



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**Les leviers offerts par les GHT pour
gagner en attractivité médicale : le cas
du Centre hospitalier de Laval**

Apolline HUNAUT

Remerciements

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à Sébastien MASSIP, directeur général du CH de Lavour, ainsi qu'à l'équipe de direction pour leur accompagnement, toujours bienveillant, durant ces mois de stage. Travailler à leurs côtés sur les projets de l'établissement a forgé ma vision du métier de directeur d'hôpital.

Je remercie Laure Anne Scherrer qui, en tant que directrice des affaires médicales du CHU de Toulouse, a toujours su se rendre disponible pour encadrer ce travail de mémoire. Son regard critique, le partage de sa vision des coopérations territoriales et ses conseils toujours emprunts d'actualité ont été d'une aide précieuse.

Francisca Gutierrez Vallein, directrice des ressources humaines, des affaires médicales et de la formation au CH de Lavour, m'a offert une autonomie dans la gestion des affaires médicales. Cela m'a permis d'acquérir une expérience de terrain qui nourrit les réflexions dont je fais part dans ce mémoire. Je la remercie de m'avoir guidée, pas à pas, dans cette pratique des affaires médicales et de ses enjeux.

Je tiens enfin à remercier la communauté hospitalière du CH de Lavour pour l'accueil qu'elle m'a réservé et la richesse des échanges qu'elle m'a offert.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Les difficultés de recrutement médical du CHL : une tendance lourde qui modifie durablement l'institution.....	7
1.1 Le manque de médecins au CHL révélateur d'une problématique tant locale que nationale	7
1.1.1 La raréfaction de la ressource médicale dans les hôpitaux : une réalité nationale liée à de profondes évolutions.....	7
1.1.2 Les hôpitaux d'Occitanie envisagent, de manière concertée, la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux dans un environnement concurrentiel	10
1.1.3 Des difficultés de recrutement en partie expliquées par des caractéristiques propres à l'établissement	13
1.2 Le contexte de raréfaction de la ressource médicale au CHL modifie durablement ses organisations et sa structure	15
1.2.1 La rareté de la ressource médicale pousse l'établissement à adapter ses organisations médico-soignantes	15
1.2.2 Le manque d'attractivité médicale pèse sur sa structure financière de l'établissement	17
2. La politique territoriale d'attractivité médicale du GHT Haute Garonne – Tarn Ouest permet la consolidation des effectifs médicaux du CHL	21
2.1 Les nouvelles prérogatives des GHT pourvoyeuses d'outils pour déployer une politique territoriale d'attractivité médicale.....	21
2.1.1. La conduite d'une politique territoriale en faveur de l'attractivité médicale : une compétence des GHT	21
2.1.2. L'attractivité de l'exercice médical territorial au sein des GHT pour maintenir les effectifs médicaux sur le territoire	24
2.2 Le développement de l'exercice médical territorial au sein du GHT Haute Garonne - Tarn Ouest : une porte d'entrée à exploiter pour le CHL	29
2.2.1 L'exercice médical à temps partagé : source d'attractivité pour les postes médicaux du CHL.....	29
2.2.2 Les activités d'intérêt général des praticiens du CHU de Toulouse au sein du CHL : le maillon central des filières de soins à l'échelle du GHT.....	30

2.3	Une coopération entre le CHU et le CHL à faire évoluer pour s'adapter aux difficultés du terrain.....	31
2.3.1	Les limites du partage de praticiens entre établissements : une convention de coopération à évaluer et à faire évoluer.....	31
2.3.2	La modernisation des statuts pour soutenir l'attractivité de l'exercice hospitalier sur les territoires.....	32
3.	L'élaboration d'une stratégie d'attractivité médicale propre pour fidéliser les praticiens et capitaliser sur les outils du GHT.....	34
3.1	Le choix du CHL d'élaborer un projet social médical pour fidéliser le personnel médical.....	34
3.2	Une enquête pour recueillir les attentes et les besoins des praticiens et construire les axes du projet social médical de l'établissement.....	36
3.2.1.	Un potentiel d'attractivité certain que l'institution doit exploiter pour pérenniser ses effectifs médicaux.....	36
3.2.2.	L'accompagnement individuel des praticiens actuellement proposé par le service des affaires médicales répond seulement en partie à leurs besoins.....	38
3.2.3.	La lourde charge de travail pèse sur la qualité de vie au travail et nuit à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.....	40
3.2.4.	Une communauté médicale en quête d'identité et d'un mode de fonctionnement optimal.....	41
3.3	L'élaboration d'une politique sociale à destination du personnel médical au CHL à travers un plan d'actions resserré et concret.....	42
3.3.1	Axe n°1 : Élaborer une stratégie de recrutement et d'attractivité médicale ...	42
3.3.2.	Axe n°2 : Renforcer l'accompagnement individuel des praticiens.....	43
3.3.3.	Axe n°3 : Améliorer la qualité de vie au travail et permettre la conciliation entre vies privée et professionnelle.....	44
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I
	Annexe n°1 : carte des établissements du GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest.....	I
	Annexe n°2 : trame de l'entretien pour l'élaboration d'une politique sociale à destination du personnel médical.....	II
	Figure n°1 : évolution du numéris clausus depuis 1971.....	VI
	Figure n°2 : Les atouts du CHL en termes d'attractivité médicale.....	VI

Figure n°3 : les points faibles du CHL en termes d'attractivité médicale	VII
Figure n°4 : les attentes principales des praticiens.....	VII
Figure n°5 : les principales attentes des praticiens envers la DAM	VIII
Figure n°6 : les principaux facteurs nuisibles à la qualité de vie au travail du personnel médical	VIII
Figure n°7 : les principales difficultés pour concilier vies privée et professionnelle	IX

Liste des sigles utilisés

AIG : activité d'intérêt général
APL : accessibilité potentielle localisée
ARS : agence régionale de santé
ATP : assistant à temps partagé
CESP : contrat d'engagement de service public
CET : compte épargne temps
CH : centre hospitalier
CHL : centre hospitalier de Lavour
CHU : centre hospitalier universitaire
CMG : commission médicale de groupement
CNG : centre national de gestion
CNOM : conseil national de l'ordre des médecins
COPS : commission de l'organisation de la permanence des soins
CPT : communauté psychiatrique de territoire
CRP : compte de résultat principal
DAM : direction des affaires médicales
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECN : épreuves classantes nationales
ETP : équivalent temps plein
FHF : fédération hospitalière de France
FPH : fonction publique hospitalière
GHT : groupement hospitalier de territoire
GPECM : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MAR : médecin anesthésiste-réanimateur
PDS : permanence des soins
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PET : prime d'exercice territorial
PH : praticien hospitalier
PIE : pôle inter-établissement
PMP : projet médical partagé
QVT : qualité de vie au travail
SSR : soins de suite et de rééducation
TTA : temps de travail additionnel

Introduction

« Nous avons besoin, Monsieur le Président, d'un choc d'attractivité médicale. C'est la condition nécessaire pour résoudre les équations majeures auxquelles nous sommes confrontés : déserts médicaux, accès aux soins pour toute la population, réponse aux tensions démographiques, propositions de parcours professionnels plus diversifiés aux jeunes praticiens qui recherchent un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle », tel est l'appel lancé, le 29 juillet 2018, par un collectif de responsables du système hospitalier au Président de la République. Ils attendent de la réforme, parue le 24 juillet 2019, qu'elle permette au système de relever ces défis. Cette question est toutefois complexe et multifactorielle. Pour la résoudre il faut tout d'abord poser un constat juste sur les causes de ces difficultés. D'autre part, la réponse à y apporter est plurielle.

Les déserts médicaux, qui s'imposent dans notre environnement sanitaire, restent difficiles à caractériser

L'émergence de « déserts médicaux » sur le territoire est un phénomène d'ampleur qui a un impact sur l'accès aux soins. Il existe une inadéquation entre les lieux de formation des médecins, leurs lieux d'exercice et les besoins de la population. Intimement liée à la répartition territoriale des professionnels de santé, cette notion, malgré son usage courant dans le débat public, reste difficile à définir. La définition d'un désert médical suppose préalablement de définir des critères quantifiables permettant d'appréhender cette réalité.

Caractériser ce phénomène n'est pas aisé¹ et suppose de savoir à partir de quel seuil un territoire peut être considéré comme un désert médical. Un désert médical est-il un territoire où l'accès est difficile aux soins de premiers recours, comprenant les médecins généralistes et les services d'urgences ? Cette réalité se fonde-t-elle sur la difficulté d'accès aux médecins spécialistes, définis comme des soins de second recours² ?

La lutte contre la désertification médicale est devenue une cause nationale et fait l'objet de plusieurs politiques publiques depuis le début des années 2000. Si ces politiques visent à corriger les inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé, elles ont permis l'émergence de critères de définition d'une zone sous-dotée. Ces critères ont été principalement conçus pour mesurer les difficultés d'accès aux soins de premiers recours, et particulièrement celui aux médecins généralistes.

Plusieurs indicateurs statistiques permettent d'objectiver un désert médical. La proximité de l'offre de soins, tout d'abord, qui se mesure par le temps d'accès au médecin le plus

¹ VERGIER N., CHAPUT H., en collaboration avec LEFEBVRE-HOANG I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les Dossiers de la Drees* n° 17, Mai 2017.

² FRELAUT M., « Les déserts médicaux », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 105-116.

proche. En complément de la proximité, il faut analyser la disponibilité des médecins. Le renouvellement des générations de médecins s'accompagne de l'émergence d'une nouvelle conception de leur pratique professionnelle, plus tournée vers un équilibre entre vies privée et professionnelle. Ce phénomène conduit à une réduction du temps médical disponible. Par ailleurs, d'autres facteurs ont un impact sur l'accessibilité aux soins comme la pyramide des âges des médecins en activité et l'état de santé de la population du territoire. Ses caractéristiques socio-démographiques et ses besoins en soins sont des éléments à intégrer dans la définition d'un désert médical.

La plupart de ces éléments sont intégrés au calcul de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) en 2012. L'indicateur APL fait aujourd'hui consensus et est utilisé par les agences régionales de santé (ARS). Il vise à mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours sur un territoire. Cet indicateur se construit en tenant compte de la proximité géographique des médecins, leur disponibilité et leur activité en lien avec l'âge de la population du territoire. Les zones considérées comme sous-denses sont celles où les habitants ont accès à moins de 2,5 consultations par an. Cela concernait, en 2015, 8,6% de la population³.

L'ARS Occitanie, forte de cet outil, a analysé son territoire en 2018. Deuxième région la plus vaste de France, l'Occitanie se structure autour d'espaces géographiques littoraux et des reliefs montagneux. 45% de la superficie de la région est classée en zone montagneuse regroupant 14% de sa population⁴. L'ARS Occitanie a classé les communes de sa région en trois catégories, au regard de leur offre de soins et de l'accès aux médecins. Dans le bassin de vie de Lavaur, les habitants ont accès à 3,9 consultations par an, selon les données de l'observatoire des territoires. Ce bassin de vie est donc classé comme une zone d'action complémentaire (et non pas prioritaire), tout comme les bassins de vie environnants du Tarn et de la Haute Garonne. Cette qualification ouvre ainsi aux médecins généralistes le droit de prétendre à certaines aides de l'Etat. Le Centre hospitalier de Lavaur (CHL) se situe donc sur un territoire fragile du point de vue de sa démographie médicale, pour lequel la tutelle développe des actions incitatives.

L'émergence de déserts hospitaliers : « la crise de recrutement »⁵ dans les établissements publics de santé

³ VERGIER N., CHAPUT H., en collaboration avec LEFEBVRE-HOANG I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les Dossiers de la Drees* n° 17, Mai 2017, p.26.

⁴ ARS Occitanie, « Eléments de contexte pour un diagnostic territorial », avril 2017

⁵ BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A., « La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités », *Revue française de sociologie* 2007/4 (Vol. 48), p. 751-779.

Le phénomène de désertification médicale n'est pas seulement celui de difficultés d'accès aux médecins généralistes dans certains territoires. Il s'observe aussi au sein des établissements publics de santé. Tout d'abord, les difficultés d'accès aux médecins généralistes conduisent les patients à s'orienter vers les services d'urgences, qui sont alors saturés. D'autre part, le manque d'attractivité de certains territoires détourne les médecins des établissements publics de santé situés dans ces zones.

Les hôpitaux de ces territoires connaissent des difficultés certaines de recrutements médicaux. Olivier Véran utilise le terme de déserts hospitaliers⁶ décrivant la persistance de grandes disparités régionales, malgré une augmentation globale du nombre de médecins hospitaliers. Ce phénomène ne concerne plus seulement les Centres hospitaliers (CH) de petite et de moyenne taille, car les Centres hospitaliers universitaires (CHU) ne sont pas épargnés⁷.

La « crise de recrutement »⁸ que vit l'hôpital public est liée à une décorrélation entre le besoin des établissements en praticiens, et les effectifs en formation et en exercice actuellement. Les données statistiques produites par le Centre national de gestion (CNG) au 1^{er} janvier 2018⁹ sont éclairantes puisque, si le nombre de praticiens hospitaliers (PH) progresse depuis dix ans, le nombre de postes de PH vacants reste élevé. Ce sont 27,4% des postes de PH à temps plein qui restaient vacants au 1^{er} janvier 2018 et 47% des postes vacants de PH à temps partiel. Ce phénomène touche les spécialités et les régions de manière différenciée.

La région Occitanie, attractive pour les médecins, se caractérise pourtant par des difficultés à attirer des PH. Les médecins préfèrent l'exercice libéral ou dans des établissements de santé privés. L'offre de soins privée, abondante dans la région, recrute une grande partie des médecins formés. Ainsi, l'Occitanie est, selon le CNG¹⁰, la seconde région de France la moins dotée en PH avec 60,6 PH pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 67 PH pour 100 000 habitants.

Cette pénurie médicale structurelle met les établissements publics de santé de la région en grande difficulté pour maintenir leurs équipes médicales, d'autant que la population médicale est vieillissante et laisse présager, au cours des cinq prochaines années, de

⁶ VERAN O., « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte », Rapport, Décembre 2013, p.2

⁷ DEMANET Q., BREZIN A., « Rénover l'attractivité médicale : une question qui n'épargne plus les CHU », *Les cahiers de la fonction publique*, n°364, mars 2016, p. 80-83

⁸ BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A., « La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités », *Revue française de sociologie* 2007/4 (Vol. 48), p. 751-779.

⁹ CNG, « praticiens hospitaliers : éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1^{er} janvier 2018 »,

nombreux départs à la retraite. Selon une étude, ce sont 25% de leurs effectifs médicaux que les établissements publics de santé de la région vont devoir renouveler¹¹.

Dans ce contexte, le CHL ne fait pas exception. Les recrutements de nouveaux praticiens sont difficiles, particulièrement dans certaines spécialités comme la psychiatrie, la médecine physique et de rééducation, l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence. Les conséquences de ces difficultés de recrutement sont concrètes et posent aujourd'hui des interrogations quant à la pérennité de son offre de soins.

Accroître l'attractivité médicale des établissements publics de santé : une priorité stratégique portée sur les territoires

Le manque d'attractivité des établissements publics de santé est multifactoriel. Il est certes lié à l'attractivité du territoire, mais réside également dans l'attractivité des carrières hospitalières. Les jeunes praticiens n'ont plus les mêmes aspirations que leurs aînés¹².

Le contexte concurrentiel actuel, particulièrement prégnant en Occitanie, est une seconde explication. L'hôpital public doit s'imposer face aux attraits de l'exercice libéral de la médecine ou bien ceux de l'exercice dans les établissements de santé privés. Il est donc de la responsabilité du secteur hospitalier public de repenser ses organisations pour mieux répondre aux attentes de cette nouvelle génération.

Les difficultés de recrutement des établissements et la pénurie médicale à laquelle ils font face sont l'une des sources de leur manque d'attractivité. L'enjeu pour les établissements publics de santé est de parvenir à attirer des praticiens, puis de les accueillir dans les meilleures conditions afin de les fidéliser. L'étroit lien entre pénurie médicale et manque d'attractivité est celui d'un cercle vicieux, duquel les établissements doivent sortir. En effet, lorsqu'il manque des praticiens, la charge de travail s'alourdit et l'attractivité de l'établissement s'affaiblit, ce qui alimente cette spirale. L'enjeu pour les établissements est de consolider leurs organisations médico-soignantes.

Face à ce constat, les directeurs d'établissements manquent parfois d'outils efficaces pour y remédier. Si les propositions pour permettre à l'Hôpital public de gagner en attractivité médicale existent¹³, des obstacles pour y parvenir persistent. Dans un environnement réglementaire et statutaire rigide, les établissements manquent parfois de marges de manœuvre pour répondre aux demandes des praticiens.

¹¹ MICHAUD A., LONGEAUX N., « Gestion prévisionnelle des moyens médicaux en Occitanie – Etat des lieux 2018 – prospectives 2021-2023 », 12^{ème} congrès interrégional de la FHF Occitanie Nouvelle Aquitaine, novembre 2018

¹² Etude TNS Sofres/SIHP, « Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France », mai 2013.

¹³ LE MENN J., CHALVIN P., « 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 », Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Juin 2015 (remis en novembre 2015),

L'un des leviers identifiés pour relever le défi du manque d'attractivité médicale des établissements publics de santé¹⁴ est d'appréhender cette problématique à l'échelle territoriale. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont désormais les acteurs centraux de la coopération territoriale. Ils peuvent animer une stratégie concertée d'attractivité médicale et soutenir le partage de praticiens à l'échelle du territoire, à travers la mise en place d'équipes médicales de territoire. La pratique, plus de deux ans après la mise en place des GHT en 2017, et l'exploration de son cadre réglementaire, permettent aujourd'hui d'analyser les pratiques et d'identifier les outils à exploiter pour remédier à ces difficultés.

De ce point de vue, le GHT Haute Garonne – Tarn Ouest se distingue par le caractère novateur de ces coopérations territoriales, particulièrement médicales. Il propose des outils pour permettre aux établissements membres de répondre de manière concertée, anticipée et solidaire à des difficultés communes.

Ainsi, dans quelle mesure le GHT Haute-Garonne Tarn Ouest offre-il des leviers à ses membres pour accroître leur attractivité médicale ?

La réflexion se nourrira de l'étude du cas du CHL, intéressant à plusieurs égards. Tout d'abord, l'établissement s'intègre dans un GHT attractif et dynamique, porté par un CHU. Le GHT Haute Garonne Tarn Ouest compte sept membres : le CHU de Toulouse, les CH de Saint Gaudens, de Luchon, de Muret, de Lavaur, de Graulhet et le CH spécialisé en psychiatrie de Toulouse (CHS Marchant) (cf. annexe n°1). Ce GHT est donc l'un des trente-deux GHT porté par un CHU, ce qui permet un accès direct et facilité aux médecins en formation. Le CHU de Toulouse s'impose au sein de ce GHT : les produits du compte de résultat principal (CRP) du CHU représentent 85% des produits des CRP des établissements parties. Ce GHT précurseur a engagé, avant la création des GHT, une politique très dynamique en matière de coopération médicale.

