefs de service.
- Une démarche collective et territoriale : Une soirée d'accueil est organisée, et s'est progressivement transformée en week-end de découverte ludique et sportive des attraits du Cotentin, pour les internes du semestre d'été. Ces moments de convivialité donnent l'opportunités aux acteurs locaux de se rencontrer et d'échanger ensemble.

Il pourrait également être intéressant de créer un site internet spécifique aux internes du territoire, en s'inspirant du site internet des internes strasbourgeois⁶¹, coup de cœur du jury FHF en 2018. En effet, le CHU de Strasbourg, en lien avec les établissements publics

⁶¹ <http://www.internestrasbourg.fr/>

de santé des trois GHT de la subdivision Alsace, a mis en place un site internet conçu par et pour les internes. Il présente des onglets tels que :

- « Le GPS de la rentrée » : la to do list administrative obligatoire, la visite médicale d'embauche, s'orienter aux HUS, les dates à retenir...etc.
- « Vos lieux d'exercice en établissements publics de santé » : présentation de l'ensemble des sites d'exercice
- « Vos interlocuteurs au CHU ».

*

*

*

Conclusion

L'analyse du manque de temps médical disponible et du recours à l'emploi médical temporaire qui en résulte, permet d'analyser une situation fréquente à laquelle est confronté le directeur d'hôpital ; celle de dépasser l'injonction paradoxale.

Ici, il s'agit d'assurer le recrutement et la fidélisation de praticiens de qualité, dans un contexte économique et démographique très contraint. Ceci, tout en assurant la plus grande qualité de prise en charge des patients possible. La coopération territoriale et régionale, l'amélioration de la qualité de vie au travail des médecins de l'établissement, ainsi que le développement de l'attractivité du CHRU de Brest vis-à-vis des potentiels futurs praticiens, sont autant d'outils qui permettront de répondre à cet enjeu stratégique.

Des actions ont déjà été mises en œuvre en ce sens, à la fois au niveau de la région Bretagne, du GHT de Bretagne Occidentale et de l'établissement. Toutefois, cela n'a pas permis de diminuer les dépenses d'intérim médical. Au contraire, celles-ci ne cessent d'augmenter. Ces actions doivent donc être désormais renforcées, enrichies et complétées. De nouvelles perspectives d'actions doivent également être envisagées. C'est l'objet de ce mémoire.

Enfin, il apparaît nécessaire de prendre de la hauteur vis-à-vis du manque de temps médical disponible, car la densité médicale française est dans la moyenne des pays de l'Union Européenne. Ce constat permet de comprendre qu'une optimisation de l'organisation territoriale des soins, une meilleure répartition des missions entre la médecine de ville et l'hôpital et le développement du transfert de compétences, sont autant de pistes qui permettraient de dégager du temps médical disponible à l'hôpital. La loi de modernisation de notre système de santé, en posant le cadre juridique de l'exercice infirmier en pratique avancée⁶², participe de cette dynamique.

⁶² Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

Bibliographie

Ouvrages et mémoires :

- AIKEN L. « Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence base, magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses ». Washington: American nurses publishing ; 2002, pages 61-82, Chapitre 3.
- BENTAYEB A., Le recours à l'intérim médical dans les hôpitaux publics : entre choix stratégique et décision contrainte, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2017
- HAYES L.J., O'BRIEN-PALLAS L., DUFFIELD C., SHAMIAN J., BUCHAN J., HUGHES F. et al., « Nurse turnover : a literature review », 2005.
- HUGEROT A., Le territoire comme réponse aux tensions sur la démographie médicale, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2017
- KRAMER M., SCHMALENBERG CE. Best quality patient care. A historical perspective on magnet hospitals, Nurs Adm, 2005.
- SCHERRER L.A., Favoriser l'attractivité médicale au sein de l'hôpital public : l'exemple du CHR d'Orléans, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2017

Articles de périodiques, revues :

- BUBIEN Y., « L'attractivité de l'hôpital public », Gestions hospitalières, n°553, 2016
- CHALVIN P., « Le Temps de travail médical, un enjeu d'attractivité : analyse et propositions de la mission Le Menn », gestions hospitalières, n°553, 2016.
- COLLIN A., DEMANET Q., PAUL E., « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », Gestion hospitalières, n°544, 2015, pages 184-189
- CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », Revue hospitalière de France, n°577, 2017, pages 8-15
- DREXLER A., « Attractivité médicale : comment traduire, sur le terrain, les annonces ministérielles ? », Revue hospitalière de France, n°573, 2016, pages 50-55

