



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

Le GHT, une opportunité pour favoriser l'attractivité médicale ?

L'exemple du GHT Grand Paris Nord-Est (93)

Laure COUDEL

Remerciements

Je remercie Mme Di Natale pour son accueil au sein du GHT Grand Paris Nord-Est (93), ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction commune.

Je tiens à remercier très chaleureusement ma maître de stage, Claire Le Corre, directrice de l'attractivité et des affaires médicales au sein du GHT Grand Paris Nord-Est. Par son accompagnement bienveillant au quotidien et sa grande disponibilité, son suivi rigoureux de mes dossiers de stage, ses nombreux conseils, elle a été une excellente encadrante. Elle a su me transmettre encore davantage le goût du métier de directrice d'hôpital, chaque jour si varié, et m'a permis d'appréhender au mieux la prise de mes futures fonctions en sortie d'école.

Je remercie également Sylvain Groseil pour son accompagnement dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie le Dr Pierre Charestan, président de la CME du CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois et l'ensemble des médecins rencontrés qui m'ont aidée à construire ce travail.

Je remercie également Delphine Lebigre, attachée responsable des affaires médicales du CHI Robert Ballanger, pour ses relectures attentives et ses conseils très pertinents.

Enfin, je tiens à témoigner ma reconnaissance à l'ensemble des agents du GHT, et plus particulièrement ceux du CHI Robert Ballanger, à Aulnay-sous-Bois, où j'ai été accueillie. Au cours des divers projets entrepris, j'ai eu grand plaisir à travailler avec chacun d'entre eux et leur enthousiasme, leur disponibilité, n'ont fait que me conforter dans ce désir d'exercer ce beau mais exigeant métier de directrice d'hôpital.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le GHT Grand Paris Nord-Est est confronté à une pénurie importante de temps médical, reflétant tant un phénomène local que national.....	9
1.1 <i>La France souffre d'une importante pénurie médicale, que ce soit au niveau de l'offre de premiers recours en ville ou au sein des établissements hospitaliers.....</i>	9
1.1.1 Les besoins de soins de ville continuent d'augmenter, alors même que l'offre médicale libérale baisse sur le territoire français	9
1.1.2 Les établissements hospitaliers connaissent une progression importante du taux de vacance de postes de PH, accentuant le recours à l'intérim médical	10
1.2 <i>L'Ile-de-France, si elle dispose d'une densité médicale élevée, n'échappe pas à ce constat de pénurie médicale face à une forte demande de soins</i>	11
1.2.1 Une densité médicale élevée qui reste insuffisante au vu des besoins régionaux	11
1.2.2 Une pénurie médicale importante sur les services d'urgences d'Ile-de-France	13
1.3 <i>Dans ce cadre, le GHT GPNE doit donc également relever ce défi de l'attractivité médicale, et ce, sur un territoire marqué par une forte précarité.....</i>	13
1.3.1 Une démographie médicale défavorable en Seine-Saint-Denis et un niveau de précarité sociale élevé qui freinent l'attractivité médicale	13
1.3.2 Au sein du GHT GPNE, la pénurie médicale est plus ou moins marquée selon les établissements et les services mais reste réelle.....	15
2 Le développement de cette situation de pénurie médicale peut s'expliquer par un manque d'attractivité financière de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers, ainsi que par une plus grande aversion à la permanence des soins ...	19
2.1 <i>Des conditions financières et de rémunération qui sont insuffisamment attractives à l'hôpital public, en particulier au vu de la rémunération proposée par le secteur privé.....</i>	19
2.1.1 Un cadre statutaire à l'hôpital trop rigide en matière de rémunération et peu attractif	19
2.1.2 L'hôpital public, contrairement au secteur privé, ne rémunère pas ses médecins à l'acte, ce qui peut engendrer un effet négatif sur l'attractivité.....	21
2.2 <i>Une aversion de plus en plus grande à la permanence des soins, mission pourtant fondamentale du service public</i>	22