Le CHL jouit d'un positionnement spécifique au sein du GHT, puisqu'il entretient de forts liens avec le CHU. Les deux établissements sont en direction commune depuis septembre 2017. Ce rapprochement est lié à leur proximité géographique, puisque le CHL se situe à une quarantaine de kilomètres de Toulouse et y est directement relié par l'autoroute. La formation de cette direction commune n'est que le résultat d'une coopération poussée entre ces deux établissements depuis plusieurs années. Leur coopération dans le domaine des affaires médicales est l'une des plus avancées à l'échelle du GHT. Les deux établissements partagent depuis 2012 de nombreux praticiens. Ce lien particulier avec le CHU permet donc à l'établissement d'utiliser tous les

¹⁴ Fédération hospitalière de France, « Attractivité médicale : préconisations 2018 », Septembre 2018, p. 5

outils déployés au sein du GHT pour gagner en attractivité médicale. Toutefois, ce fonctionnement instaure une dépendance certaine du CHL vis-à-vis de son partenaire.

Enfin, l'intérêt de l'étude réside dans les particularismes du CHL. Cet établissement se caractérise par sa large offre de soins relativement à sa petite taille. Situé dans une ville de 10 000 habitants, le CHL compte environ 600 lits et places en médecine, chirurgie, obstétrique, à destination des personnes âgées et en psychiatrie adultes et enfants. L'établissement est en charge de deux secteurs de psychiatrie qui représentent 45% de son capacitaire. Il offre des soins en médecine de spécialités, en chirurgie ambulatoire et en obstétrique avec une maternité de niveau I. Adossé à un service d'urgences, son plateau technique offre un scanner et est en réflexion pour l'implantation d'une IRM.

Méthodologie adoptée

La démarche d'évaluation et d'actualisation en cours de la convention de coopération liant le CHU de Toulouse et le CHL constituera la base de cette réflexion. Cette convention prévoit la coopération médicale des deux établissements par le partage de praticiens dans certaines spécialités et l'organisation des modalités techniques de cette coopération. L'actualisation de la convention est l'occasion d'évaluer cet outil au terme de ses dix premières années d'application. Ce diagnostic permet d'identifier les facteurs clés de la réussite de cette collaboration et d'envisager le développement de cette coopération dans de nouvelles spécialités, en lien avec les difficultés et priorités actuelles de l'établissement.

D'autre part, l'élaboration au cours du stage de direction d'une politique sociale à destination du personnel médical a permis d'identifier d'autres leviers d'action pour gagner en attractivité médicale. La rédaction de cette politique a été précédée d'une grande consultation conduite auprès de tous les médecins de l'établissement. Ils ont ainsi pu me faire part, au cours d'entretiens collectifs, de leurs aspirations et propositions pour que l'établissement améliore son attractivité médicale et fidélise ses médecins.

Le CHL est confronté, comme de nombreux établissements publics de santé à l'échelle nationale, à des difficultés de recrutement de nouveaux praticiens. Cette pénurie médicale pousse l'institution à se questionner sur ses organisations actuelles et la pérennité de son offre de soins (I).

Le GHT Haute Garonne - Tarn Ouest a fait des difficultés de recrutements médicaux de ses membres l'une des thématiques à explorer. Il pose donc les bases d'une politique concertée de gestion des affaires médicales. Cette démarche offre des outils aux établissements pour consolider leurs effectifs médicaux (II).

Il est toutefois indispensable que les établissements mènent une réflexion en interne afin de se doter d'une politique propre visant à consolider leur attractivité médicale. (III).

1. Les difficultés de recrutement médical du CHL : une tendance lourde qui modifie durablement l'institution

Le CHL éprouve des difficultés persistantes pour pourvoir l'ensemble de ses postes vacants. Cette réalité n'est pas propre à la région Occitanie, puisque qu'elle concerne de nombreux établissements à l'échelle nationale (1.1). L'établissement a donc rénové ses organisations médico-soignantes pour maintenir son offre de soins et la qualité de ses prises en charge (1.2).

1.1 Le manque de médecins au CHL révélateur d'une problématique tant locale que nationale

1.1.1 La raréfaction de la ressource médicale dans les hôpitaux : une réalité nationale liée à de profondes évolutions

Les établissements publics de santé en France connaissent une raréfaction de la ressource médicale. Cette réalité peut, tout d'abord, s'expliquer par les limites des outils utilisés pour réguler la démographie médicale (A). D'autre part, plusieurs évolutions ont conduit à une diminution globale du temps médical disponible (B).

- A) Les limites persistantes des outils de régulation de la démographie médicale malgré leurs évolutions

Le CNG observe une progression depuis dix ans du nombre de PH. En effet, les effectifs rémunérés de PH ont progressé de près de 16% entre 2008 et 2018. Pourtant, ce ne sont que 35,3% des postes vacants qui ont été pourvus au premier tour de recrutement en 2018 et 21,1% des postes publiés au second tour de recrutement. Ainsi, en 2018, seuls 28,5% des postes vacants publiés qui ont été pourvus par des PH. Ces éléments objectivent la difficulté des établissements à pourvoir leurs postes. Ce phénomène résulte en partie des évolutions des outils de régulation utilisés durant la formation des médecins.

Le premier outil est le numérus clausus qui régule la démographie médicale française depuis sa mise en œuvre, il y a presque cinquante ans¹⁵. Il fixe le nombre d'étudiants en médecine pouvant accéder à la seconde année. Son objectif initial est de réguler leur nombre pour qu'il s'accorde aux capacités d'accueil des établissements hospitaliers universitaires assurant leur formation. Par ailleurs, cet outil vise à adapter l'offre de soins aux besoins de santé anticipés, tout en contenant les dépenses de santé. Le numérus clausus peine à atteindre cet objectif car il suppose d'avoir une vision prévisionnelle claire

¹⁵ Arrêté du 21 octobre 1971

des effectifs médicaux et des besoins de santé à l'horizon d'au moins dix ans. La fixation annuelle du numéris clausus est un exercice difficile de prédiction de l'évolution future de la démographie médicale, en lien avec la progression des besoins de santé.

Si le numéris clausus a été piloté sur la base d'anticipations erronées, il est difficile de rétablir l'équilibre à court terme. Par exemple, entre 1977 et 1993 le numéris clausus a été réduit de manière brutale, provoquant une baisse du ratio relatif au numéris clausus de 16.3 à 6.1 pour 100 000 habitants¹⁶. Le nombre de médecins formés en France a donc chuté brutalement dès le début des années 1990. Les autorités ont réagi en 1999, passant le numéris clausus de moins de 4 000 à plus de 7 000 places en 2006 (cf. figure n°1). Toutefois, le manque de médecins formés entre 1977 et 1993 reste aujourd'hui perceptible. En l'absence d'éléments clairs sur la démographie médicale et ses évolutions, le numéris clausus a été gelé depuis le début des années 2010. La stabilité du numéris clausus depuis près de dix ans tient donc plus à l'absence d'une vision prévisionnelle claire des effectifs et besoins médicaux, plutôt qu'à une adéquation réelle entre cette stratégie et les futures évolutions.

Face à la difficulté de piloter cet outil de régulation, la loi du 24 juillet 2019 octroie une plus grande autonomie aux universités. Elles vont pouvoir déterminer annuellement leur capacité d'accueil en seconde année du premier cycle en lien avec les objectifs pluriannuels d'admission en première année du second cycle¹⁷.

Pour autant, la France n'a jamais compté autant de médecins. Si la problématique principale n'est pas leur nombre, elle est liée à leur inégale répartition sur le territoire. Ce questionnement conduit à s'intéresser au second outil de régulation: les épreuves classantes nationales (ECN). Le classement des étudiants aux ECN leur permet de choisir une spécialité et un poste d'interne au sein d'une université. C'est alors que commence à s'opérer l'inégale répartition des praticiens sur le territoire et entre les spécialités. Les grandes métropoles offrent un grand nombre de postes et donc concentrent les futurs médecins. Cela réduit les chances des territoires périphériques ou ruraux de fidéliser de futurs médecins. Les postes dans les régions peu attractives accueillent majoritairement des internes ayant effectué une mobilité « contrainte », car la spécialité choisie n'était plus disponible ou bien non-offerte dans la région ayant leur préférence. Ces futurs médecins changeront probablement de région dès la fin de leur cursus. Si les ECN instaurent une régulation relative de la répartition des étudiants en

¹⁶ D. CABY, C. DEFFIN, J.D. ZAFAR, « Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine », *Documents de travail de la DG Trésor n°2018/5*, juillet 2018, p.5

¹⁷ Article L.631-1.I du code de l'éducation

médecine, il apparaît que ce mécanisme de contrainte ne suffit pas à pallier le manque d'attractivité de certains territoires.

Un dernier outil de régulation de la répartition territoriale des médecins est le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), créé par la loi HPST du 21 juillet 2009¹⁸. Le CESP part du postulat que la formation initiale est un moment clé pour ancrer géographiquement les futurs médecins. Son objectif est d'inciter les étudiants et internes en médecine à s'orienter vers les territoires sous-dotés. Pour cela, les étudiants perçoivent une allocation mensuelle de 1 200€ jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer dans des zones où la continuité des soins est menacée. Cet engagement, de deux ans minimum, est effectif durant une période équivalente à la durée de versement de l'allocation. En imposant une durée minimale de deux ans, les chances d'un ancrage à plus long terme des professionnels de santé dans ces zones sont accrues. Le CNG a dressé, en février 2016, un premier bilan du dispositif¹⁹ malgré un recul insuffisant pour évaluer réellement la stabilité des installations. Le taux de signature des CESP a augmenté progressivement pour atteindre 80% en 2015-2016. La loi du 24 juillet 2019 élargi ce dispositif aux praticiens à diplômes obtenus en dehors de l'Union européenne.²⁰

B) La raréfaction du temps médical disponible

Les hôpitaux disposent aujourd'hui de moins de temps médical disponible à effectif constant. Les établissements ont donc besoin de recourir à davantage de médecins pour assurer la même présence auprès des patients. Ce phénomène s'explique par deux facteurs principaux.

Tout d'abord, les jeunes médecins envisagent leur pratique professionnelle différemment de l'ancienne génération. Le rapport Le Menn²¹ souligne que « *le rapport des jeunes praticiens à leur travail et aux hiérarchies professionnelles se transforme au gré des évolutions de la société et dans un contexte de féminisation rapide de la société* ». Les nouvelles générations acceptent plus difficilement les conditions de travail admises par leurs aînés. Ils aspirent aujourd'hui à un meilleur équilibre entre leur vie privée et professionnelle et prêtent une attention particulière à l'ambiance de travail. Pour 82% des internes et 87% des remplaçants, les horaires et le rythme de travail ont un impact

¹⁸ Article L. 632-6 du code de l'éducation

¹⁹ CNG, « Bilan de la mise en place des contrats d'engagement de service public (étudiants et internes en médecine) - campagnes 2010-2011 à 2014-2015 », février 2016.

²⁰ Article 8 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

²¹ LE MENN, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », Rapport, 2015

déterminant sur la décision du lieu et du mode d'installation²². Cette nouvelle conception de leur pratique professionnelle réduit le temps médical disponible au sein des établissements puisqu'ils sont plus enclins à opter pour un travail à temps partiel.

Cette « nouvelle philosophie du temps de travail pour les médecins hospitaliers »²³ s'observe, d'autre part, au fil des évolutions réglementaires sur le temps de travail au sein des organisations hospitalières. Elles ont accentué la diminution du temps médical disponible. L'Union Européenne a développé un corpus réglementaire depuis les années 2010. L'arrêté du 8 novembre 2013²⁴ transpose ces directives en permettant une meilleure valorisation des astreintes. Elle reconnaît le temps déplacé à l'hôpital en période d'astreinte ainsi les temps non-cliniques que comme du temps de travail effectif. Ces deux évolutions cumulées conduisent les médecins à être moins présents qu'auparavant auprès des patients sur les heures ouvrables. Afin de maintenir les organisations en place et la présence médicale, les établissements doivent recourir à un nombre de médecins croissant. Le processus de raréfaction du temps médical disponible questionne en profondeur les organisations et poussent les acteurs à développer de nouvelles modalités de fonctionnement pour maintenir une prise en charge de qualité.

1.1.2 Les hôpitaux d'Occitanie envisagent, de manière concertée, la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux dans un environnement concurrentiel

Si la région Occitanie est attractive pour les médecins, elle manque de PH (A). Sous l'impulsion de la FHF, les établissements de la région ont, sur la base d'un diagnostic partagé, élaboré une gestion prévisionnelle des effectifs médicaux commune (B).

- A) Malgré une démographie médicale dense, les hôpitaux d'Occitanie manquent d'attractivité médicale dans un environnement concurrentiel marqué

L'Occitanie est une région attractive pour les médecins

L'Occitanie est une région qui présente de nombreux attraits pour les médecins. Elle concentre les médecins et affiche une démographie médicale favorable par rapport à la moyenne nationale. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2018 l'ancienne région Midi-Pyrénées comptait 292,5 médecins pour 100 000 habitants, alors

²² CNOM, « Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires », communiqué de la commission des jeunes médecins du CNOM, avril 2019, p.2

²³ 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.

²⁴ 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

que la moyenne nationale est de 270,3 médecins pour 100 000 habitants²⁵. Les médecins de la région se concentrent autour des deux métropoles de la région que sont Toulouse et Montpellier : 27% des médecins inscrits à l'ordre des médecins au 1^{er} janvier 2018 l'étaient dans le département de la Haute Garonne et 24% d'entre eux l'étaient dans l'Hérault. Il existe donc une inégale répartition des médecins sur le territoire régional.

Une pénurie de PH pour les établissements publics de santé d'Occitanie

Pourtant, la région manque de PH pour exercer dans ses hôpitaux. Le CNG souligne que l'Occitanie est la seconde région la moins dotée en PH, avec une démographie de 60.6 PH pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de 67 PH pour 100 000 habitants²⁶. Ainsi, les établissements de la région constatent la vacance de nombreux postes. Ce sont 26,1% des postes de PH à temps plein et 40,6% des postes de PH à temps partiel qui restent vacants. Les taux de vacances d'emploi ont progressé entre 2017 et 2018, à hauteur de +0.6% pour le taux de vacance des postes de PH à temps plein et de +0,4% pour le taux de vacance des postes de PH à temps partiel²⁷. Ce taux élevé de vacance d'emploi conduit les établissements publics de santé à recourir à des praticiens contractuels ou bien au travail médical temporaire pour maintenir leurs activités.

Un déficit d'attractivité des carrières hospitalières face aux attraits de l'exercice dans les établissements de santé privés et de l'emploi temporaire

La région Occitanie se caractérise par une forte concurrence des établissements de santé privés. Dans quatre des treize départements de la région Occitanie, les cliniques privées constituent plus de 40% de la capacité totale en lits et places²⁸. L'agglomération toulousaine concentre une importante offre de soins privés. Selon les données de « Score-santé », le nombre de lits des hôpitaux publics de la Haute-Garonne représente 39 % de la capacité totale du département, l'hospitalisation privée en représentant 61%. Ce secteur mène une politique agressive d'attractivité à l'égard des médecins du territoire. Les conditions de travail offertes sont attractives comparativement au secteur public. Les praticiens y sont plus libres d'organiser leur temps de travail et accèdent plus aisément à des aménagements de leur temps de travail. Ils jouissent d'une autonomie certaine et sont moins soumis au poids de la permanence des soins (PDS). La plus grande souplesse du cadre juridique auquel ils sont soumis, comparativement à celui de la fonction publique hospitalière (FPH), y participe.

²⁵ Conseil national de l'ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale », 2018, p.120

²⁶ Conseil national de gestion, « Praticiens hospitaliers – éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1^{er} janvier 2018 », p.13

²⁷ *Ibid.*, p.15

²⁸ DREES, « Fiche 1 : les grandes catégories d'établissements de santé », 2018

Cette attractivité est d'autant plus importante que les contraintes liées à l'exercice hospitalier progressent. La lourdeur de la PDS dans les hôpitaux peut freiner les praticiens à s'engager dans l'exercice hospitalier. La réforme dite « Mattei » de 2002 y a contribué en instaurant le volontariat individuel des praticiens. En pratique, cette réforme a mis un terme à l'obligation de garde incombant aux médecins libéraux. Cela a eu pour effet d'accroître l'activité des urgences hospitalières. Les hôpitaux sont désormais de plus en plus seuls à supporter le poids de la PDS et notamment les spécialités comme la médecine d'urgence, la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la pédiatrie. Elles perdent donc en attractivité.

En sus du poids réduit de la PDS, l'exercice médical dans les établissements privés présente un intérêt financier. Le différentiel de rémunération entre le secteur public et le secteur privé est réel, particulièrement en Occitanie. Il n'est pas aisé de chiffrer ces écarts de rémunérations en raison de la spécificité des modes de rémunération. En effet, les établissements privés ont largement recours à des médecins exerçant en libéral dans leurs murs. Le panorama annuel de la DRESS en 2018 s'y essaie et souligne qu'en 2015, les personnels médicaux percevaient un salaire net mensuel moyen en équivalent temps plein (ETP) de 5 428€ dans le secteur public et de 5 962€ dans les cliniques privées²⁹. L'écart de rémunération est particulièrement important dans certaines spécialités comme la radiologie et l'anesthésie-réanimation, spécialités caractérisées par un taux de vacances de poste de PH élevés. L'emploi temporaire alimente donc le manque d'attractivité du secteur hospitalier.

B) Une gestion prévisionnelle des effectifs médicaux concertée entre les établissements publics de santé de la région Occitanie

Les établissements publics de santé d'Occitanie ont pris la mesure des risques d'une démographie médicale tendue. Ils ont conduit une étude visant à dresser un état des lieux en 2018 des moyens médicaux dans la région et à envisager les perspectives d'évolution des effectifs médicaux à l'horizon 2021-2023³⁰.

Cette démarche fait un état des lieux par établissements, territoires et spécialités des postes médicaux présents et rémunérés au 1^{er} janvier 2018, mais aussi des postes vacants. Cinq établissements avaient en 2018 un taux de postes vacants de plus de 40%. Ce sont les établissements hors CHU qui sont principalement en difficulté puisque l'écart

²⁹ DREES, « Les établissements de santé – édition 2018 », 2018, p.51

³⁰ MICHAUD A., LONGEAUX N., « Gestion prévisionnelle des moyens médicaux en Occitanie – Etat des lieux 2018 – prospectives 2021-2023 », 12^{ème} congrès interrégional de la FHF Occitanie Nouvelle Aquitaine, novembre 2018

entre le taux de vacance de poste dans les CHU et hors CHU est révélateur. Il est sept fois plus élevé hors des CHU. Les spécialités les plus en tension à l'échelle régionale sont la pédopsychiatrie (23% de postes vacants en 2018), la pneumologie (20% de postes vacants en 2018), les urgences, SAMU et SMUR (20% de postes vacants en 2018), l'anesthésie – réanimation (18% de postes vacants en 2018) ainsi que la radiologie et la réanimation médicale (16% de postes vacants en 2018).