- DREXLER A., MARINGUE G., « Mesures catégorielles pour le personnel médical : tonneau des danaïdes ou investissement d'avenir ? », Revue hospitalière de France, n°572, 2016, pages 32-39
- MINCHINGTON B., « Your Employer Brand – Attract, engage, retain », Collective Learning Australia, 2006.
- REA D., Journal du Syndicat des Praticiens Hospitaliers, n°57, Juin 2011
- VIOT C., BENRAISS-NOAILLES L., « Employeurs démarquez-vous ! La marque employeur, un gisement de valeur inexploité ? », Management International, 2014, pages 60-81

Etudes, Rapports et Guides :

- BACHELET M., ANGUIS M. (DREES), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Etudes et Résultats, n°1011, mai 2017
- Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, Rapport, Décembre 2017
- Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, Rapport, Novembre 2018
- Cour des Comptes, *L'imagerie médicale*, Rapport, avril 2016.
- FHF, *Charte régionale sur l'intérim médical en région Bretagne*, 2019
- FHF, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale, Avril 2014
- Le MENN J., *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, Rapport, 23 juin 2015
- Ministère de la Santé, *Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, 1997.
- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Rapport 2013-2014
- TNS Sofres/SIHP, « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France », Etude, mai 2013.
- TOUPILLIER D., *Exercice médical à l'hôpital*, Rapport, septembre 2011
- TOUPILLIER D., *Mission nationale relative à l'exercice médical à l'hôpital, demain*, Rapport, 27 mai 2011
- VERAN O., *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Rapport, Décembre 2013

Supports et textes juridiques :

- Code de la Santé Publique, article L.6314-1.
- Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107.
- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2010-1218 du 14 octobre 2010 portant dispositions particulières relatives aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus
- Décret DGOS n°2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
- Décret DGOS n°2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
- Décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé
- Décret n°2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière. Arrêtés du 14 mars 2017
- Décret n°2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière

- Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prise d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques

Sites internet, ressources en ligne :

- <https://demographie.medecin.fr/>
- <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
- <https://www.chu-brest.fr/fr>
- <http://www.internestrasbourg.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Evolution du numéris clausus entre 1972 et 2014

Annexe 3 : Affiche du ministère chargé de la santé, encourageant les étudiants à avoir recours au CESP

Annexe 4 : Extrait du Bilan d'activité 2017, concernant le projet Manager Ensemble

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

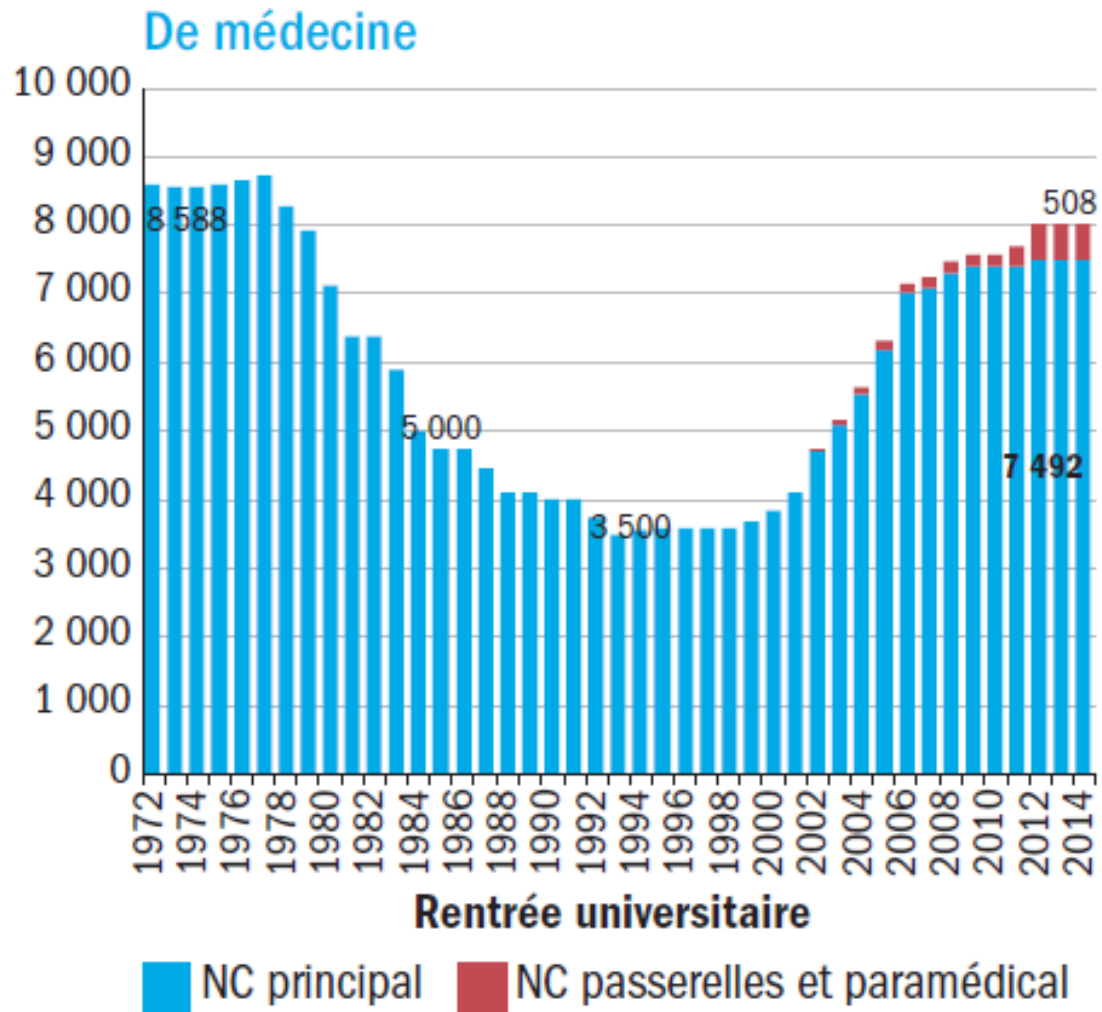
Au sein du CHRU de Brest :