2.2.1	La permanence des soins : une mission au cœur du service public et principalement assurée par les établissements publics de santé	22
2.2.2	Cette permanence des soins est de plus en plus associée à une charge de travail lourde et une pénibilité qui s'accroît, décourageant les médecins à l'exercer à l'hôpital public	23
3	Dans ce cadre, le GHT Grand Paris Nord-Est peut représenter une véritable opportunité pour favoriser l'attractivité médicale	27
3.1	<i>La mise en œuvre du Projet médical partagé (PMP) favorise le renforcement de la coopération médicale entre les établissements, encourageant ainsi l'attractivité médicale au sein du GHT Grand Paris Nord-Est</i>	<i>27</i>
3.1.1	La définition du PMP constitue un préalable indispensable à la mise en place d'une coopération territoriale au sein d'un GHT	27
3.1.2	Portées par le GHT, le développement de coopérations territoriales déclinant le PMP ; telles que des Equipes médicales de territoire ou des Fédérations inter-hospitalières ; soutiennent le développement d'une politique d'attractivité à l'hôpital public.....	28
3.1.3	Le dispositif des Assistants spécialistes à temps partagé : un autre dispositif attractif et présent au sein du GHT GPNE	32
3.2	<i>La direction unique de l'attractivité et des affaires médicales du GHT Grand Paris Nord-Est peut jouer un rôle déterminant dans le développement d'une véritable politique d'attractivité médicale.....</i>	<i>33</i>
3.2.1	La direction unique a pour objectifs d'harmoniser le recrutement et de dynamiser les parcours professionnels du personnel médical.....	34
3.2.2	La communication, moteur de la fidélisation du personnel médical, doit être portée par la direction unique de l'attractivité et des affaires médicales	35
3.2.3	Cette direction unique doit également relever le défi de mettre en œuvre une véritable politique en matière de qualité de vie au travail pour le personnel médical du GHT GPNE	37
3.2.4	Enfin, il est nécessaire de promouvoir le management médical à l'échelle du GHT, maillon essentiel de l'attractivité médicale	43
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AIG : Activité d'intérêt général

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

ARS : Agence régionale de la santé

ASP : Assistant spécialiste à temps partagé

CET : Compte épargne-temps

CH : Centre hospitalier

CHI : Centre hospitalier intercommunal

CME : Commission médicale d'établissement

CNG : Centre national de gestion

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRH : Direction des ressources humaines

EMT : Equipe médicale de territoire

ETP : Equivalent temps plein

FFI : Faisant fonction d'interne

FHF : Fédération hospitalière de France

FMIH : Fédération médicale inter-hospitalière

GH : Groupe hospitalier

GHM : Groupe homogène de malades

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GHT GPNE : Groupement hospitalier de territoire Grand Paris Nord-Est

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de jour

HPST : Hôpital, patients, santé et territoires

IESP : Indemnité d'engagement de service public

IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MIG : Mission d'intérêt général

MIR : Médecine Intensive-Réanimation
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
PDS : Permanence des soins
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
PDSES : Permanence des soins en établissements de santé
PECH : Prime d'engagement dans la carrière hospitalière
PET : Prime d'exercice territorial
PH : Praticien hospitalier
PM : Personnel médical
PMP : Projet médical partagé
PNM : Personnel non médical
PRS : Projet régional de santé
QVT : Qualité de vie au travail
SAU : Service d'accueil des urgences
SIHP : Syndicat des internes des hôpitaux de Paris
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SRP – IMG : Syndicat représentatif parisien des internes de médecine générale
SRS : Schéma régional de santé
SSPI : Salle de surveillance post-interventionnelle
T2A : Tarification à l'activité
TMS : Troubles musculo-squelettiques
TTA : Temps de travail additionnel
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
URC : Unité de recherche clinique
ZAPI : Zone d'attente pour personnes en instance

Méthodologie

Ce mémoire a été construit en plusieurs étapes.

Tout d'abord, étant rattachée à la direction unique de l'attractivité et des affaires médicales pour mon stage long de direction, j'ai eu l'opportunité d'appréhender de manière très concrète et immédiate les questions d'attractivité médicale via la pénurie médicale qu'a subi en particulier le CHI Robert Ballanger à Aulnay au sein de son service d'urgences, ce qui m'a fortement sensibilisée au sujet.