L'étude s'attache, dans un second temps, à élaborer une prévision à trois et à cinq ans des besoins et des postes médicaux à pourvoir. Les établissements ont identifié les départs en retraite et les départs connus de praticiens à l'horizon 2021 et 2023. L'étude conclut que les hôpitaux de la région Occitanie auront besoin de renouveler 25% de leurs effectifs médicaux au cours des cinq prochaines années. Onze établissements de la région auront plus de 100% de postes vacants par rapport aux nombre d'ETP présents. Les spécialités les plus touchées par ce fort taux de renouvellement sont l'anesthésie-réanimation, la pédopsychiatrie, la gériatrie, la radiologie, la pneumologie et les urgences, SAMU et SMUR avec un taux de renouvellement de plus d'un quart des effectifs.

Pour répondre aux besoins de recrutements médicaux futurs, les établissements devront être attractifs pour les jeunes médecins achevant leur internat à Toulouse. L'étude met en lien les besoins en recrutement projetés en 2023 et le nombre de médecins formés terminant leur cursus universitaire à Toulouse à la même période. Dans certaines spécialités, le nombre prévisionnel de postes vacants en 2023 nécessiterait de recruter la totalité des jeunes médecins sortant de scolarité cette même année, voire davantage. Pour la gériatrie, les hôpitaux de la région vont avoir besoin en 2023 de 34,5 ETP, soit 314% des gériatres sortant en 2023. Dix spécialités requerront le recrutement de plus de 100% des médecins sortant de l'université de médecine de Toulouse. Cette analyse illustre la non-adéquation entre le nombre de médecins formés dans les spécialités et les besoins du territoire.

Forts de ces conclusions, les établissements publics de la région Occitanie doivent élaborer une politique d'attractivité médicale affirmée afin d'anticiper ces difficultés. Ils devront à la fois être attractifs pour les médecins sortant de l'université de Toulouse, tout en ouvrant leur périmètre de recrutement en dehors de la région, y compris à l'étranger.

1.1.3 Des difficultés de recrutement en partie expliquées par des caractéristiques propres à l'établissement

Le CHL connaît des difficultés pour recruter et fidéliser des praticiens. Dans un contexte régional de pénurie de PH, l'établissement ne fait pas exception et se caractérise par de nombreux postes vacants non pourvus, malgré leurs publications successives par le

CNG. Comme l'indique le tableau ci-dessous, sur les 55,6 ETP autorisés dans l'établissement, près de 19 restent vacants. Le recours à des praticiens contractuels rapporte le nombre d'ETP vacants à 9,9, ce qui représente 17% des effectifs autorisés.

	Postes PH autorisés	Valorisation en ETP	Postes PH pourvus (en ETP)	Postes PH vacants (en ETP)	Contractuels (en ETP)	Postes vacants (en ETP)
PH temps plein	46	46	31,9	14,1	4,6	9,5
PH temps partiel	16	9,6	5	4,6	4,2	0,4
Total	62	55,6	36,9	18,7	8,8	9,9

Ces difficultés de recrutement se concentrent autour de certaines spécialités, déjà identifiées comme critiques à l'échelle régionale par l'enquête de la FHF Occitanie. Il s'agit de l'anesthésie, de la pédopsychiatrie et des urgences. Ce constat est d'autant plus lourd que ces trois spécialités seront concernées par un taux élevé de renouvellement de praticiens dans les cinq prochaines années.

L'exemple de la pédopsychiatrie est parlant puisque le service éprouve des difficultés persistantes à recruter des praticiens. En juillet 2019, deux des cinq postes de PH à temps plein étaient vacants, tout comme deux des trois postes de PH à temps partiel. Ces difficultés ont conduit l'établissement à prendre la difficile décision de ne pas ouvrir l'une de ses structures, un hôpital de jour à destination des adolescents, après son inauguration en février 2019.

L'établissement offre pourtant un cadre de travail agréable dans une structure à taille humaine avec une communication facilitée au sein de la communauté hospitalière et une ambiance de travail reconnue. La coopération avec le CHU de Toulouse attire de nombreux praticiens qui ont ainsi la possibilité de recourir à l'expertise du CHU, d'échanger avec des praticiens spécialistes à temps partagé et d'orienter les patients dans une filière de soins de qualité. Enfin, s'installer à Lavaur permet d'avoir une qualité de vie, facilitant la conciliation entre vies privée et professionnelle, tout en maintenant une proximité avec la métropole toulousaine.

Les difficultés de l'établissement à recruter de nouveaux praticiens tiennent en partie à des caractéristiques propres à l'établissement. Par exemple, si la proximité de Toulouse est réelle (environ 40 minutes), elle peut apparaître relative. Des praticiens ne souhaitent pas effectuer ce trajet chaque jour. Par ailleurs, si l'établissement offre un panel d'activités large, la nature de ses activités ne permet pas une hyperspécialisation des praticiens ou bien une haute technicité.

Par ailleurs, l'établissement se caractérise par un éclatement géographique avec une multitude de sites et structures extérieures. Le pôle de psychiatrie par exemple compte quatre sites de pédopsychiatrie et neuf sites de psychiatrie adultes. Si cette configuration ouvre le droit aux praticiens de percevoir la prime d'exercice territoriale (PET) sous certaines conditions, ces modalités d'exercice ne sont pas adaptées à tous les praticiens. Cette mobilité imposée par la configuration peut effrayer les candidats potentiels et laisser craindre une solitude dans l'exercice professionnel.

Enfin, la taille réduite des équipes médicales peut effrayer les nouveaux médecins car cela laisse présager une charge de travail importante et de nombreuses astreintes ou gardes. La petite taille des équipes médicales rend, en effet, l'établissement et les organisations sensibles aux mouvements du personnel médical. L'absence ou le départ d'un médecin dans ces équipes met rapidement l'établissement en difficulté, tout comme l'équipe, qui doit alors assumer une charge de travail augmentée. Les pôles et la direction des affaires médicales (DAM) doivent s'attacher à anticiper les départs « prévus » pour chercher des praticiens. En revanche, l'absentéisme inopiné et les départs non-programmés mettent l'établissement en difficulté et le pousse à agir dans l'urgence avec des solutions temporaires, telles que le recours à l'aide du CHU de Toulouse ou bien à l'emploi médical temporaire.

1.2 Le contexte de raréfaction de la ressource médicale au CHL modifie durablement ses organisations et sa structure

Les difficultés de recrutements médicaux conditionnent la stratégie de l'établissement et ses organisations (1.2.1) et pèsent lourdement sur sa structure financière (1.2.2).

1.2.1 La rareté de la ressource médicale pousse l'établissement à adapter ses organisations médico-soignantes

La raréfaction du temps médical au CHL est la conséquence des évolutions sociologiques et réglementaires ainsi que des difficultés de l'établissement à recruter des médecins de manière pérenne dans certaines spécialités. Cette réalité a donc conduit les organisations hospitalières à se réinventer et à innover afin d'offrir une prise en charge de qualité malgré ces évolutions structurelles.

- A) Le changement de paradigme : les projets médicaux de service façonnés par l'évolution des équipes médicales

Projets médicaux de service et équipes médicales sont intimement liés puisque ce sont les responsables médicaux de service qui définissent le projet médical de leur unité. Ce

projet, porté par l'équipe médicale, définit les objectifs et projets de l'unité à moyen terme en lien avec les besoins de la population. Le patient doit être au cœur de la démarche. Si les projets de service sont rédigés à échéances régulières et ont vocation à inscrire dans la durée les projets, ils sont amenés à être amendés avec l'évolution des équipes médicales. L'instabilité des équipes médicales, l'arrivée de nouveaux praticiens, tout comme la vacance de postes, peuvent les remettre en cause et déstabiliser son articulation avec le projet soignant.

La pratique montre que les médecins candidats sont principalement motivés par les projets médicaux de services innovants et en accord avec leurs appétences. C'est l'un des éléments déclencheurs pour le recrutement. Ainsi, le CHL a pris le parti de modeler les projets médicaux des services connaissant des difficultés de recrutements médicaux, en lien avec les candidats retenus. Ce parti pris, motivé par un principe de réalité, peut apparaître comme un renversement de paradigme.

Le CHL a adopté cette stratégie au cours de l'été 2019. L'unité psychiatrique de crise de l'établissement éprouve depuis plusieurs mois des difficultés à compléter et dynamiser son équipe médicale. Cette pénurie médicale l'a conduite à fermer une aile avec 15 lits d'hospitalisation pour maintenir la sécurité des soins. Ce service d'aval des urgences accueille des patients en crise et des patients relevant de pathologies alliant gériatrie et psychiatrie. L'ouverture de lits de psycho-gériatrie a été, à de nombreuses reprises évoquée, notamment lors de la construction du dossier de renouvellement des autorisations. Toutefois, la démographie médicale d'alors, et l'absence de perspectives d'évolution, ont conduit l'équipe à être prudente sur la faisabilité de ce projet.

Lorsqu'un médecin gériatre au profil intéressant, et affirmant sa volonté de se former à la géronto-psychiatrie, a candidaté dans l'établissement, la direction et le trio du pôle y ont vu l'opportunité de concrétiser ce projet de géronto-psychiatrie. L'un des postes de psychiatre vacant est donc en cours de transformation auprès du CNG pour devenir un poste de gériatre et permettre le recrutement, au tour d'automne 2019, de ce praticien.

- B) Le dépôt d'une demande d'autorisation pour l'implantation d'une IRM en l'absence de radiologue recruté au CHL

Le CHL offre à la population un plateau technique doté d'un scanner, de radiologie conventionnelle, de mammographie et d'échographie. Pour compléter cette offre, le service a le projet d'y implanter une IRM. Néanmoins, l'établissement ne dispose d'aucun poste de radiologue, spécialité dont la démographie médicale est préoccupante dans la région. Le service d'imagerie a donc développé des organisations médicales innovantes pour maintenir cette offre en l'absence de praticien recruté au sein de l'établissement.

Tout d'abord, la coopération médicale avec le CHU de Toulouse permet la présence sur place quatre jours par semaine de radiologues seniors du CHU, d'un interne et d'un assistant à temps partagé (ATP). L'organisation de la permanence des soins est prévue dans la convention cadre qui lie les deux établissements. Elle prévoit que le CHU assure la permanence des soins du plateau d'imagerie du CHL grâce à une astreinte en télé-radiologie la nuit en semaine et durant le week-end pour les demandes de scanner en urgence. D'autre part, le plateau d'imagerie est ouvert sur la ville et offre des vacations à des radiologues libéraux de la commune. Enfin, en dehors des vacations assurées en présentiel, l'établissement a recours à la télé-interprétation avec une société de télé-radiologie.

Le fonctionnement actuel et la conduite de ce projet d'IRM reposent sur un système d'information innovant. La très grande intégration du système d'informations du CHL avec celui du CHU de Toulouse permet aux praticiens, peu importe le lieu, de travailler sur la même interface et de consulter le dossier médical des patients. Ce partage de données garantit la qualité de la prise en charge et la pertinence des prescriptions.

Construit au sein du GHT Haute Garonne-Tarn ouest, le projet d'IRM intègre les enjeux de mutualisation des équipements d'imagerie et d'exercice territorial de la médecine. Ainsi, l'IRM fonctionnera principalement grâce à une équipe médicale constituée de radiologues à temps partagés avec le CHU de Toulouse, avec, en filigrane, le projet de constituer une véritable équipe médicale de territoire en imagerie, innovation permise grâce aux GHT.

1.2.2 Le manque d'attractivité médicale pèse sur sa structure financière de l'établissement

A) L'équilibre fragile du rapport de force lors des négociations salariales avec les praticiens

Les besoins de recrutement et de fidélisation du personnel médical au CHL ont une influence sur le rapport de force établi entre les médecins et la direction de l'établissement. L'équilibre de ce rapport de force apparaît particulièrement fragile lorsque les praticiens négocient leur rémunération. Il est, en effet, difficile pour l'établissement rester ferme dans la négociation salariale lorsque cela peut conduire au départ ou au non-recrutement d'un praticien. Les pratiques qui en résultent ont des conséquences notables sur les dépenses de titre 1 relatives au personnel médical.

Le corpus réglementaire encadre pourtant de manière très précise la rémunération des praticiens. Les médecins assistants, les praticiens attachés ainsi que les PH évoluent sur

une grille avec des échelons, à l'encontre de laquelle les établissements ne peuvent aller. Les négociations s'opèrent donc sur les primes et indemnités qui s'ajoutent à la rémunération principale. La variable souvent mobilisée est la PET, particulièrement avec la multiplicité des sites du CHL.

Les médecins contractuels ont, quant à eux, la possibilité d'engager une négociation salariale. Le recours aux praticiens contractuels dans les établissements publics de santé est encadré. Il n'est possible que dans quatre situations précises ³¹ :

- en cas de surcroît occasionnel d'activité durant, au maximum, six mois par an,
- pour remplacer des PH lors de leurs absences et congés statutaires,
- lorsque le poste de PH reste vacant malgré une publication par le CNG,
- pour occuper des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles.

Les émoluments de ces praticiens contractuels ne peuvent excéder la rémunération correspondant au 4^{ème} échelon du statut de PH, majoré de 10%³². Les établissements qui connaissent des difficultés de recrutement, comme le CHL, proposent souvent ce montant maximal aux candidats afin d'être attractifs. Ce n'est en revanche pas le cas des établissements moins en difficulté comme les CHU. Le CHU de Toulouse par exemple ne propose pas ce niveau de rémunération, ce qui donne une chance aux hôpitaux périphériques d'être plus attractifs financièrement. Cette pratique sous-tend plusieurs limites. Tout d'abord, accorder, en première intention, le 4^{ème} échelon + 10% ne permettra aucune évolution de rémunération au praticien. D'autre part, lorsque les praticiens contractuels recrutés au 4^{ème} échelon +10% sont lauréats du concours de PH, le CNG procède à une reprise de leur ancienneté qui peut être inférieure au 4^{ème} échelon. Dans ces cas, courants, les praticiens connaissent une réduction de leur rémunération. Ces situations peuvent susciter des dérives non-réglementaires. Certains établissements, pour conserver leurs praticiens nouvellement PH, sont tentés de compenser cette différence de rémunération en ayant recours à des plages de temps de travail additionnel (TTA). L'octroi de ces plages de TTA non-travaillées est une variable d'ajustement souvent évoquée lors des négociations financières avec les médecins, tous statuts confondus. Face à cette pratique, des discussions sont en cours pour résorber cette différence de rémunération via des dispositifs réglementaires, comme cela existe pour le personnel non-médical.

³¹ Article R6152-402, modifié par le décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010

³² Article R6152-416 modifié par le décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010

B) Les coûts du recours à l'emploi médical temporaire

Le marché de l'emploi médical temporaire est en plein essor. Les établissements publics de santé ont de plus en plus recours à ces médecins temporaires, très coûteux, pour pallier un manque structurel de ressource médicale. Le CHL fait partie des établissements qui utilisent ce levier pour assurer la continuité de ses activités. Le recours à ces praticiens a des conséquences plurielles pour les établissements.

Dans les services où plusieurs postes sont vacants, le CHL fait appel à des médecins intérimaires pour maintenir la continuité des activités. En anesthésie-réanimation par exemple, l'établissement est en difficulté puisqu'il ne compte qu'un seul poste pourvu sur les quatre autorisés. La présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) requise pour maintenir l'autorisation de gynécologie-obstétrique et faire fonctionner le bloc opératoire. Le CHL fonctionne donc avec une équipe presque entièrement composée de médecins intérimaires réguliers tout au long de l'année. Ces praticiens temporaires permettent, d'autre part, de pallier les absences des praticiens de l'établissement lors de congés statutaires, particulièrement durant la période estivale. En effet, la petite taille des équipes médicales de l'établissement ne permet pas de compenser l'absence de l'un de ses membres.

L'accueil de ces médecins pour des missions de courtes périodes peut, tout d'abord, être désorganisant pour les équipes.

D'autre part, le niveau de rémunération de ces praticiens étant connu de leurs confrères, recourir régulièrement à l'intérim médical peut démotiver les médecins permanents. Un rapport consacré à l'emploi médical temporaire³³ affirme qu'alors qu'un PH gagne en moyenne 260€ nets par jour travaillé, un intérimaire en perçoit 650€. Le prix de la garde de 24 heures passe lui de 600€ à plus de 1 300€, plus de deux fois plus.

Enfin, le coût financier du recours à l'intérim est important. Dans l'EPRD validé pour l'année 2019 du CHL, les prévisions de dépenses pour les praticiens contractuels sans renouvellement de droit (compte H6423 du budget H) représentent plus de 12% des dépenses annuelles pour le personnel médical. Olivier Véran dans un rapport effectue un chiffrage du coût de ces praticiens comparativement à celui des PH. Si leur niveau de rémunération oscille entre 600 et 800€ par jour, et 1300€ pour une garde de 24 heures, le coût supporté par l'établissement est bien plus élevé. Il faut en effet ajouter au salaire de référence, l'indemnité de fin de mission, l'indemnité compensatrice de congés payés, ainsi que les frais de transport, d'hébergement, de bouche etc. Le député conclut qu'une journée d'intérim coûte, en moyenne, à l'hôpital 1 370€ TTC, soit plus du triple que le coût

³³ VERAN O., « Hôpital cherche médecins coûte que coûte », Rapport, décembre 2013, p.9

d'une journée de travail pour un PH. Le coût global avoisine les 500 millions d'euros par an³⁴. Réguler ce marché lucratif est un véritable enjeu pour les finances publiques.

Il est aujourd'hui très difficile d'estimer le montant total de ce marché à l'échelle nationale. Le FHF Midi-Pyrénées a mené une enquête en 2012 pour estimer le coût réel des missions temporaires. Elle en conclut, qu'en 2012, ce sont 10 016 jours qui ont été couverts par l'emploi médical temporaire. Le coût des rémunérations et charges s'est élevé à 12,5 millions d'euros, auxquels il faut ajouter 600 000 euros d'honoraires d'agences, et 800 000 euros de frais d'hébergement et déplacement, soit au total près de 14 millions d'euros. Selon ce rapport, « *on peut estimer le surcoût pour les hôpitaux à plusieurs centaines de millions d'euros, de l'ordre de 500 millions d'euros.* »³⁵

Si un décret, publié au journal officiel le 26 novembre 2017³⁶, entent plafonner la rémunération des médecins intérimaires, tous les établissements ne jouent pas le jeu et créent ainsi une concurrence déloyale vis à vis des établissements environnants.