- Gwendal MARINGUE, Directeur des Affaires Médicales jusqu'à mai 2019
- Bénédicte SIMON, Directrice des Affaires Médicales à partir de mai 2019
- Marie MEHU, Secrétaire Générale en charge des coopérations territoriales et du Groupement Hospitalier de Territoire
- Ronan SANQUER, Directeur de la Stratégie
- Caroline MARINGUE, Directrice des Projets
- Emmanuel DUDOGNON, Directeur adjoint aux Affaires Financières
- Aude BAILLET-HERAULT, Directrice adjointe aux Ressources Humaines
- Professeur Éric STINDEL, Président de la commission médicale d'établissement
- Professeur Bertrand FENOLL, Président du collège médical du GHT de Bretagne Occidentale

En dehors du CHRU de Brest :

- Armelle DREXLER, Directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale territoriale aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- Anne-Marie LORHO, Directrice adjointe des coopérations et professions de santé en établissements à l'ARS Bretagne
- Anne-Briac BILLI, Responsable du Département Innovation en Santé à l'ARS Bretagne

Evolution du numerus clausus



Source : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé - Rapport 2013-2014.

Annexe 3 : Affiche du ministère chargé de la santé, encourageant les étudiants à avoir recours au CESP

Un accompagnement
pour votre projet professionnel,
une aide financière pendant vos études ?

CONSTRUISEZ VOTRE AVENIR AVEC LE CESP*

*Pour tout savoir sur le contrat d'engagement de service public
www.cesp.sante.gouv.fr

► POUR LES ÉTUDIANTS (À PARTIR DE LA 2^e ANNÉE) ET LES INTERNES EN MÉDECINE
► POUR LES ÉTUDIANTS EN ODONTOLOGIE

Annexe 4 : Extrait du Bilan d'activité 2017, concernant le projet Manager Ensemble





Inventons ensemble une nouvelle façon de manager

RÉGIS CONDON

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU CHRU

Il y a un an, le CHRU de Brest s'est engagé dans une démarche d'amélioration concrète des conditions d'exercice professionnel des cadres, avec **le projet "Manager Ensemble"**.

165



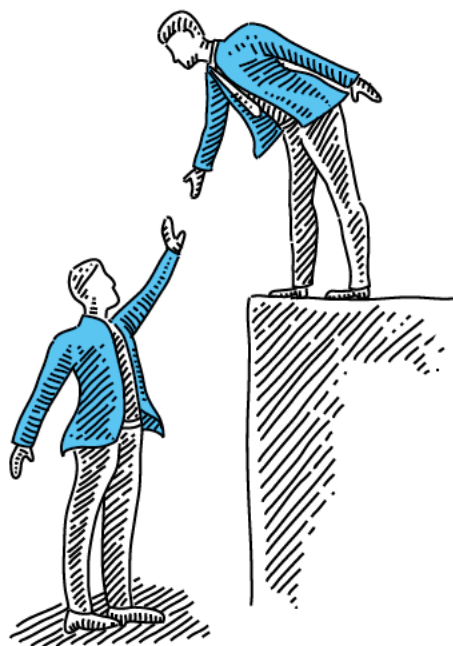
RÉGIS CONDON
DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DU CHRU

Fortement participatif, le projet intitulé « Manager Ensemble » s'est fixé comme objectif « *d'évaluer précisément, de manière quantitative et qualitative, la perception de la qualité de vie au travail des cadres de santé, administratifs, techniques et logistiques* » précise Régis Condon, Directeur général adjoint du CHRU de Brest.