Au niveau du GHT, la progression de la réflexion sur le PMP m'a permis de découvrir les différentes coopérations territoriales qui se sont mises en place.

Ensuite, j'ai cherché à rencontrer différents acteurs pour étayer et approfondir ma vision du sujet : médecins, directeurs d'affaires médicales, représentants de syndicats d'internes, chefs de service ou encore attachés aux affaires médicales du GHT etc.¹ Au total, 16 entretiens ont été conduits.

Enfin, j'ai choisi de réaliser une enquête au cours de l'été 2019 destinée à l'ensemble du personnel médical du GHT et portant sur l'attractivité et la qualité de vie au travail². Les résultats de ce sondage m'ont permis de conforter certains éléments de mon mémoire et les données ont pu être reprises pour illustrer certains arguments.³

Les résultats de cette enquête seront par ailleurs présentés aux instances à la rentrée de septembre 2019 par la direction de l'attractivité et des affaires médicales et serviront de base à un plan d'actions sur l'attractivité pour le GHT qui sera déployé au cours de l'année 2020.

¹ Cf Annexe 1.

² Cf Annexe 2.

³ Cf Annexe 3.

Introduction

Le 22 août dernier, le journal *Le Point* publiait son classement annuel des 1 400 hôpitaux et cliniques les mieux notés de France et avec lui pour la première fois, la liste exclusive de tous les services d'urgences manquant de médecins.

Si la pénurie médicale n'est pas un phénomène nouveau, la crise semble néanmoins prendre de l'ampleur depuis plusieurs années. Les services d'urgences en particulier ; en grève depuis quatre mois en France, cristallisent les tensions. Bien souvent « *porte d'entrée de l'hôpital* » ; les Services d'accueil des urgences (SAU) se trouvent aujourd'hui dans des situations de forte tension, confrontés à un afflux de patients dû à l'insuffisance de l'offre libérale sur les territoires et à une démographie médicale en berne, ainsi qu'au vieillissement de la population française. La mise en place des maisons médicales de garde ne suffit pas à enrayer le phénomène car les patients préfèrent bien souvent se rendre directement aux urgences et ces maisons de garde ne peuvent par ailleurs pas être ouvertes 24/24h. D'après la Cour de comptes, depuis 2012, le nombre de passages annuels aux urgences a ainsi augmenté de 3,6% par an en moyenne⁴.

Cette saturation des services d'urgence observée sur l'ensemble du territoire français entraîne une surcharge forte de travail pour les équipes médicales comme soignantes, et avec elle, le départ de plus en plus de praticiens, alors même que la démographie médicale est déjà en difficulté. Pour pallier cette pénurie médicale, les établissements de santé sont contraints d'avoir recours à l'intérim ; ce qui génère un coût bien souvent exorbitant pour l'établissement, fragilise en particulier les Centres hospitaliers (CH) de taille moyenne, et éprouve les équipes en place qui doivent s'adapter au quotidien à des praticiens intérimaires différents chaque jour, connaissant mal l'établissement, percevant pour leur mission temporaire une rémunération extrêmement élevée, et surtout, dont l'investissement et la rigueur professionnelle sont très hétérogènes.

Face à ces conditions de travail difficiles, les établissements publics de santé peinent aujourd'hui tant à *attirer* qu'à *fidéliser* les praticiens hospitaliers (PH) ; deux dimensions pourtant essentielles de l'attractivité médicale qui peut être définie comme ce qui a le caractère de plaire, de séduire, d'attirer, et ici en l'occurrence, de plaire à une population particulière ; le personnel médical. Si l'attractivité médicale tient à de multiples facteurs ; situation géographique de l'établissement, existence d'un plateau technique performant,

⁴ Cour des comptes, 2019, *Rapport public annuel. Tome II – Les urgences hospitalières*.

pathologies des patients pris en charge, réputation du chef de service, conditions matérielles d'accueil du praticien etc... ; certains éléments peuvent sans doute expliquer plus particulièrement ces difficultés à attirer et fidéliser.