Les difficultés de recrutements médicaux que connaît le CHL sont multifactorielles et complexes à analyser. Cette réalité a pourtant des conséquences perceptibles dans les établissements. La construction des GHT s'est faite avec une volonté publique d'armer les hôpitaux publics pour remédier à leur manque d'attractivité.

³⁴ VERAN O., « Hôpital cherche médecins coûte que coûte », Rapport, décembre 2013, p.2-3

³⁵ *Ibid.*, p15

³⁶ Décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé

2. La politique territoriale d'attractivité médicale du GHT Haute Garonne – Tarn Ouest permet la consolidation des effectifs médicaux du CHL

Les évolutions réglementaires font du GHT l'acteur compétent pour conduire une politique d'attractivité médicale à l'échelle du territoire (2.1). Les médecins sont incités à intervenir sur l'ensemble des établissements du GHT via l'exercice médical territorial. Le GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest a fait de ce nouveau mode d'exercice un pilier de sa politique territoriale (2.2). Pour le CHL, cela représente une porte d'entrée intéressante des praticiens même si cette politique présente certaines limites (2.3).

2.1 Les nouvelles prérogatives des GHT pourvoyeuses d'outils pour déployer une politique territoriale d'attractivité médicale

2.1.1. La conduite d'une politique territoriale en faveur de l'attractivité médicale : une compétence des GHT

- A) Le projet médical partagé : l'outil central de la stratégie d'attractivité médicale du GHT

Le projet médical partagé (PMP) est le socle de chaque GHT car il en définit la stratégie médicale. Il bâtit une offre de soins, organisée autour d'un parcours de soins sur le territoire, et structure des filières de soins coordonnées. La rédaction d'un PMP permet aux établissements publics d'un territoire de se coordonner autour d'une stratégie de groupe public dans un contexte concurrentiel affirmé. Le PMP pose les bases de la politique du GHT en faveur de l'attractivité médicale.

En organisant, tout d'abord, des filières de soins gradués, le PMP contribue à la fluidification du parcours des patients. Ils sont moins fragmentés et plus cohérents ce qui permet une plus grande satisfaction des praticiens dans leur pratique professionnelle.

Le PMP structure, d'autre part, une dynamique d'équipe au sein du GHT. Le travail en équipe, plébiscité par les jeunes médecins, est source d'attractivité. La collaboration territoriale permet par exemple d'organiser la PDS à l'échelle territoriale sur la base du schéma territorial de la permanence et la continuité des soins³⁷. Cette organisation en réduit la pénibilité. Ce travail en équipe suppose néanmoins une plus grande coordination des acteurs et une harmonisation minimum des pratiques et des procédures.

³⁷ BAZ E. « Groupements hospitaliers de territoire : analyse du décret du 2 mai 2017 », *la Revue hospitalière de France*, n°576, p.52-53

La mise en œuvre d'une stratégie médicale commune instaure une mobilité des praticiens entre établissements. Ils exercent désormais à l'échelle du territoire et ont ainsi un accès facilité aux autres établissements du GHT. Cela présente de nombreux attraits pour les praticiens de petits établissements comme le CHL, particulièrement quand le GHT compte parmi ses membres un CHU. Dans le cadre du GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest, l'exercice territorial permet en effet aux médecins des établissements parties d'accéder aux infrastructures et aux hyper-spécialités du CHU de Toulouse. En revanche, il faut reconnaître que la mobilité depuis le CHU vers des établissements périphériques est moins attractive.

Tout l'enjeu pour les établissements est de rendre la gouvernance des GHT transparente et de co-construire ce projet médical pour permettre son appropriation par les équipes. Le PMP modifie l'environnement et le mode d'exercice des praticiens. C'est pourquoi, la DAM doit les accompagner dans ces nouveaux parcours professionnels.

B) L'attractivité médicale : une compétence des futures commissions médicales de groupement

Dans le souci de renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au sein des GHT, la loi du 24 juillet 2019 rend obligatoire la constitution d'une commission médicale de groupement (CMG). La création de cette instance commune était, jusqu'alors, une possibilité offerte aux GHT. Les GHT restaient libres de constituer soit un collège médical de GHT, instance *ad hoc*, dotée de nouvelles compétences au regard des CME; soit une commission médicale de GHT, instance ayant délégation de compétences des CME³⁸.

Force est de constater que seul un GHT sur cinq avait choisi de s'engager dans la démarche la plus intégrative, en constituant une commission médicale de GHT. Ainsi, en rendant obligatoire la constitution de CMG avec des compétences élargies, la loi renforce la gouvernance médicale au niveau des GHT et entend renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux.

Cette instance médicale jouira de compétences propres en lien avec les fonctions mutualisées. Le texte stipule que ces CMG seront compétentes pour élaborer la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et contribuera aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La loi ouvre la possibilité au législateur d'étendre les compétences de ces CMG³⁹, par exemple à la politique de formation médicale, au projet social, à la gestion prévisionnelle des emplois et des

³⁸ Article R. 6132-9 du code de santé publique

³⁹ Article 37 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

compétences médicale (GPECM) du territoire ou la politique de recrutement des emplois médicaux sur le territoire.

Rendre obligatoire la création de cette instance dans les GHT témoigne de la volonté du législateur d'accroître l'implication de la communauté médicale dans cette dynamique territoriale. La mobilisation des praticiens est une condition indispensable au succès de la démarche. La Ministre des solidarités et de la santé a affirmé, lors des débats au Sénat, sa volonté de « *faire en sorte que certaines décisions médicales soient prises de façon plus collective, à l'échelon du GHT, afin de soutenir l'émergence de filières médicales structurées en son sein, de renforcer la gouvernance médicale dans sa gouvernance d'ensemble et de faire émerger une fonction de président de commission médicale de GHT, qui serait l'homologue médical du directeur de l'établissement support.* »⁴⁰

Les CMG peuvent donc devenir des acteurs centraux de la politique médicale des GHT et de leur attractivité médicale. Il faudra toutefois veiller à ce que l'articulation et la complémentarité des compétences dévolues aux CME à l'échelle des établissements et au CMG à l'échelle des GHT, soient équilibrées et comprises. Les CME craignent d'être dépossédées d'une partie de leurs prérogatives. La pondération des voix selon la taille de l'établissement ou bien l'application du principe d'une entité juridique une voix sera un arbitrage déterminant. De plus, une concertation des acteurs sera nécessaire pour arbitrer sur les trois thématiques suivantes : « *la révision d'ensemble du périmètre des instances médicales et de leurs nouvelles attributions ; la ligne de partage de compétence entre la commission médicale d'établissement et la nouvelle CMG ; l'élargissement de compétences des commissions médicales* »⁴¹.

C) La gestion des affaires médicales à l'échelle territoriale : une mutualisation obligatoire pour gagner en attractivité médicale

La loi du 24 juillet 2019 fait de la gestion des ressources humaines médicales l'une des fonctions mutualisées au sein des GHT et assurées par l'établissement support. La création de DAM de territoire est un pas de plus dans la dynamique intégrative des GHT.

Jusqu'alors, le cadre réglementaire des GHT offrait la possibilité aux établissements de transférer une partie de la gestion des affaires médicales vers l'établissement support du GHT. Cela concernait particulièrement la gestion des praticiens appartenant à des équipes médicales de territoire ou à des PIE. Des établissements ont mis en commun

⁴⁰ Assemblée Nationale, « Compte rendu intégral de la séance publique du vendredi 22 mars 2019 ».

⁴¹ « Etude d'impact – Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé », 13 février 2019, p.82

toute la gestion des leurs ressources humaines médicales comme le GHT Rhône-Nord-Dombes-Beaujolais.

Cette mutualisation, désormais obligatoire, peut répondre à plusieurs insuffisances du fonctionnement des GHT. Il existe, tout d'abord, une concurrence entre les établissements d'un même GHT à travers leurs politiques de recrutement médical, de rémunération, et d'attractivité, alors que le projet médical prévoit une organisation commune. D'autre part, les carrières offertes aux praticiens au sein d'un GHT sont très hétérogènes et peu coordonnées. Ces limites réduisent l'attractivité de certains postes.

La gestion des parcours professionnels des praticiens pourra être optimisée car guidée par une vision prospective des postes à l'échelle du territoire. Les établissements supports pourront mettre en place une politique globale de GPECM. Cette démarche aura un impact sur l'attractivité des postes proposés, des carrières hospitalières et sur la fidélisation des praticiens. Cette gestion mutualisée présente enfin l'intérêt de favoriser l'activité partagée des praticiens et ainsi réduire le recours à l'intérim médical onéreux.

Toutefois, l'exercice territorial n'est pas une réalité pour tous les praticiens. Dans ce cadre, mutualiser la gestion de toutes les ressources humaines médicales du GHT n'est pas opportun. Cette gestion commune est pertinente pour les praticiens ayant une carrière à l'échelle du GHT. Il est important pour les autres de maintenir une proximité avec leur interlocuteur aux affaires médicales. Il s'agit d'un enjeu de fidélisation.

La question de l'organisation de cette mutualisation reste en suspens. Les GHT peuvent opter pour une DAM centralisée par l'établissement support avec, sous sa responsabilité hiérarchique, des DAM de proximité. Les établissements peuvent également se répartir les tâches avec, par exemple, un établissement chargé de la formation pour tout le GHT, et un autre chargé de la paie. Enfin, les GHT peuvent opter pour une stratégie de décentralisation et l'un des établissements devient prestataire pour les autres.

La gestion partagée des ressources médicales doit permettre une homogénéisation de la gestion des affaires médicales qui n'est pas toujours souhaitable. En effet, une homogénéisation de la politique de rémunération n'est pas toujours pertinente. Par exemple, le CHU de Toulouse rémunère moins les praticiens contractuels lorsque les petits établissements les recrutent au 4^{ème} échelon plus 10%. Cet écart de rémunération permet aux établissements de proximité d'être attractifs financièrement, ce qui a du sens.

2.1.2.L'attractivité de l'exercice médical territorial au sein des GHT pour maintenir les effectifs médicaux sur le territoire

Les GHT offrent des outils aux établissements pour réguler la répartition des praticiens sur le territoire. Le cadre réglementaire consacre l'exercice médical territorial. Ce nouveau

mode d'exercice permet d'assurer une présence médicale sur le territoire et de lutter contre la désertification hospitalière. Les outils juridiques basés sur ce mode d'exercice sont pluriels : activité à temps partagé en support d'un pôle inter-établissement (PIE) ou d'une équipe médicale de territoire.

- A) L'activité à temps partagé des médecins entre les établissements du GHT : un mode d'exercice attractif soutenu par des incitations financières

Les GHT ouvrent la possibilité aux praticiens d'exercer leur activité dans plusieurs établissements au sein de leur GHT. Ce n'est qu'une modalité statutaire pour permettre la structuration des filières de territoire et la mise en œuvre du PMP. L'activité à temps partagé est l'outil indispensable à la constitution d'équipes territoriales ou de PIE.

L'activité à temps partagé est ouverte à de nombreux statuts : les PH à temps plein et à temps partiel, les assistants des hôpitaux, assistants associés, les praticiens attachés et attachés associés, mais aussi les praticiens contractuels⁴². L'exercice partagé ne peut être imposé, il nécessite préalablement l'accord express du praticien.

Pour favoriser ce nouveau mode d'exercice, les établissements peuvent choisir de faire de l'exercice à temps partagé et de la mobilité géographique des critères de recrutement des nouveaux praticiens. Le CHU de Toulouse a adopté cette stratégie pour développer ce mode d'exercice au sein du GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest. Il ouvre des postes pour le territoire ou bien, lors du recrutement, le chef de pôle évoque les besoins sur le territoire dans la spécialité et prévient le candidat de la nécessité d'être mobile.

L'exercice territorial peut apparaître attractif. Il permet aux médecins de petits établissements, comme ceux du CHL, de développer une activité de recherche, d'accéder plus facilement à un plateau technique complet et aux hyper-spécialités des autres établissements du GHT. Les médecins diversifient par ce biais leurs activités et pratiques. Pour les praticiens du CHU, l'exercice territorial les mène vers des établissements périphériques. Ils peuvent y trouver des intérêts divers : une plus grande proximité avec leur domicile, un exercice différent dans un établissement à taille humaine...

Ce nouveau mode d'exercice implique une coordination entre les DAM des établissements d'un point de vue administratif, mais aussi entre les structures de soins (service et pôle) afin d'adapter l'organisation médicale.

Sur le plan administratif, le praticien est recruté par un établissement, qui le met ensuite à disposition des autres établissements pour une quotité de temps définie. Le partage d'un

⁴² Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux

praticien nécessite, dès lors, la formalisation de conventions de mise à disposition avec des contreparties financières. L'établissement employeur rémunère en effet le praticien en totalité. Il est ensuite remboursé par les établissements partenaires du temps partagé.

D'autre part, les équipes médicales, qui accueillent des praticiens à temps partagé, doivent concevoir une organisation médicale adaptée à ces modalités d'exercice. Ces contraintes sont déjà connues, puisqu'elles s'approchent de celles des praticiens à temps partiels. Par ailleurs, dans les services de soins, le partage de praticiens implique une homogénéisation des pratiques et des protocoles de soins. Enfin, cette collaboration peut influencer les plans d'équipement des services ainsi que le schéma directeur des systèmes d'informations afin de proposer des environnements de travail similaires. L'attractivité de l'activité partagée tient beaucoup au confort offert aux praticiens.

L'activité à temps partagé contraint les praticiens à une mobilité géographique. Ils sont donc éligibles à une PET. Cette PET doit inciter les praticiens à adopter ce mode d'exercice et reconnaître leur investissement. Son montant est lié au nombre de demi-journées consacrées à cette activité partagée par semaine. Ainsi, une demi-journée est rémunérée 250€ brut, de deux à trois demi-journées la prime est de 450€ brut, quatre demi-journées sont rémunérées 700€ brut. Le praticien touche une PET de 1 000 € brut s'il effectue quatre demi-journées à temps partagé sur au moins deux sites différents du site principal d'exercice, ou bien s'il travaille à temps partagé plus de 4 demi-journées par semaine. Pour percevoir la PET, le praticien doit réaliser son activité partagée sur des sites distants d'au moins vingt kilomètres de son lieu principal d'exercice. Le partage du coût de la PET entre les deux établissements reste souvent source d'échanges.

La FHF propose de faire évoluer la PET en revoyant, d'une part, les conditions d'attribution et, d'autre part, en reconnaissant davantage l'engagement des équipes pour assurer la continuité des soins à l'échelle territoriale. Les praticiens en postes partagés supportent en effet des contraintes liées à la PDS⁴³.

B) Les PIE : un outil juridique souple propice au déploiement d'une politique d'attractivité médicale efficace

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ouvre la possibilité aux établissements parties à un GHT de créer un PIE d'activité clinique ou médico-technique⁴⁴. Par ce biais, les établissements mettent en commun, au sein d'une même entité, leurs activités et leurs ressources matérielles et humaines. Par sa transversalité, le

⁴³ Fédération hospitalière de France, « Attractivité médicale : préconisations 2018 », septembre 2018

⁴⁴ Article R. 6146-9-3 du code de la santé publique

PIE permet aux GHT de mettre en œuvre leur PMP et est un gage de la cohérence du parcours patient au sein d'une filière de soins.

Le PIE est un outil de gouvernance interne au GHT qui, comme les GHT, ne jouit pas de la personnalité morale. Il est donc rattaché et géré par l'établissement support du GHT pour le compte des établissements parties⁴⁵. Cette disposition laisse craindre un déséquilibre du rapport de force entre les établissements du GHT. Ni le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT, ni la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016, ni la loi du 24 juillet 2019 n'apportent de précision sur le régime applicable au PIE. Les GHT sont donc libres d'exploiter ce cadre réglementaire souple pour innover et opter pour des modalités de coopération intégratives. Toutefois, ce vide juridique peut être source d'incertitudes et propice aux questionnements⁴⁶. Comment construire les structures internes au PIE ? Peut-on créer des services inter-établissements ? Quelles sont les modalités de nomination d'un chef de service inter-établissement ?

Le PIE est un outil intéressant au sein des GHT pour conduire une politique efficace d'attractivité médicale. Dans un contexte de déficit d'attractivité et de difficultés de recrutements médicaux, le PIE permet d'anticiper les difficultés pour maintenir une offre publique attractive⁴⁷. Tout comme l'activité à temps partagé, le PIE sert de support au développement d'équipes médicales partagées. Il devient alors un levier d'attractivité médicale, puisque l'attractivité des postes dans un petit établissement se trouve accrue par la perspective de collaborer avec un établissement plus grand. Le recrutement médical s'en trouve donc facilité. Le GHT 83 du Var en est un exemple puisqu'il a créé six PIE en imagerie, anesthésie-réanimation, chirurgie, gynécologie-obstétrique, soins oncologiques et d'accompagnement ainsi que la filière femmes-mères-couples. La création de cinq de ces PIE a pour objectif de permettre aux postes médicaux de gagner en attractivité et de mutualiser les ressources médicales⁴⁸. Le GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest travaille à la création d'un PIE en gériatrie.

C) L'équipe médicale de territoire : une opportunité pour optimiser la répartition territoriale des médecins tout en gagnant en attractivité

Une équipe médicale de territoire est une équipe commune à plusieurs établissements, gérée par l'établissement support du GHT pour le compte des établissements parties. Les

⁴⁵ Article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴⁶ BLOCH C., « Les pôles inter-établissements : aboutissement de la réforme GHT ? Etude à partir de l'exemple du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences », *Mémoire EHESP*, Octobre 2017, p.8-11

⁴⁷ LAVOISEY S. « les pôles, de l'hôpital au GHT, chronique d'une mutation annoncée, Regards sur les pôles », *Soins cadres*, n°98, mai 2016

⁴⁸ PERROT M., « Pôles inter-établissements GHT 83 », *Comité national des GHT*, 6 juin 2019

principes de l'organisation territoriale de ces équipes médicales communes sont définis par le PMP. L'équipe de territoire réunit donc toutes les compétences dans la discipline, disponibles au sein du GHT. Ces équipes sont donc une réponse à la surspécialisation des praticiens, particulièrement dans les CHU. Toutes les compétences sont organisées autour du patient, dont le parcours se déroule au sein des différents établissements.

La constitution d'une équipe commune sur le territoire est un moyen de garantir la continuité des soins et de réduire le recours à des médecins remplaçants extérieurs à l'établissement. En effet, l'équipe médicale de territoire permet de mutualiser les ressources médicales pour assurer une présence médicale dans tous les établissements du GHT. Par exemple, le GHT Alpes Dauphiné a créé, en janvier 2017, une équipe territoriale pour les urgences. La mise en place de cette équipe répondait à une problématique de pénurie médicale dans les services d'urgences périphériques. Le soutien de l'équipe territoriale a permis de maintenir le service d'urgences d'un établissement partie ouvert grâce au soutien des urgentistes des autres établissements du GHT et particulièrement du CHU de Grenoble. Constituer une équipe territoriale répond aux difficultés de recrutements médicaux seulement si la pénurie de médecins ne concerne pas l'ensemble du territoire du GHT.