Un plan d'action a été présenté le 6 décembre dernier à l'ensemble des cadres. Il est issu des temps de réflexion collective vécus par les participants et se structure autour de **trois grands objectifs : redonner du temps, favoriser la prise de recul, promouvoir un mode d'exercice bienveillant.**

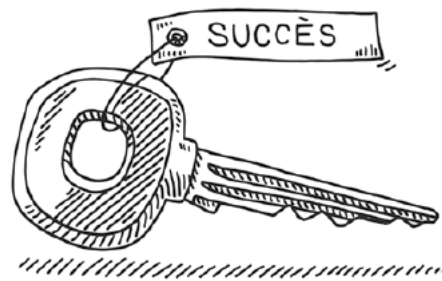
Pour tirer ces conclusions et tracer la feuille de route, plusieurs étapes ont été nécessaires. Un état des lieux avec le personnel d'encadrement a été réalisé. Des objectifs clairs d'amélioration du quotidien ont été identifiés. Ils concernent l'organisation managériale, l'organisation du travail, le fonctionnement transversal, les nouvelles compétences et le management de projets. Un plan d'action a donc été fixé. Il va permettre de formaliser une feuille de route dont la mise en œuvre doit préserver la charge de travail de chacun et être rapide.

Sur 20 actions identifiées, 14 seront concrétisées dans les 6 mois.



PLAN D'ACTION "MANAGER ENSEMBLE"

	6 mois	1 an		6 mois	1 an
REDONNER DU TEMPS			PROMOUVOIR UN MODE D'EXERCICE BIENVEILLANT		
Réguler la charge de travail			Proscrire toute situation s'apparentant au harcèlement (par médecins/syndicats)		
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un outil de cartographie des projets/ressources pour éviter les effets de surcharge, réguler la charge de travail et définir un circuit pour arbitrer les demandes transversales 	•		Accompagner les cadres en difficultés		
<ul style="list-style-type: none"> Formaliser les bonnes pratiques en matière de remplacements entre pairs et les diffuser 	•		<ul style="list-style-type: none"> Développer l'offre interne de coaching, mentorat, médiation... en accompagnant notamment les cadres qui vont accéder à des fonctions identifiées comme particulièrement difficiles 	•	
Adapter les outils informatiques			Clarifier le rôle des cadres dans les situations jugées difficiles		
<ul style="list-style-type: none"> Étendre l'identification unique pour éviter la saisie de multiples mots de passe 		•	<ul style="list-style-type: none"> La gestion de l'absentéisme : adapter les outils pour les cadres de proximité afin d'être davantage acteurs dans la lutte contre l'absentéisme 		•
<ul style="list-style-type: none"> Se doter d'un outil qui trace le devenir des demandes de travaux, de logistique ou de commandes, après avoir mis à jour l'annuaire et clarifié les rôles dans les services "fournisseurs" 	•	•	<ul style="list-style-type: none"> La gestion des lits : préciser le rôle du cadre et le clarifier vis-à-vis de l'encadrement médical 	•	
<ul style="list-style-type: none"> Se doter d'outils de numérisation et répondre au besoin d'impression couleur A3 pour les plannings 	•		Travailler sur le parcours cadre		
<ul style="list-style-type: none"> Mettre à niveau notre offre d'outils collaboratifs pour éviter la profusion de mails et de pièces jointes (y compris l'amélioration de l'intranet) 		•	<ul style="list-style-type: none"> Proposer une offre de management de haut niveau en construisant un partenariat avec une grande école et proposer des modules de management aux cadres du CHRU ainsi qu'aux médecins exerçant des responsabilités 		•
<ul style="list-style-type: none"> Adapter Chronos pour les secteurs biologie, bloc opératoire, imagerie 	•	•	<ul style="list-style-type: none"> Déployer une méthodologie de repérage des futurs cadres 		•
Formaliser les attentes institutionnelles sur le temps de travail et la gestion des urgences :					
<ul style="list-style-type: none"> Charte sur les mails et droit à la déconnexion Mettre en œuvre le télétravail 	•	•			
sur la politique interne "client-fournisseur" :					
<ul style="list-style-type: none"> Décliner les 5 engagements de la politique client-fournisseur 	•				
FAVORISER LA PRISE DE RECUL					
<ul style="list-style-type: none"> Organiser des temps dédiés de retours d'expérience et d'analyse des pratiques 	•				
<ul style="list-style-type: none"> Organiser les "journées de l'innovation" 	•				
<ul style="list-style-type: none"> Étendre les temps de réunion d'encadrement aux fonctions d'encadrement administratifs, techniques et logistiques, comprenant des temps conviviaux 	•				
<ul style="list-style-type: none"> Définir les attentes en matière d'espaces de travail réservés et les intégrer aux cahiers des charges architecturaux 		•			