Travailler au sein d'une équipe territoriale peut être attractif pour les praticiens, particulièrement ceux des établissements périphériques en difficulté. Ces équipes se caractérisent par leur taille et offrent un rythme des astreintes et des gardes soutenable. La FHF affirme que « *la médecine est [...] une activité dont l'exercice nécessite une équipe constituée et pérenne: pour pouvoir se spécialiser individuellement et interagir en complémentarité de compétences, pour prendre en charge une file active de patients suffisante, pour assurer la permanence des soins, pour se suppléer, pour faire face aux différentes tâches et modalités de prise en charge etc.* »⁴⁹. Les petits hôpitaux peuvent répondre aux besoins locaux mais sans permettre aux médecins un exercice complet de leur discipline que permet, par contre, l'équipe territoriale. Ces équipes, composées d'hyper-spécialités différentes, sont propices aux échanges et aux partages d'expérience, plébiscités par les jeunes médecins.

L'hypothèse de constituer une équipe territoriale pour les urgences au sein du GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest a été évoquée. Toutefois, les établissements y sont réticents car la constitution d'une telle équipe suppose de centraliser tous les postes médicaux dans les effectifs de l'établissement support du GHT.

⁴⁹ Commission permanente de l'attractivité médicale FHF, « Rapport final – l'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital publics », 2014

2.2 Le développement de l'exercice médical territorial au sein du GHT Haute Garonne - Tarn Ouest : une porte d'entrée à exploiter pour le CHL

2.2.1 L'exercice médical à temps partagé : source d'attractivité pour les postes médicaux du CHL

Le CHL travaille en étroite collaboration avec le CHU de Toulouse pour développer l'exercice médical à temps partagé entre les deux établissements. Cette politique s'inscrit dans le cadre de la coopération médicale existante entre les deux établissements. Proposer des postes de praticiens à temps partagé présente un intérêt majeur pour le CHL en termes d'attractivité. Par ailleurs, le partage de praticiens avec le CHU permet au CHL d'attirer de jeunes médecins. L'enjeu pour l'établissement est de capitaliser sur cette porte d'entrée afin de fidéliser ces praticiens. Le CHL propose des postes à temps partagé à la fois aux assistants, mais aussi aux PH et aux contractuels.

Une attractivité médicale, tout d'abord, pour attirer les praticiens en post-internat au CHL. En effet, obtenir un poste au CHU de Toulouse après son internat est difficile. Certains jeunes praticiens souhaitent exercer dans un établissement à taille humaine, tout en maintenant le lien avec le CHU. L'assistantat à temps partagé répond à ces attentes. Recrutés par le CHL, ces jeunes médecins exercent dans les deux établissements. En août 2019, le CHL comptait trois ATP avec le CHU. Le recours aux ATP est un outil efficace de fidélisation des jeunes médecins, comme le souligne le CH Seclin-Carvin.⁵⁰ Accueillir des ATP demande une préparation, puisque l'établissement les accueille dans le cadre d'un projet pédagogique défini. Il est nécessaire d'anticiper ces besoins car les seniors du CHU fléchissent, très tôt dans leurs parcours, les internes sur des postes d'ATP dans les établissements périphériques. Le recours à un ATP ne peut donc être une solution d'urgence.

L'établissement accompagne des PH et des praticiens contractuels dans le partage de leur temps de travail avec le CHU. Ce mode d'exercice est attractif car il leur permet d'exercer dans une structure à taille humaine, tout en maintenant leurs compétences en hyper-spécialité ou en développant une activité de recherche. Proposer ces postes partagés avec le CHU constitue un axe central de la politique de recrutement du CHL.

Ce constat est partagé par les établissements du territoire. C'est pourquoi, le groupe de travail « attractivité médicale », constitué au sein de la communauté psychiatrique de territoire (CPT), en a fait l'une de ses propositions phares. Les établissements de la CPT

⁵⁰ DIGEON J., LAFITTE E., « Recrutement médical à l'hôpital – comment provoquer l'attractivité ? », *Revue hospitalière de France*, n°575, mars-avril 2017, p. 53

partagent des difficultés persistantes pour le recrutement de psychiatres et de pédopsychiatres. Pour résoudre cette problématique, les établissements proposent de concevoir ensemble des postes « sur mesure » en permettant aux médecins d'exercer, à temps partagé, sur différentes structures. Proposer des postes évolutifs et attractifs en lien avec les projets et les appétences des praticiens doit permettre à tous les établissements de gagner ensemble en attractivité médicale. Cela demande une organisation concertée et une souplesse de la part des établissements.

2.2.2 Les activités d'intérêt général des praticiens du CHU de Toulouse au sein du CHL : le maillon central des filières de soins à l'échelle du GHT

L'activité d'intérêt général (AIG) est un second outil utilisé par les établissements du GHT pour assurer une meilleure répartition de la ressource médicale sur le territoire et renforcer certaines compétences médicales dans les établissements en difficulté.

Les PH à temps plein sont autorisés à consacrer deux demi-journées par semaine à des AIG intérieures ou extérieures à leur établissement. Elles doivent présenter un caractère d'intérêt général avéré et ne peuvent avoir lieu qu'au sein de structures publiques, privées ou associatives⁵¹. Ces activités donnent lieu à une rémunération fixée par convention entre les établissements. A l'échelle de la région Occitanie, l'ensemble des établissements se sont accordés sur une grille de rémunération commune. Cette grille prévoit une rémunération dérogatoire pour les spécialités dites « en difficulté » sur la région, comme la radiologie, la cardiologie, l'anesthésie et la chirurgie viscérale.

Le CHL et le CHU ont recours à cet outil pour élargir l'offre de consultations de spécialité et de chirurgie ambulatoire proposée au CHL. Le CHL offre à la population des consultations avancées de spécialité, réalisées par les praticiens du CHU. Ce plateau de consultations est la porte d'entrée dans la filière de chirurgie. Si les chirurgiens toulousains retiennent, au cours de ces consultations, une indication chirurgicale, alors ils interviennent en ambulatoire dans les blocs opératoires du CHL. Si une chirurgie plus lourde est requise, alors ils prennent en charge les patients sur les blocs du CHU de Toulouse. Après l'intervention, les patients sont accueillis sur le plateau technique du service de soins de suite et de réadaptation (SSR) du CHL. Les patients réalisent ainsi leur rééducation et leur suivi post-opératoire au plus proche de chez eux.

Ce fonctionnement avec les AIG est le fondement du fonctionnement du service d'imagerie du CHU. Les radiologues du CHU de Toulouse y proposent des vacations en hyper-spécialités. Le CHL est doté d'un plateau technique récent mais ne compte aucun

⁵¹ Article R6152-30 du code de la santé publique modifié par décret n° 2010- 1141 du 29 septembre 2010

radiologue dans ses effectifs médicaux. Quatre jours par semaine, les radiologues du CHU de Toulouse assurent les vacances d'imagerie. Le CHL rembourse au CHU la quote-part de leur rémunération ainsi que la sur-rémunération due au titre de cette activité. Le service est actuellement porteur d'un projet d'implantation d'une IRM, soutenu par le CHU. Ce projet pourrait, à terme, voir naître une équipe médicale de territoire pour la filière imagerie entre le CHL, le CHU et le CH de Saint-Gaudens.

2.3 Une coopération entre le CHU et le CHL à faire évoluer pour s'adapter aux difficultés du terrain

2.3.1 Les limites du partage de praticiens entre établissements : une convention de coopération à évaluer et à faire évoluer

La coopération médicale entre le CHU de Toulouse et le CHL est une force qui permet à l'établissement de proposer une offre de soins large et de maintenir ses effectifs médicaux. Les postes proposés gagnent, grâce au lien tenu avec le CHU, en attractivité. Toutefois, le partage de médecins peut être source des difficultés.

Si cette coopération se fonde sur une convention, la pratique montre que l'implication des praticiens du CHU dans cette collaboration reste dépendante des acteurs en responsabilité. Le succès du partage de praticiens, via des temps partagés ou les AIG, est conditionné à la posture des chefs de service et de pôle du CHU. Ils sont les acteurs incontournables de la dynamique territoriale. Dans certaines spécialités, partager son temps avec le CHL s'apparente à une sanction pour les praticiens. Cette mobilité est parfois contrainte et réservée aux nouveaux arrivants ou aux PH en période probatoire. Les praticiens désignés pour intervenir à Lavaur manquent alors de motivation et s'impliquent peu dans l'établissement. En revanche, pour certaines spécialités, comme la chirurgie orthopédique, dynamiser l'activité à Lavaur est un projet d'équipe pour lequel les praticiens s'impliquent. Pour cette spécialité, un professeur en cumul emploi-retraite, attaché à l'établissement, a choisi de relancer l'activité chirurgicale en motivant les jeunes praticiens à intervenir dans les blocs opératoires du CHL. Le manque d'implication des praticiens venant du CHU n'est pas une généralité mais constitue la limite principale à ce fonctionnement.

La seconde difficulté est managériale. Comment fédérer une équipe et conduire des projets avec des praticiens de passage dans l'établissement ? L'établissement accueille des médecins résolument tournés vers le CHU et l'équipe à laquelle ils appartiennent. Les radiologues du CHU par exemple se sont organisés de telle manière à ne venir chacun que quatre à cinq fois par an à Lavaur. Il est alors difficile de fédérer et d'ancrer une équipe si volatile et de conduire des projets sur le moyen terme. La DAM de

l'établissement a finalement peu de contacts avec ces praticiens, pour lesquels tout est géré par le CHU de Toulouse. Le défi pour l'établissement est de parvenir à impliquer les médecins partagés dans les projets de l'établissement et en transmettant ses valeurs.

Partager des praticiens suppose une coordination des établissements et particulièrement des deux DAM. Il est important de communiquer régulièrement et de partager des procédures communes pour éviter les incohérences. Aujourd'hui, il faut constater que la coexistence de deux acteurs allonge le processus de décision pour les médecins. La création de DAM de territoire en charge de la gestion de ces praticiens partagés est opportune. Elle garantira une gestion de qualité et coordonnée de ces carrières territoriales.

Le CHL va engager en 2020 l'évaluation et la révision de la convention de coopération avec le CHU. Ce travail de fond permettra de faire un premier bilan après dix ans d'application et d'en identifier les principaux dysfonctionnements. Cette démarche permettra de développer et rénover les outils de coopération.

2.3.2 La modernisation des statuts pour soutenir l'attractivité de l'exercice hospitalier sur les territoires

L'exercice des médecins à l'hôpital est en pleine évolution. Les établissements s'ouvrent aux établissements de leur GHT et les parcours des patients s'envisagent à l'échelle du territoire. Leur périmètre d'intervention s'en trouve donc élargi. Toutes les transformations poussent à « *faire évoluer les modèles actuels de carrières et d'exercice médical vers beaucoup plus de fluidité, de souplesse et de décloisonnement entre les différentes formes d'activité et d'exercice* »⁵².

Le soutien à l'exercice territorial des médecins passera par l'instauration d'une plus grande fluidité. Le territoire a été retenu comme l'échelle adaptée pour coordonner les soins des patients. De manière concomitante, il est donc nécessaire de faire du territoire dans sa globalité le lieu d'exercice des médecins. Ils doivent pouvoir diversifier leurs parcours au niveau des GHT, changer de statut ou de mode d'exercice autant que nécessaire. Les questions statutaires ne doivent plus être un frein à leurs activités. Le statut doit soutenir ces carrières mobiles en « *facilitant par le détachement, la mise à disposition ou le temps partiel, l'exercice sur le territoire du GHT quel que soit le lieu de prise en charge, public, privé, hospitalier ou de ville* »⁵³.

⁵² ROUSSEAU A., D'AUTUME C., « Transformer les conditions d'exercice des métiers de la communauté hospitalière », Rapport final, p.18

⁵³ *Ibid.*, p.19

Le statut apparaît aujourd'hui comme un facteur limitant l'attractivité de l'exercice hospitalier. Il est inadapté aux besoins des praticiens et des établissements de santé. L'étude d'impact de la loi du 24 juillet 2019 souligne, à juste titre, que « *la situation à laquelle sont confrontés les établissements publics de santé est paradoxale. En dépit de la diversité des modalités d'emploi médical contractuel à leur disposition, ils rencontrent des difficultés importantes à recruter des praticiens, soit dans certaines disciplines, [...], soit pour permettre l'intervention de professionnels libéraux à l'hôpital* »⁵⁴.

Pour assouplir le statut, la loi du 24 juillet 2019 autorise le gouvernement à « *prendre par voie d'ordonnance les mesures [...] visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels* »⁵⁵ médicaux hospitaliers, les personnels enseignants hospitaliers, et les personnels médicaux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le gouvernement pourra donc, au cours des douze prochains mois, moderniser le système et créer un statut unique de PH, supprimer le concours de PH ou modifier le recours à l'emploi des contractuels.

Cette mesure doit créer les conditions permettant un exercice médical décloisonné. Un statut unique de PH ou le recours à un contrat unique contribuera à la simplification et à la modernisation de la gestion du personnel médical. Si cette mesure introduira une plus grande simplicité et une grande équité entre les PH et les praticiens contractuels, elle ne résoudra pas les écarts importants de rémunération avec les intérimaires ou les praticiens exerçant dans les établissements privés. Aujourd'hui, la question de la rémunération des médecins est le cœur du problème du déficit d'attractivité des carrières hospitalières. Il est donc nécessaire de faire appliquer la réglementation limitant la rémunération de l'emploi temporaire.

La politique d'attractivité médicale déployée par le GHT ainsi que l'étroite collaboration du CHL avec le CHU de Toulouse permettent au CHL de faire, en partie, face aux défis de la pénurie médicale. Toutefois, cela présente des limites, c'est pourquoi elles doivent être associées à une politique interne d'attractivité médicale pour fidéliser les praticiens.

⁵⁴ Assemblée Nationale, « Etude d'impact – Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé », 13 février 2019, p.53

⁵⁵ Article 13 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

3. L'élaboration d'une stratégie d'attractivité médicale propre pour fidéliser les praticiens et capitaliser sur les outils du GHT

Une stratégie d'attractivité médicale propre à l'établissement permettra d'exploiter au mieux les opportunités offertes au CHL par le GHT et de fidéliser les praticiens (3.1). Le CHL s'est engagé, en 2019, dans la construction d'une politique sociale à destination du personnel médical. Après avoir dressé un diagnostic partagé (3.2), l'établissement s'est doté d'un plan d'actions pour déployer cette politique sur les cinq prochaines années (3.3).

3.1 Le choix du CHL d'élaborer un projet social médical pour fidéliser le personnel médical

Le CHL a fait du projet social médical l'un des piliers son nouveau projet d'établissement 2020-2025. Le projet social est l'une des composantes incontournables du projet d'établissement⁵⁶. Historiquement, le projet d'établissement du CHL se composait d'un projet social unique. Toutefois, cette politique apparaît inadaptée. En effet, les attentes et les besoins du personnel non-médical ne sont pas similaires à celles du personnel médical. C'est pourquoi l'établissement a jugé pertinent de décliner un projet social dédié au personnel médical et à ses problématiques, bien que des mesures seront communes.

Ce projet social médical est un signal fort à destination de la communauté médicale. L'établissement souhaite, à travers cet outil, mieux prendre en considération les problématiques posées par le métier de médecin à l'hôpital. L'objectif est de favoriser l'attractivité médicale de l'établissement, de fidéliser et de prendre soin de ces praticiens. Cette démarche s'explique, d'autre part, par la nécessité pour le CHL de se distinguer dans un environnement concurrentiel et peu favorable au secteur public.

Le GHT Haute-Garonne Tarn Ouest permet, par les outils proposés, au CHL d'étoffer son offre de soins et ses effectifs médicaux. Pour autant, cet effet ne doit pas dispenser l'établissement de conduire une réflexion interne sur ces thématiques. Les outils du GHT permettent aux praticiens extérieurs d'entrer au CHL, il est alors du rôle de l'établissement et de sa DAM d'offrir un l'environnement de travail qui leur donne envie de rester et de s'impliquer dans l'établissement.

Avec la mise en place des GHT, les parcours professionnels évoluent et les praticiens doivent être accompagnés, comme le souligne Thierry Godeau, président de la

⁵⁶ Article L6143-2 du code de la santé publique

conférence nationale des présidents de CME de CH. Il affirme que « *le projet social médical doit devenir une composante à part entière des projets d'établissements. Les enjeux qu'il porte répondent aux attentes des praticiens et aux défis de l'attractivité médicale. Les établissements sont en train de vivre la révolution des GHT. La mise en place des projets médicaux partagés oblige à revoir les pratiques, médicales mais aussi en matière de gestion des ressources humaines. Il nous faut en effet accompagner les médecins dans leurs nouveaux modes d'exercice. C'est donc en toute logique qu'il faudra prévoir des projets sociaux médicaux en appui aux projets médicaux partagés des GHT.* »⁵⁷

La rédaction de ce projet social médical au premier semestre 2019 a été l'occasion pour l'établissement de s'interroger sur sa politique à destination du personnel médical. Cette réflexion touche tant sa politique de recrutement, que l'accueil réservé aux nouveaux arrivants, tous statuts confondus, l'accompagnement individuel et collectif proposé à ses médecins, les enjeux que qualité de vie au travail.

En collaboration avec la CME et son président, une enquête a été menée par la DAM durant plusieurs mois début 2019 auprès des médecins de l'établissement. Ces entretiens ont invité la communauté médicale à s'interroger sur les trois thématiques suivantes :

- La politique d'attractivité et de recrutement de l'établissement,
- Les mesures d'accompagnement individuel à destination des médecins,
- L'accompagnement collectif et l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Ainsi, quinze entretiens collectifs semi-directifs ont été menés sur la base d'une trame d'entretien commune (annexe n°2). Près de 26 médecins, issus de dix services de soin, ont partagé leur analyse du fonctionnement de l'établissement, leurs difficultés quotidiennes et leurs attentes. Ces riches échanges ont fait émerger des pistes d'amélioration et des propositions.

J'ai, en tant qu'élève directrice d'hôpital, eu la charge de construire cette démarche et de conduire ces entretiens avec la communauté médicale. Les échanges ont été très riches. Chaque médecin appréhende différemment sa pratique professionnelle. Toutefois, la majorité des praticiens ont su prendre du recul sur les organisations et enrichir leurs propositions d'expériences passées dans d'autres établissements. L'existence d'un espace d'échange avec la direction a été très appréciée par la communauté médicale.

⁵⁷ GODEAU T., RIET Z., « Enjeux et méthodologie d'un projet social médical – regards croisés », MOOC de la FHF attractivité médicale

3.2 Une enquête pour recueillir les attentes et les besoins des praticiens et construire les axes du projet social médical de l'établissement

La DAM du CHL a recueilli, grâce à une enquête, l'avis des praticiens afin d'améliorer leurs conditions d'accueil et d'exercice dans l'établissement. Les médecins ont alors fait part de leur analyse du fonctionnement de l'établissement et de pistes d'amélioration. La synthèse de ces entretiens a permis de tirer de grandes conclusions qui ont servi de base à la rédaction du projet social médical.

3.2.1. Un potentiel d'attractivité certain que l'institution doit exploiter pour pérenniser ses effectifs médicaux

- A) L'établissement doit mettre en avant ses atouts dans le processus de recrutement

Le CHL présente de nombreux atouts pour attirer de nouveaux médecins (cf. figure n°2). La proximité géographique de Toulouse, tout d'abord, offre la possibilité aux praticiens d'exercer dans un établissement à taille humaine, tout en restant proche de la métropole toulousaine. La petite taille de l'établissement est une force car elle permet une proximité entre les acteurs de la communauté hospitalière. La bonne ambiance de travail qui règne au sein du CHL a été souligné comme étant un atout par les médecins interrogés. Enfin, le cadre de vie offert par la ville de Lavaur, est, selon les médecins, un argument à mettre en avant.

Par ailleurs, l'étroite collaboration construite par le CHL avec le CHU de Toulouse est un argument pour attirer les praticiens. Enfin, les médecins soulignent la qualité du plateau technique de l'établissement.

Néanmoins, les praticiens alertent sur la vétusté de certains locaux qui représente un frein à l'attractivité de l'établissement. D'autre part, la petite taille de l'établissement, si elle présente des avantages, conduit aussi à réunir un panel moins large de spécialités et une moindre technicité des pratiques (cf. figure n°3).

Les praticiens ont formulé plusieurs propositions pour permettre à l'établissement de gagner en attractivité :

- o Mettre davantage en avant les projets et équipements de l'établissement dans les offres d'emploi publiées,
- o Gagner en visibilité en développant le lien avec la médecine de ville grâce à l'organisation de journées portes ouvertes à destination du grand public et de la médecine de ville.

- Poursuivre le travail de concert avec la mairie pour développer une stratégie de communication vantant les attraits du bassin Vauréen et du Tarn.

B) La nécessité de mieux répondre aux attentes des jeunes praticiens

Les entretiens conduits avec les praticiens de l'établissement ont permis de cerner les attentes des nouveaux arrivants (cf. figure n°4). Ainsi, le besoin premier est celui d'être opérationnel rapidement en disposant d'un bureau et de tous les éléments administratifs et logistiques pour exercer dans de bonnes conditions.

L'accueil et l'accompagnement du nouvel arrivant est un second axe fondamental. Les nouveaux arrivants souhaitent être accueillis par la DAM. Plusieurs médecins soulignent l'importance de porter une attention particulière et individualisée aux nouveaux arrivants. Les praticiens interrogés et arrivés récemment dans l'établissement ont déclaré avoir apprécié la réunion d'accueil organisée au cours de leurs six premiers mois. Ils notent en revanche qu'il est nécessaire de mieux informer les nouveaux arrivants à la fois sur les droits et devoirs liés au statut de la FPH, mais aussi sur les règles en vigueur dans l'établissement (décompte du temps de travail et droits afférents, accès à la formation...).

Les nouveaux praticiens nourrissent des attentes concernant l'accompagnement qui leur est proposé lors de leur installation, y compris d'un point de vue logistique. En effet, proposer un logement aux nouveaux praticiens de manière transitoire, particulièrement pour ceux qui ne connaissent pas encore la région, est l'une des propositions formulées. Les praticiens soulignent que des établissements en France parviennent à attirer des internes et des nouveaux praticiens grâce à la qualité de leur parc immobilier. L'accompagnement à l'installation pourrait également prévoir une aide pour l'installation des familles, notamment pour la garde des enfants ou les inscriptions aux établissements scolaires.

Les entretiens ont permis de faire émerger plusieurs propositions afin de mieux répondre aux attentes des nouveaux praticiens.

- L'organisation d'une demi-journée d'accueil qui se déroulerait quelques jours avant la prise de poste. L'objectif de cette demi-journée est de régler toutes les formalités administratives (signature du contrat de travail), informatiques (communication des codes d'accès, formation rapide aux outils du CHL), et de dispenser une information complète sur les droits (congés, RTT, décompte du temps de travail, statut de la FPH, accès à la formation) et devoirs des praticiens.
- La définition d'une politique institutionnelle de logement des praticiens pour encadrer l'attribution, la gestion, l'entretien et la rénovation du parc immobilier de l'établissement afin de proposer des logements attractifs.

- Un accompagnement à l'installation des nouveaux praticiens et de leur famille :
 - développer un guide à destination des nouveaux praticiens avec des contacts clés.
 - Envisager une collaboration avec la mairie de Lavour autour de cet accompagnement
 - développer des partenariats avec des structures de la petite enfance et scolaires.

3.2.2. L'accompagnement individuel des praticiens actuellement proposé par le service des affaires médicales répond seulement en partie à leurs besoins

A) Le service des affaires médicales : un acteur ressource identifié et accessible

A l'issue des entretiens conduits, il apparaît que les praticiens identifient tous leur interlocuteur privilégié au service des affaires médicales et entretiennent des relations régulières avec lui. La majorité des praticiens qualifient leurs relations de « bonnes » avec lui et jugent leur interlocuteur « disponible ». Ils qualifient l'accompagnement qu'ils reçoivent d'humain et empreint de bonne volonté.

B) Le constat d'un manque de réactivité et de suivi du service des affaires médicales sur des thématiques récurrentes

En exprimant leurs besoins lors des entretiens, les praticiens ont souligné que le service des affaires médicales ne répondait que partiellement à leurs besoins (cf. figure n°5).

Le sujet qui cristallise le plus d'incompréhensions chez les praticiens est celui de la gestion du temps de travail. Ils déclarent à 80% ne pas pouvoir suivre les droits qu'ils génèrent, liés à leur temps de travail. Diffuser une information claire et transparente sur leur temps de travail et les droits afférents semble donc indispensable. La pratique actuelle repose sur la tenue, par une majorité des praticiens, de documents récapitulatifs de manière individuelle et isolée. Ces documents servent ainsi de base à la déclaration qu'ils font de leur temps de travail au service. Cette dernière croise ces données déclaratives avec les tableaux de service. Aucun logiciel informatique n'existe à ce jour dans l'établissement pour automatiser cette vérification, qui se fait donc « à la main ». Les praticiens souhaitent avoir un suivi régulier de leur compte épargne temps (CET). De manière plus structurelle, ils demandent à ce que les règles sur le temps de travail soient établies, transparentes et communiquées à toute la communauté médicale.

Le manque de réactivité du service des affaires médicales est également évoqué au sujet de l'accompagnement au départ à la retraite. Les praticiens aimeraient avoir une réponse plus rapide quant à leurs droits à la retraite.

Ce manque de réactivité transparait également lors des recrutements de nouveaux praticiens. Plusieurs candidats se seraient détournés de l'établissement faute d'avoir été recontactés et conviés à un entretien dans un délai raisonnable.

Les praticiens expliquent les causes de ces manques par une charge de travail de la DAM trop élevée, eu égard à son dimensionnement.

Le constat ainsi dressé permet d'envisager plusieurs pistes d'amélioration :

- Les praticiens plébiscitent à 89% l'organisation d'un entretien annuel individuel avec la directrice des affaires médicales. Il permettrait de faire le point sur le déroulé de la carrière, les aspirations professionnelles et leur formation.
- L'informatisation de la gestion du temps de travail apparait être incontournable selon les praticiens, puisque 96% des répondants l'appellent de leurs vœux.
- Enfin, le renforcement des effectifs du service des affaires médicales est une piste de solution à ne pas écarter.

C) De fortes attentes des praticiens pour l'élaboration d'une politique de formation transparente

Les praticiens qualifient la politique de formation de l'établissement d'opaque. Pour accéder à la formation, les praticiens engagent une démarche individuelle, à laquelle l'établissement fait rarement obstacle. Néanmoins, ils affirment ne pas bien connaître les règles en vigueur, notamment sur leurs droits, le budget alloué à la formation des praticiens et les règles de remboursement des frais avancés. Certains regrettent que cette politique de formation ne soit pas coordonnée à l'échelle de l'établissement.

Elaborer une véritable politique de formation à destination du personnel médical est une attente unanime et revêt, comme le soulignent les praticiens, un enjeu d'attractivité et de fidélisation du personnel médical.

Les praticiens expriment la demande de rendre plus transparente l'enveloppe dédiée à la formation des praticiens, la procédure pour y accéder ainsi que le remboursement des frais avancés. Ils expriment le besoin d'être accompagnés dans la démarche de formation par la DAM avec la formalisation d'une démarche institutionnelle incitative à leur égard. Ils alertent néanmoins sur le fait que le succès de cette politique est conditionné au fait que du temps soit libéré pour qu'ils puissent se former.

Enfin, certains praticiens ont évoqué l'idée de mettre en place un accompagnement spécifique dédié aux médecins étrangers. Proposer un accompagnement pour l'obtention d'équivalences de diplôme peut être un atout pour attirer ces médecins dans l'établissement et pallier les besoins de recrutement. Cette proposition suppose

d'interroger le dimensionnement du service des affaires médicales ainsi que sa formation pour réaliser cet accompagnement spécifique.

3.2.3. La lourde charge de travail pèse sur la qualité de vie au travail et nuit à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle

Les praticiens identifient un manque de ressource médicale au sein de l'établissement. Cette pénurie les conduit à assumer une lourde charge de travail qui nuit, d'une part, à leur qualité de vie et travail et, d'autre part, à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

L'analyse des facteurs nuisant à la qualité de vie au travail (QVT) (cf. figure n°6) et à la conciliation vie privée et vie professionnelle (cf. figure n°7) met en avant la surcharge de travail des praticiens : ils éprouvent des difficultés à s'absenter pour se former, prendre leurs congés. Ils éprouvent un sentiment de culpabilité lorsqu'ils doivent s'arrêter pour des raisons de santé. Ce manque de temps impacte, à la fois à la qualité de leurs activités soignantes, mais aussi au temps accordé à des activités transversales ou administratives.

Cette lourde charge de travail est intrusive et ne permet pas une conciliation optimale entre vie privée et vie professionnelle. Les amplitudes horaires, la fréquence des astreintes ainsi que l'impossibilité d'avoir un repos compensateur sont soulignées.

Les praticiens notent toutefois que la mise en place de la prescription ou validation des examens à distance, ainsi que l'autonomie dont ils bénéficient sont deux éléments qui les aident à mieux concilier vies privée et professionnelle.

Les médecins ont, au regard de ces constats, proposé plusieurs pistes de solution :

- déployer la prescription à distance et l'accès au dossier patient informatisé pour tous les services de l'établissement afin de réduire le nombre de déplacements nécessaires durant les astreintes
 - La mise en place de ces outils peut préfigurer de l'émergence du télétravail, évoqué à plusieurs reprises.
- proposer une solution aux professionnels de garde d'enfants avec des horaires adaptées.
- la mise en place d'un outil de mise en relation dans le but de développer le covoiturage au sein de l'établissement.

3.2.4. Une communauté médicale en quête d'identité et d'un mode de fonctionnement optimal

A) Une communauté médicale en quête de cohésion

Au cours des entretiens, les praticiens ont fait part d'un fort sentiment de solitude et d'isolement dans leurs pratiques.

L'éclatement géographique des structures, notamment en psychiatrie, est avancé comme l'un des facteurs explicatifs.

Une seconde cause est la surcharge de travail des praticiens, qui peut les conduire à consacrer peu de temps aux échanges avec leurs confrères. Ce manque de communication entre praticiens et services conduit donc à des incompréhensions et parfois des conflits. Pourtant, si les praticiens jugent intéressante l'idée de formaliser une gestion des conflits au sein de la communauté hospitalière, ils ne considèrent pas ce projet prioritaire.

Certains professionnels constatent un manque de solidarité au sein de la communauté médicale, notamment entre services, et d'un travail en silo, trop peu coordonné.

Enfin, les praticiens ont le sentiment de mal connaître leurs confrères exerçant dans l'établissement, particulièrement les nouveaux arrivants.

Les praticiens semblent donc être en demande d'une animation plus grande de la communauté médicale pour gagner en cohésion. Ils ont par exemple proposé l'organisation de temps de convivialité ainsi que la formalisation d'une communication régulière sur les mouvements au sein du personnel médical de l'établissement.

B) Des dysfonctionnements dans les circuits de diffusion des informations au sein de la communauté médicale

Le premier constat à dresser est celui de dysfonctionnements dans le circuit de diffusion des informations. Les praticiens sont en demande de recevoir davantage d'informations d'ordre général. Ces attentes portent sur des informations relatives aux évolutions réglementaires, sur le rappel des canons du statut de la FPH, sur les actualités de l'établissement et les projets en cours. Ce manque de communication est propice à la circulation de fausses informations, souvent anxiogènes.

Ce constat peut s'expliquer en partie par la mauvaise compréhension par le personnel médical de l'établissement de l'organisation en pôles. Ils ne semblent pas saisir l'intérêt de cette organisation et demandent à ce que les nouvelles modalités de fonctionnement des pôles soient clarifiées : circuits de validation, responsabilités et missions de chacun

(responsables médicaux de service, médecins chef de pôle, président de la commission médicale d'établissement (CME)...).

Dans ce cadre, les médecins proposent plusieurs pistes de solutions :

- La définition d'une stratégie de communication de la DAM à destination des médecins : les moyens peuvent être des interventions régulières de la DAM en CME ou la transmission de billets d'information joints à la fiche de paie. Les informations diffusées seraient liées à l'actualité réglementaire et institutionnelle.
- La diffusion régulière des comptes rendus des instances.
- Par ailleurs, l'organisation de temps conviviaux au sein de la communauté médicale peut être propice à une meilleure circulation de ces informations.

3.3 L'élaboration d'une politique sociale à destination du personnel médical au CHL à travers un plan d'actions resserré et concret

3.3.1 Axe n°1 : Élaborer une stratégie de recrutement et d'attractivité médicale

Le premier objectif est de doter l'établissement d'une stratégie de recrutement co-construite entre la DAM et les médecins. Pour anticiper ses besoins en recrutement médicaux, l'établissement doit adopter une GPECM. Elle permettra un pilotage de sa politique de ressources humaines médicales. Pour cela, il est retenu de dédier des revues générales de pôle au personnel médical. Aujourd'hui, les revues générales de pôle ne concernent que le personnel non-médical de l'établissement. En complément, un bilan social par pôle pourrait, à échéances régulières, être publié permettant une visibilité sur la pyramide des âges, l'état prévisionnel des sorties, et le suivi des mouvements de PH.... L'établissement aura, par ces actions, une vision claire de ses besoins de manière prévisionnelle.

Dans un second temps, le processus de recrutement doit se faire dans le cadre d'une collaboration tenue entre le service des affaires médicales et les pôles. Ces deux acteurs rédigeront, de manière concertée, les offres d'emplois médicaux sur la base de profils de poste établis. Cette démarche permettra de gagner en attractivité, en cohérence et en lisibilité pour les candidats. Ces offres d'emplois mettront en avant les atouts de l'établissement et l'identité de l'établissement. Les unités dynamiques avec des projets sont attractives pour les candidats. C'est pourquoi les offres devront détailler les projets en cours. Un support partagé entre la DAM et les pôles pour conduire les entretiens de

recrutement permettra de garantir la cohérence des informations diffusées, notamment sur les droits et devoirs.

Enfin, le service des affaires médicales devra améliorer sa performance sur la gestion des recrutements. En renforçant ses effectifs, la DAM pourra gagner en réactivité dans le processus de recrutement.

Le second objectif de l'établissement est de perfectionner sa politique d'accueil des nouveaux arrivants. Cette politique doit être en accord avec l'identité et les valeurs de l'établissement. Pour que les nouveaux arrivants perçoivent la proximité avec la direction, que permet la petite taille de l'établissement, la directrice des affaires médicales recevra à l'avenir les nouveaux arrivants à leur arrivée. Cet accueil n'est possible que grâce à la taille réduite de la communauté médicale du CHL et ne serait pas aisément transposable à un établissement plus grand. Prêter une attention particulière à l'accueil des internes est indispensable car ils représentent un vivier de recrutement important. L'établissement s'engage donc à améliorer les conditions logistiques de leur accueil en proposant des logements attractifs et équipés. Dans ce cadre, l'établissement a déjà rénové un logement de fonction avec cinq chambres afin d'en faire une colocation dédiée aux internes.

3.3.2. Axe n°2 : Renforcer l'accompagnement individuel des praticiens

L'établissement se fixe l'objectif d'offrir un accompagnement individualisé à l'ensemble des praticiens. Tisser un lien de proximité entre la DAM et ses médecins est l'objectif de l'institution. Pour cela, chaque praticien sera reçu en entretien individuel par la directrice des affaires médicales, de manière régulière au cours de sa carrière. La taille de l'établissement et le nombre limité de praticien permet cet accompagnement. Cet entretien annuel permettra de répondre à ses interrogations, d'évoquer le déroulement de sa carrière, ses projets et de proposer des actions de formation. Une attention particulière sera portée aux nouveaux praticiens pour que cette rencontre intervienne au cours de leurs trois premiers mois d'exercice dans l'établissement.

Une politique de formation dynamisée est un véritable outil d'accompagnement des praticiens. L'établissement va se doter d'une politique de formation pour le personnel médical. Elle se basera sur des axes institutionnels et s'appuiera sur la commission de formation. L'entretien des praticiens avec la directrice des affaires médicales permettra de les accompagner pour qu'ils s'inscrivent dans la politique de formation de l'établissement.

Face à la critique formulée d'opacité de cette politique, le CHL travaille à l'élaboration d'un guide à destination des praticiens fixant les droits, procédures et règles relatifs à la formation. L'utilisation de l'enveloppe dédiée à la formation sera transparente.

Il est nécessaire de simplifier et de moderniser la gestion du temps de travail du personnel médical. L'informatisation de la gestion du temps de travail des médecins est le projet phare de l'établissement. Aujourd'hui l'établissement ne gère pas de façon informatisée le temps de travail des médecins ce qui a de lourdes conséquences. En effet, le décompte des CET et des jours de congés est très chronophage pour le service des affaires médicales. Cette informatisation suppose la rédaction préalable d'un guide sur le temps de travail des médecins, incluant une déclinaison pour le temps de travail des urgentistes et la gestion des gardes et des astreintes. Il faudra conduire ce projet en veillant à impliquer la commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) et à ce que le logiciel retenu soit adapté aux besoins des acteurs : partage des plannings, facilité d'utilisation, visibilité sur le solde du compte CET, des jours de congés etc.