FAVORISER LA PRISE DE RECUL

Les professionnels ont exprimé le besoin de réfléchir collectivement à leurs pratiques. Il faut instaurer des temps dédiés au retour d'expérience et à l'analyse des pratiques. Cela peut prendre la forme d'ateliers ou de formations au codéveloppement. Pourquoi ne pas imaginer également des "journées de l'innovation", stimulantes pour les professionnels et sources de futurs projets ? Les réunions entre les cadres supérieurs de santé doivent être étendues aux cadres administratifs, techniques et logistiques. Autre action à mettre en place : la déclinaison des 5 engagements de la politique "client-fournisseur". Enfin, il faut intégrer aux cahiers des charges architecturaux les besoins des personnels en termes d'espaces de travail réservés, pour répondre à la demande des cadres qui exercent sur plusieurs sites.

REDONNER DU TEMPS

Les cadres de santé souffrent du manque de temps pour exercer. **Trois actions prioritaires ont été identifiées : réguler leur charge de travail, adapter et simplifier l'outil informatique, formaliser les attentes institutionnelles.**

PROMOUVOIR UN MODE D'EXERCICE BIENVEILLANT

Bien sûr, le CHRU condamne toute situation de harcèlement et s'engage à rester vigilant sur ce point. L'offre interne de coaching, de mentorat et de médiation à destination des cadres doit être renforcée. Les personnels accédant à des fonctions particulièrement

difficiles doivent être accompagnés. Dans certains cas, il est nécessaire de clarifier le rôle du cadre auprès de l'encadrement médical pour éviter tout malentendu, comme la gestion des lits par exemple.

Parce que diriger une équipe ne s'improvise pas, le CHRU réfléchit à un partenariat avec une grande école de management. Des modules de formation pourront être proposés aux cadres et aux médecins en responsabilité. Un institut du management intégré au CHRU est en projet. **Deux autres actions concrètes à mettre en œuvre : déployer une méthodologie pour repérer les futurs cadres ; trouver de nouveaux outils pour la gestion de l'absentéisme, facilitant le travail des cadres de proximité.** L'application Whoog en est une très convaincante illustration.



RICHARD

Lana

Octobre 2019

FILIÈRE Directeur d'Hôpital

Promotion 2018-2019

La diminution du recours à l'emploi médical temporaire : un enjeu pour le CHRU de Brest

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP Rennes

Résumé :

Avec une dépense d'intérim médical de 6 millions d'euros en 2018, le CHRU de Brest a la plus forte dépense d'intérim des CHU français. Ce nécessaire recours à l'emploi médical temporaire s'explique par les difficultés de recrutement de praticiens de l'établissement.

Le manque de temps médical disponible peut s'expliquer par la conjonction de plusieurs phénomènes : ▪ la régulation démographique des professionnels de santé par l'introduction du numerus clausus ; ▪ le départ à la retraite des générations de médecins à fort numerus clausus ; ▪ l'aspiration des nouvelles générations de médecins à un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle ; ▪ la forte croissance de la demande de soins liée notamment au vieillissement de la population ; ▪ le déficit d'attractivité du territoire et de l'établissement.

Le recours structurel à l'emploi médical temporaire pose question en termes de coûts, d'organisation et de qualité de la prise en charge des patients. Il place le directeur d'hôpital face à des injonctions paradoxales. Il s'agit d'un côté de répondre aux exigences de la permanence des soins, et de l'autre, de maîtriser les dépenses dans un contexte financier contraint. Ceci, tout en assurant la plus grande qualité de prise en charge des patients possible.

Cette exigence place les directeurs d'hôpital face à un enjeu hautement stratégique, celui d'assurer le recrutement et la fidélisation de praticiens de qualité, dans un contexte économique et démographique très contraint. La coopération territoriale et régionale, la fidélisation des ressources médicales présentes dans l'établissement, ainsi que le développement de l'attractivité du CHRU de Brest sont autant d'outils qui permettront d'y répondre.

Mots clés :

Médecins, Intérim médical, Emploi médical temporaire, Permanence des Soins, Recrutement, Attractivité

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.