3.3.3. Axe n°3 : Améliorer la qualité de vie au travail et permettre la conciliation entre vies privée et professionnelle

Les praticiens aspirent aujourd'hui à une meilleure conciliation entre leurs vies privée et professionnelle. Les établissements publics de santé doivent intégrer cette demande dans leur politique d'établissement. Le CHL travaille à la formalisation avec les acteurs locaux d'une convention pour proposer à la communauté hospitalière des solutions de garde d'enfants aux horaires adaptés. Cette convention permettrait au personnel médical et paramédical de disposer d'un mode de garde adapté à leurs horaires de travail et familiarisé avec les contraintes de l'exercice hospitalier.

La clarification des rôles et de responsabilités de chacun est apparue comme un levier prioritaire pour améliorer la qualité de vie eu travail des praticiens du CHL. Ainsi, les services s'engagent dans la démarche de formalisation des missions de chaque praticien à travers la rédaction de profils de poste. Cela doit permettre de définir le périmètre des tâches non-médicales réalisées par le personnel médical et penser leur articulation avec les autres acteurs.

La qualité de vie au travail réside aussi, pour les praticiens, en l'animation de la communauté médicale. Cet objectif prend tout son sens lorsque les praticiens expriment, au cours des entretiens, leur sentiment d'isolement croissant. La DAM accompagnera donc le président de la CME dans cette démarche. Cette animation pourra prendre la forme d'un espace de dialogue pour permettre aux médecins d'échanger sur leurs pratiques et les parcours patients. L'idée d'organiser régulièrement des visites dans les services de soins a également été retenue. Par ailleurs, la communication interne est centrale pour atteindre cet objectif.

Conclusion

Il est difficile pour les établissements publics de santé de faire valoir leurs atouts pour attirer de nouveaux médecins et les fidéliser. Ces difficultés de recrutement sont nationales et touchent désormais tous les types d'établissements, y compris les CHU. Certaines spécialités sont particulièrement concernées par cette tension démographique. Si des éléments nationaux, comme les outils de régulation de la démographie médicale, expliquent cette réalité, les situations locales doivent être étudiées pour compléter l'analyse.

En Occitanie, les médecins ne manquent pas, pourtant les hôpitaux peinent à recruter des praticiens. Cela s'explique par la sous dotation de la région en PH, associée à une forte concurrence et une large implantation du secteur privé lucratif.

La prise de conscience des enjeux relatifs à cette crise d'attractivité des hôpitaux sous-tend l'évolution du corpus réglementaire. La marge de manœuvre des établissements, pris individuellement, pour remédier à cette situation est étroite. Toutefois, le GHT, à travers la dynamique de groupe public qu'il impulse, offre des outils permettant de construire, de manière concertée, une politique d'attractivité médicale. Les atouts de ces coopérations sont intéressants mais seront-ils suffisants alors que le recours aux leviers financiers reste contraint ?

Les coopérations développées entre le CHU de Toulouse et le CHL dans le cadre du GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest et de la direction commune offrent des solutions à court et moyen termes. Chaque spécialité s'est organisée pour couvrir au mieux le territoire que ce soit à travers des ATP ou des AIG. Néanmoins, ce partenariat présente des limites et instaure un lien de dépendance vis-à-vis du CHU. Pourtant, l'établissement a des atouts à faire valoir. Il est donc de sa responsabilité de conduire, en interne, sa propre politique d'attractivité médicale pour fidéliser les médecins.

Le CHL a donc construit, en concertation avec la communauté médicale, un projet social médical. Son plan d'actions comprend un volet dédié au recrutement de nouveaux médecins, mais également une partie consacrée à l'accompagnement individuel proposé aux praticiens ainsi qu'un axe visant à améliorer leur QVT. Toute cette démarche, conduite par la DAM, a été très riche et a offert un espace de dialogue apprécié. Accompagner les médecins dans un environnement en pleine évolution est le cœur du métier de directeur des affaires médicales et prend un sens particulier dans un contexte démographique tendu.

Bibliographie

Ouvrages

CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., « Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital », Les presses de l'EHESP, 2013

Articles de périodiques, revues

BAZ E. « Groupements hospitaliers de territoire : analyse du décret du 2 mai 2017 », la Revue hospitalière de France, n°576

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

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

DEMANET Q. « La déclinaison du projet social médical au sein du groupe hospitalier de l'Est Parisien (AH-HP) ou comment renforcer concrètement son attractivité sur le personnel médical », mémoire de l'EHESP, décembre 2015

DEMANET Q., BREZIN A., « Rénover l'attractivité médicale : une question qui n'épargne plus les CHU », *Les cahiers de la fonction publique*, n°364, mars 2016

DIGEON J., LAFITTE E., « Recrutement médical à l'hôpital – comment provoquer l'attractivité ? », Revue hospitalière de France, n°575, mars-avril 2017

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

HIANCE M., « Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial : Appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale », *Gestions hospitalières*, n°544, 2015

RICHARD F., BERTRAND D., MICHOT F., « l'exercice médical dans le projet médical et soignant partagé », bulletin de l'académie nationale de médecine, 2018

VERGIER N. et CHAPUT H. (DREES), en collaboration avec Ingrid Lefebvre-Hoang (DREES), 2017, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les Dossiers de la Drees n° 17*, Mai.

Etudes, rapports, guides

ARS Occitanie, « Eléments de contexte pour un diagnostic territorial », avril 2017

Assemblée Nationale, « Etude d'impact – Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé », 13 février 2019

Assemblée Nationale, « Exposé des motifs de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé », 2019

Assemblée Nationale, « Compte rendu intégral de la séance publique du vendredi 22 mars 2019 »

AUBART F., DELMOTTE D., JACOB A., PRUVO JP., VERAN O., « Exercice médical à l'hôpital. Mission nationale coordonnée par Toupillier D. », *Ministère chargé de la santé*. 2011;36 p.

BLOCH C., « Les pôles inter-établissements : aboutissement de la réforme GHT ? Etude à partir de l'exemple du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences », *Mémoire EHESP*, Octobre 2017, p.8-11

CABY D., DEFFIN C., ZAFAR J.D., « Comment se déterminent les choix de spécialité et de région de formation des étudiants en médecine », *Documents de travail de la DG Trésor n°2018/5*, juillet 2018

CNG, « Bilan de la mise en place des contrats d'engagement de service public (étudiants et internes en médecine) - campagnes 2010-2011 à 2014-2015 », février 2016.

CNG, *Praticiens hospitaliers : éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation du 1er janvier 2018*

CNOM, *Atlas de la démographie médicale*, 2018

CNOM, « Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires », communiqué de la commission des jeunes médecins du CNOM, avril 2019

DREES, « Fiche 1 : les grandes catégories d'établissements de santé », 2018

DREES, « Les établissements de santé – édition 2018 », 2018

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

FHF, « Attractivité médicale et paramédicale : Fiche 7 – Projet social personnel médical et personnel non-médical », 2016

FHF, « Attractivité médicale et paramédicale : Fiche 8 - RH & GHT - PROJET SOCIAL », 2016

FHF, « Attractivité médicale : préconisations 2018 », septembre 2018

FRELAUT M., « Les déserts médicaux », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018

LAVOISEY S. « les pôles, de l'hôpital au GHT, chronique d'une mutation annoncée, Regards sur les pôles », *Soins cadres*, n°98, mai 2016

LE MENN J., CHALVIN P., Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « 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 », Juin 2015

LEVRIER J.G. "Les contrats de prestations internes au CHU de Toulouse ou la recherche de "l'unité dans la diversité": comment préserver une cohérence institutionnelle malgré les nombreux contrats conclus entre les pôles? », *Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique* – 2005

MICHAUD A., LONGEAUX N., *Gestion prévisionnelle des moyens médicaux en Occitanie – Etat des lieux 2018 – prospectives 2021-2023*, 12^{ème} congrès interrégional de la FHF Occitanie Nouvelle Aquitaine, novembre 2018

PERROT M., « Pôles inter-établissements GHT 83 », *Comité national des GHT*, 6 juin 2019

ROUSSEAU A., D'AUTUME C., « Transformer les conditions d'exercice des métiers de la communauté hospitalière », Rapport final

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

VERAN O., « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte », décembre 2013

Supports et textes juridiques

Code de l'éducation

Article L.631-1.I du code de l'éducation

Article L. 632-6 du code de l'éducation

Code de la santé publique

Arrêté du 21 octobre 1971

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

Article R6152-402, modifié par le décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010

Article R6152-416 modifié par le décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010

Article R. 6132-9 du code de santé publique

Article R. 6146-9-3 du code de la santé publique

Article R6152-30 du code de la santé publique modifié par décret n° 2010- 1141 du 29 septembre 2010

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

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

Article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

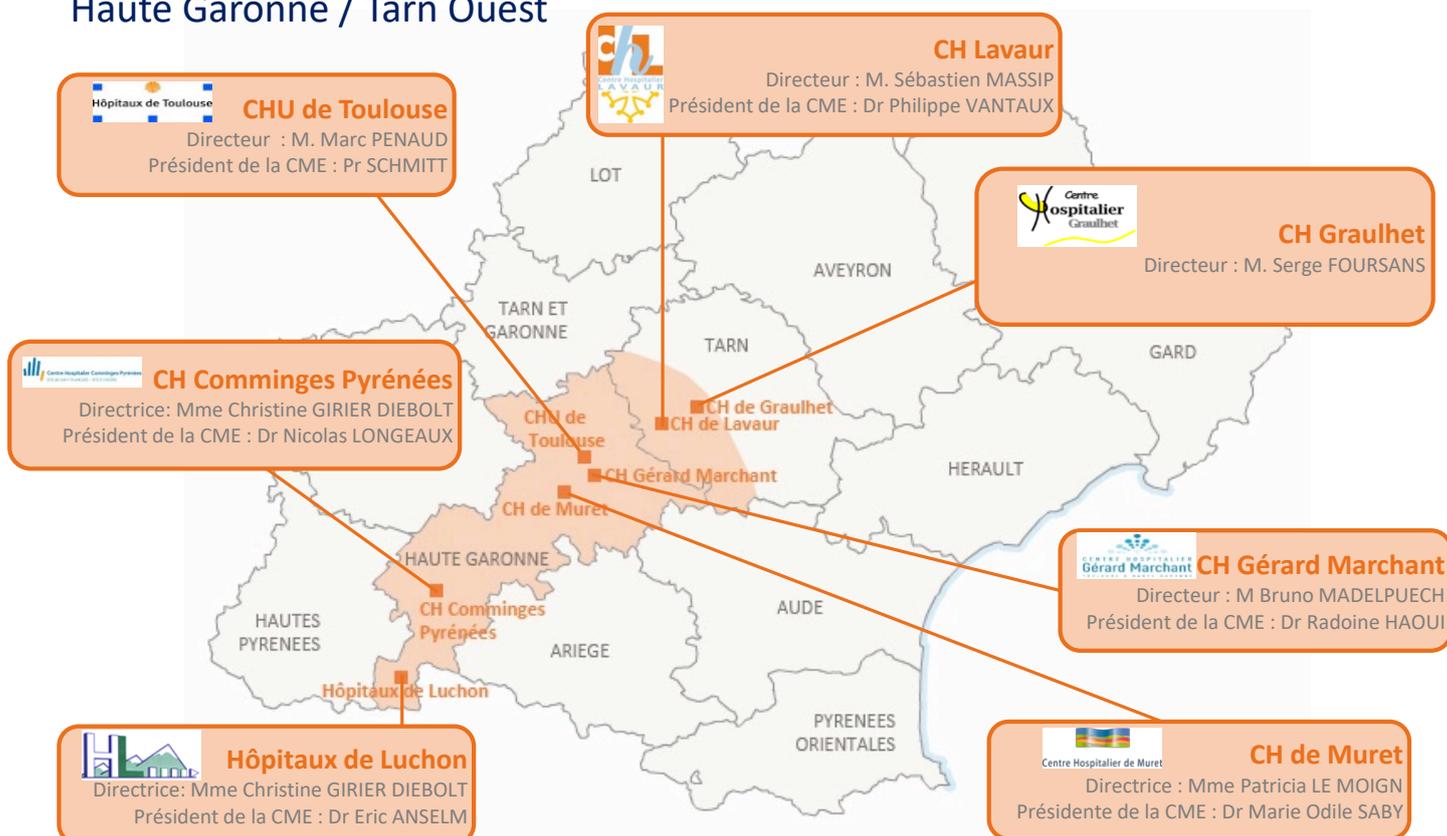
Article 13 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Liste des annexes

Annexe n°1 : carte des établissements du GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest

Les 7 établissements membres du GHT

Haute Garonne / Tarn Ouest



Annexe n°2 : trame de l'entretien pour l'élaboration d'une politique sociale à destination du personnel médical

Entretien – politique sociale à destination du personnel médical

Le :

En service de :

Avec :

I. La politique d'attractivité et de recrutement

Attractivité

1. Quels sont les éléments qui constituent, selon vous, les atouts du CHL pour attirer les médecins ? Quels arguments justifient votre choix d'exercer dans cet établissement ?
2. Quels sont les points faibles de l'établissement pour attirer de nouveaux médecins ?
3. Quelles pistes voyez-vous pour y remédier (issues d'autres établissements par exemple) ?

Recrutement

4. Quels sont, selon vos connaissances, les principaux canaux qu'utilisent actuellement l'établissement pour recruter/publier les postes vacants ?
5. Cette politique vous semble-t-elle efficace et pourquoi ?
6. Voyez-vous d'autres supports/moyens que l'établissement pourrait utiliser pour assurer la publicité de ses postes vacants ou pour recruter de manière plus large ?

II. L'accompagnement individuel des praticiens

Accueil des nouveaux arrivants

7. Que pensez-vous du dispositif actuellement en place pour l'accueil des nouveaux arrivants ? (réunion d'accueil, accompagnement de la DAM ...)
8. Trouvez-vous que l'accueil des internes soit satisfaisant ? (notamment en tant que senior)
9. Quelles sont les principales attentes d'un praticien lors de son arrivée dans un nouvel établissement, selon vous ?

10. Quelles lacunes de l'établissement identifiez-vous dans l'accueil des nouveaux praticiens ?
11. Quels dispositifs/actions peuvent être mises en place pour améliorer l'accueil des nouveaux médecins ? (issues d'autres établissements par exemple)
12. Pensez-vous pertinent que l'établissement remette aux nouveaux arrivants un « kit d'arrivée »
13. Si oui, que doit-il contenir ?
14. Que pensez-vous de la mise en place d'un parrainage des nouveaux médecins par un pair plus ancien ?
15. Vous porteriez-vous volontaire pour parrainer un nouveau confrère ?

Relations avec la DAM

16. Pour quelles raisons vous adressez-vous aujourd'hui à la DAM ?
17. Comment vous adressez-vous aujourd'hui à la DAM ?
18. Juger vous que vos relations avec la DAM sont satisfaisantes du point de vue des modalités et du circuit de vos échanges ? (délais, modalités...)
19. Identifiez-vous des sujets sur lesquels la DAM devrait communiquer de manière plus régulière ? Des thèmes sur lesquels tous les praticiens ont besoin d'une information complète ?
20. Ressentez-vous le besoin que l'établissement formalise un suivi plus régulier et individuel de chaque praticien par la DAM ? (proposition d'un rdv de suivi personnalisé à échéance régulière)
21. Si oui, pour quelles raisons ?
22. Quelle doit être la régularité de ces entretiens individuels ?
23. Quels thèmes souhaiteriez-vous aborder à cette occasion ? (statut, formation, fin de carrière, projets professionnels...)

Médiation

24. Quelles possibilités vous sont aujourd'hui offertes en cas de conflits internes entre professionnels de l'établissement ? Comment gérez-vous ces conflits aujourd'hui ?
25. La mise en place d'une instance dédiée à la médiation des conflits / un référent identifié à l'échelle de l'établissement vous semble-t-elle intéressante ?
26. Si oui, quelles sont vos principales attentes et sur quelles bases souhaiteriez-vous être accompagné ? (qui déclenche son intervention ? Comment ? Pour quelles situations ? Quel peut être son mode d'action ?)

27. Savez-vous qu'il y a un psychologue du travail dans l'établissement ? Si oui, savez-vous comment y recourir ?

III. L'accompagnement collectif et les conditions de vie au travail

Formation

28. Comment cela fonctionne-t-il aujourd'hui pour qu'un médecin ait accès à la formation ?

29. Cette démarche est-elle claire pour vous ?

30. Ce fonctionnement donne-t-il satisfaction ?

31. Quelles pistes d'amélioration identifiez-vous dans le domaine de la formation ?

Gestion du temps de travail

32. Parvenez-vous à suivre au cours de l'année vos droits et obligations liés à votre temps de travail (droits à congés, RTT, temps additionnel, astreintes, indemnités) ?

33. Quels sont les outils qui vous permettent ce suivi ?

34. Quelles sont, selon vous, les principales lacunes de l'établissement dans ce domaine ? Sur quels éléments avez-vous peu de visibilité ?

35. Quelles en sont les causes ?

36. Quelles actions permettraient de gagner en transparence dans ce domaine et vous permettrait donc de mieux suivre vos droits et obligations ?

37. Pensez-vous que l'informatisation de la gestion du temps de travail peut-être facilitatrice ? (renseignement sur un outil des plannings et donc calcul des droits qui sont accessibles par tous à tout moment).

Conciliation vie privée – vie professionnelle

38. Quels organisations/éléments, mis en place par le CHL, vous aident aujourd'hui à concilier votre vie privée et votre vie professionnelle ?

39. Quelles sont vos principales difficultés à cet égard ?

40. Sur quels points avez-vous besoin de l'aide de l'institution ?

41. Quelles organisations l'établissement pourrait mettre en place pour vous permettre de mieux conjuguer les deux ? (télétravail, mode de garde, fiabilisation des astreintes...).

Qualité de vie au travail

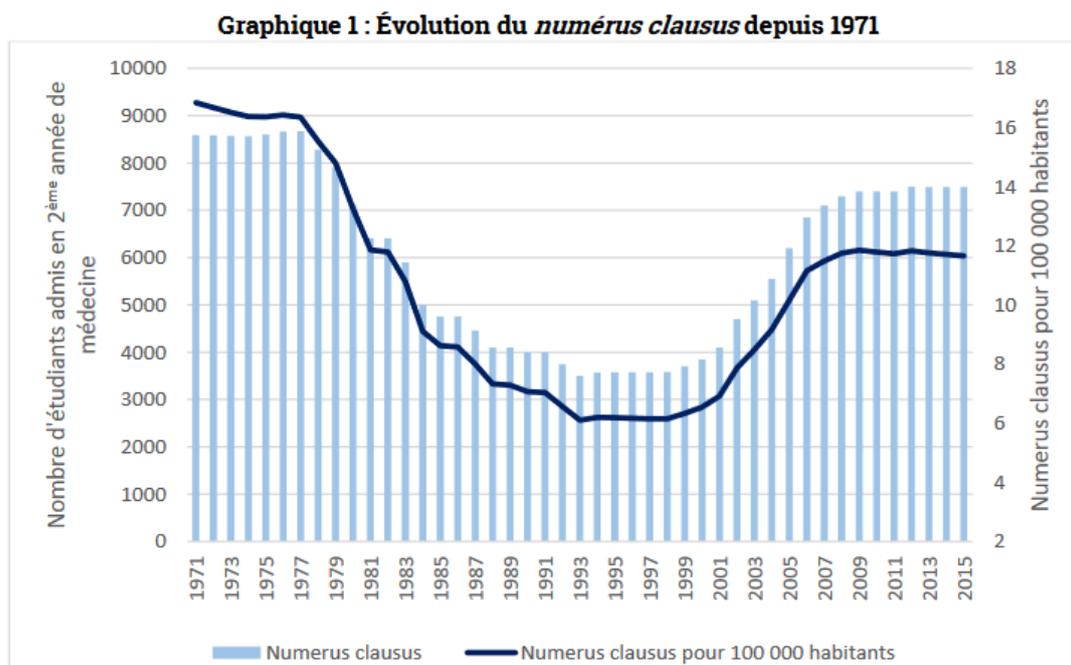
42. Quels sont les atouts et les faiblesses du CHL en termes de qualité de vie au travail des praticiens ?

43. Quelles sont les difficultés principales que vous identifiez et qui nuisent à votre qualité de vie au travail ? (violence, stress, pression...)
44. Quels sont, selon vous les principaux risques auxquels vous faites face dans votre environnement de travail ?
45. Quelles sont vos attentes et quelles actions pourraient améliorer votre qualité de vie au travail ?
46. Vous sentez-vous aujourd'hui valorisé/reconnu dans votre travail ?
47. Si non, qu'est-ce que l'établissement peut mettre en place pour améliorer les choses ?

Conclusion

Des groupes de travail vont être mis en place pour poursuivre ces réflexions, souhaitez-vous apporter votre contribution dans ce cadre ? Y participer ?

Figure n°1 : évolution du numéris clausus depuis 1971



Source : DG Trésor à partir des données Insee, DREES (période 1971-2009) et des arrêtés suivants (période 2010-2015) : arrêté du 21 janvier 2010, arrêté du 5 novembre 2010, arrêté du 9 mars 2012, arrêté du 21 décembre 2012, arrêté du 31 décembre 2013, arrêté du 29 décembre 2014.

Note : Le quadrillage sur le graphique correspond à l'échelle de gauche.

Figure n°2 : Les atouts du CHL en termes d'attractivité médicale

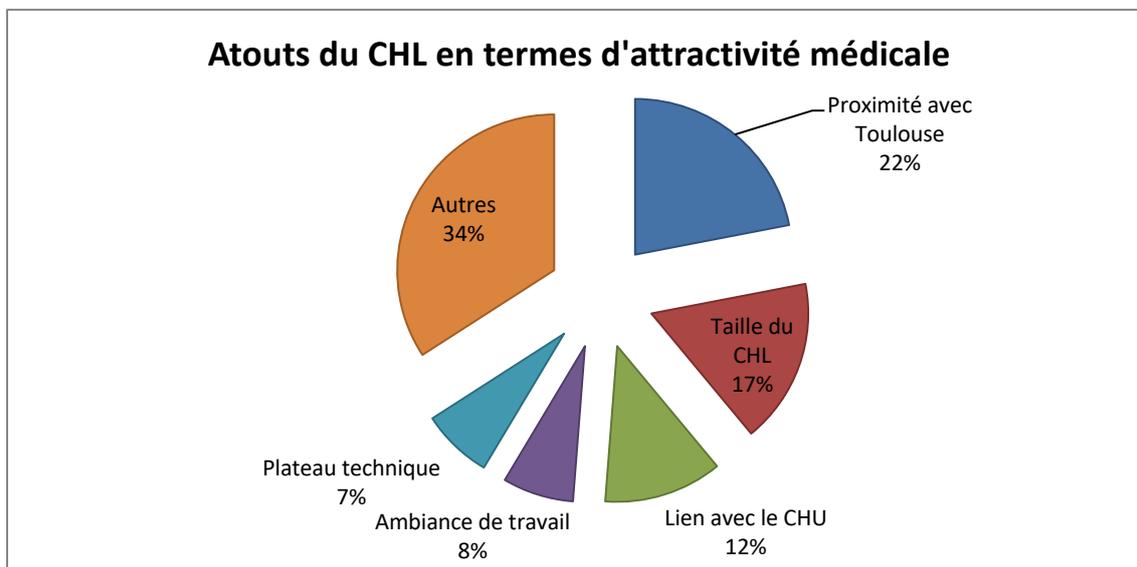


Figure n°3 : les points faibles du CHL en termes d'attractivité médicale

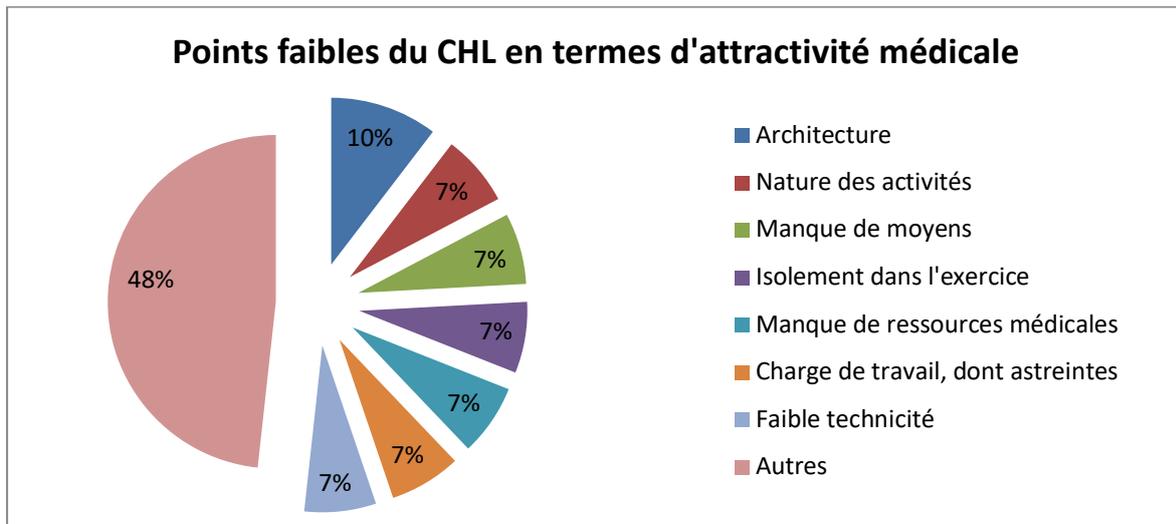


Figure n°4 : les attentes principales des praticiens

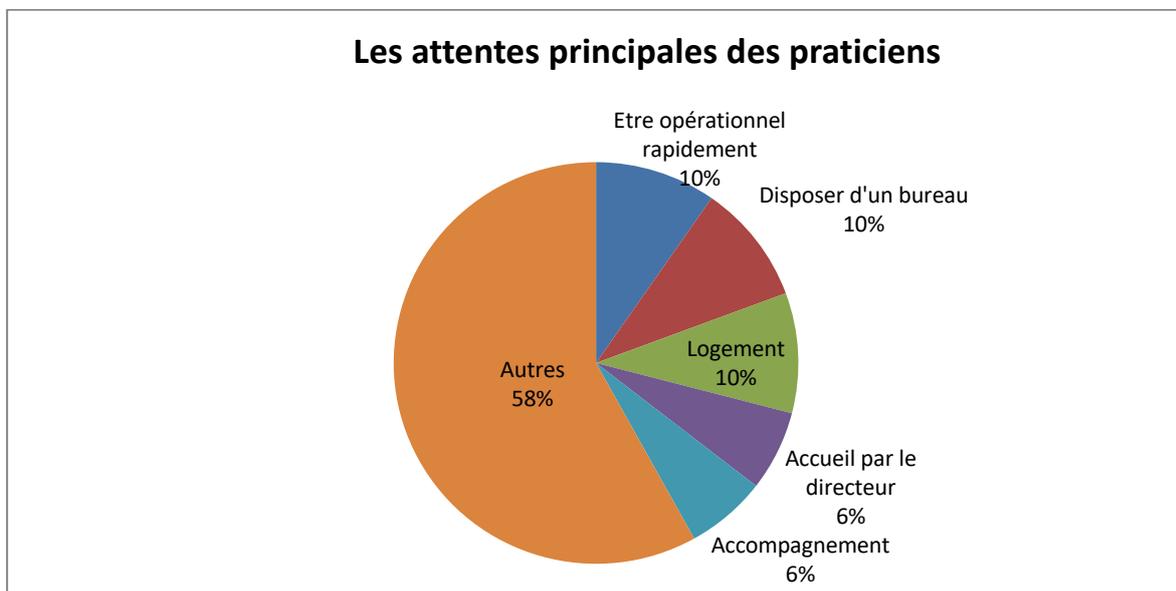


Figure n°5 : les principales attentes des praticiens envers la DAM

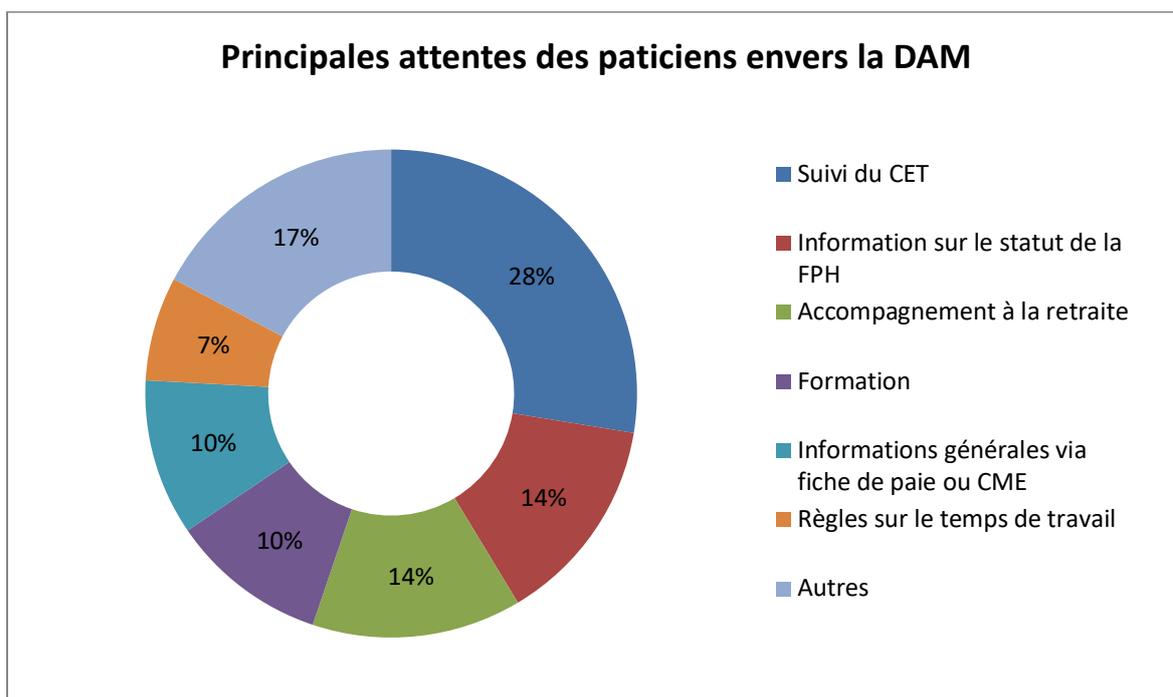


Figure n°6 : les principaux facteurs nuisibles à la qualité de vie au travail du personnel médical

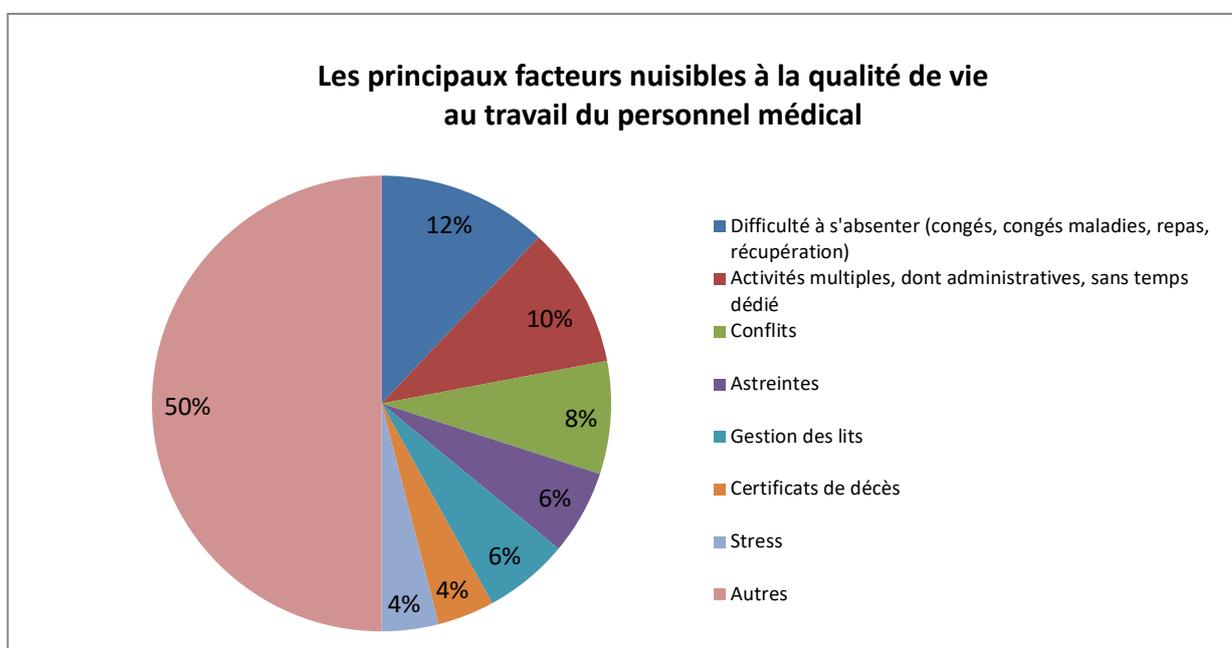
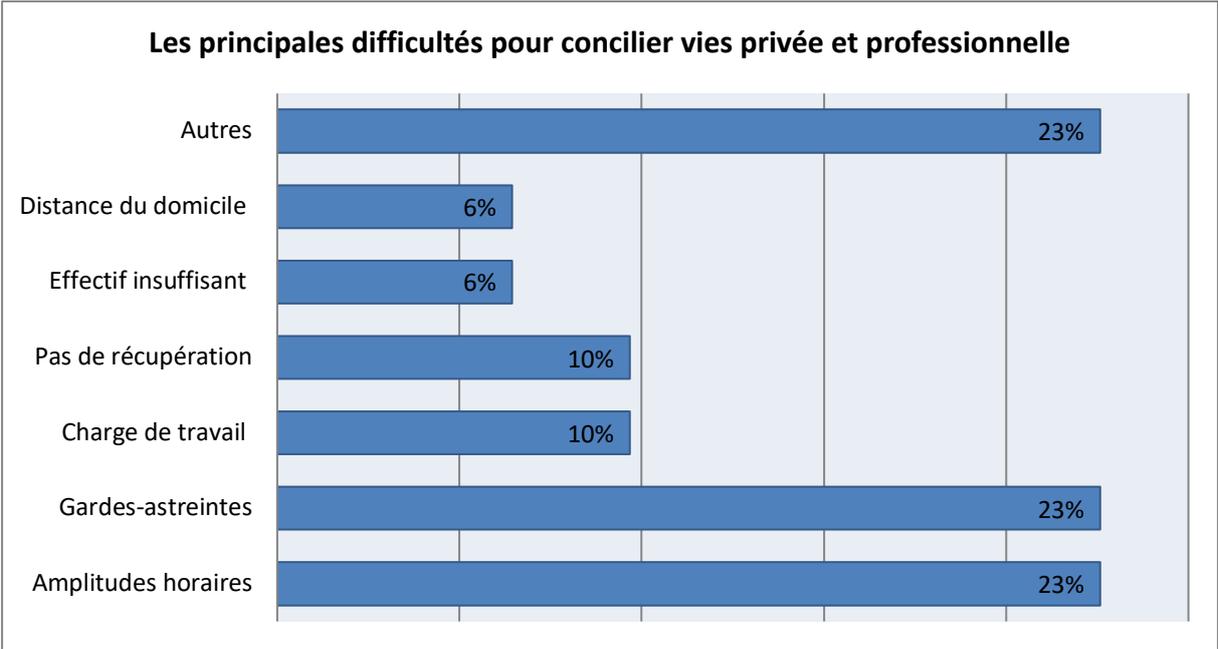


Figure n°7 : les principales difficultés pour concilier vies privée et professionnelle



HUNAUT

Apolline

Décembre 2019

FILIÈRE DH

Promotion 2018-2019

Les leviers offerts par les GHT pour gagner en attractivité médicale : le cas du Centre hospitalier de Lavaur

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes

Résumé :

Le CHL connaît, comme beaucoup d'établissements, des difficultés à recruter de nouveaux praticiens. Cette réalité, aux causes tant locales que nationales, dénote de la crise d'attractivité de l'Hôpital public. La raréfaction de la ressource médicale modifie durablement la structure et le fonctionnement des établissements publics de santé.

La mise en place des GHT, a permis de doter les établissements publics de santé de nouveaux leviers pour y remédier en instaurant une stratégie de groupe public. Le GHT permet d'appréhender de manière territoriale la démographie médicale et la répartition des compétences. Le GHT Haute-Garonne Tarn-Ouest, a, dans ce cadre, mis en œuvre des organisations innovantes et développer des outils, dont l'exercice médical territorial et les activités d'intérêt général. Ce nouveau mode d'exercice, attractif pour les praticiens du CHL, peut également l'être pour ceux du CHU. Cette collaboration requiert une coordination et une bonne communication entre les établissements pour accompagner ces praticiens au cours de leur carrière territoriale.

Néanmoins, ce partenariat présente des limites et instaure un lien de dépendance vis-à-vis du CHU. Pourtant, l'établissement a des atouts à faire valoir. Il est donc de sa responsabilité de conduire, en interne, sa propre politique d'attractivité médicale pour fidéliser les médecins. Le CHL a construit, en concertation avec la communauté médicale, un projet social médical. Son plan d'actions comprend un volet dédié au recrutement de nouveaux médecins, mais également une partie consacrée à l'accompagnement individuel proposé aux praticiens ainsi qu'un axe visant à améliorer leur qualité de vie au travail.

Mots clés :

Médecins, groupement hospitalier de territoire, attractivité médicale, fidélisation, démographie médicale, exercice médical territorial, coopération, projet social médical

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.