En effet, le statut du praticien ne présente plus aujourd'hui autant d'attraits pour la nouvelle génération de médecins qui souhaite plutôt voir se développer des conditions d'exercice plus souples (exercice mixte, exercice partagé, temps partiel...), allier un meilleur équilibre de vie professionnelle et personnelle, ou encore tout simplement bénéficier d'une rémunération plus élevée, en particulier en début de carrière où les écarts avec le secteur privé sont criants et découragent les jeunes praticiens d'exercer dans certaines spécialités à l'hôpital public (anesthésie, radiologie etc.).

On observe également que cette nouvelle génération est aussi plus réticente à exercer la mission de permanence des soins (PDS) ; mission pourtant fondamentale du service public. Or, si le secteur privé peut participer à la permanence des soins sous certaines conditions, ce sont bien les EPS qui disposent de la majorité des lignes de gardes et d'astreintes, et reçoivent également les patients les plus lourds. Dans un contexte national où la pénurie médicale est forte ; avec des taux de vacance d'emplois titulaires particulièrement élevés sur certaines spécialités (le taux de vacance d'emploi des PH temps plein de radiologie en 2019 s'élève à plus de 40%⁵) ; la permanence des soins devient donc beaucoup plus lourde à assurer au quotidien et les lignes de gardes deviennent plus précaires. Les équipes médicales, en raison des difficultés de démographie médicale au niveau national et de la difficulté à recruter sur certaines spécialités, voient leur taille diminuer et par conséquent, le nombre de gardes et d'astreintes par praticien augmente, induisant une charge de travail beaucoup plus lourde, que certains ne souhaitent plus assumer.

Ces difficultés d'attractivité médicale peuvent être accentuées sur certains territoires plus que d'autres. En effet, on observe qu'il existe une corrélation entre les territoires où le niveau de précarité sociale est élevé, et la capacité à attirer ou à fidéliser des praticiens. Le niveau de précarité sociale influe en effet sur la demande de soins : plus la population du territoire est défavorisée, plus la demande de soins est élevée. En parallèle, cette dimension sociale a un impact non significatif sur les interactions entre le patient et son médecin : sur le temps ou non disponible pour traiter les questions de prévention, sur le degré de compliance et d'observance thérapeutique du patient, sur le besoin éventuel d'un interprète pour traduire, la présence de co- ou multimorbidités chez le patient etc...). Ces éléments peuvent agir et impacter de manière négative l'attractivité des praticiens, par exemple via la charge de travail qu'ils représentent.

⁵ CNG, 2019, *Rapport d'activité 2018*.

Dès lors, comment aujourd'hui améliorer et favoriser l'attractivité médicale dans un contexte national marqué par une forte pénurie médicale et des conditions de travail souvent plus difficiles à l'hôpital ?

Pour traiter ce sujet, j'ai choisi pour objet d'étude de ce mémoire l'exemple de mon stage de direction ; à savoir le Groupement hospitalier de territoire (GHT) Grand Paris Nord-Est situé dans le département de la Seine-Saint-Denis (93) ; territoire marqué par une forte précarité sociale.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le Groupement hospitalier de territoire Grand Paris Nord-Est (GPNE)⁶ est donc constitué depuis juillet 2016 par trois centres hospitaliers MCO de la Seine-Saint-Denis :

- le Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil à Montfermeil ;
- le Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois ;
- le Centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil.

Le GHI Le Raincy-Montfermeil a été désigné établissement support du GHT et le fonctionnement du GHT est régi par une convention constitutive en date du 31 mai 2016. Une direction commune a ensuite été installée en septembre 2018.

Le GHT GPNE couvre une zone de recrutement de plus de 30 communes, ce qui représente 1 676 539 habitants. Il regroupe au total 1 751 lits et places. Le GHT GPNE se situe dans le département de la Seine-Saint-Denis, sur un territoire particulièrement défavorisé ayant un taux de chômage élevé. L'offre de soins du GHT sur le territoire s'adresse à une population plus jeune que la moyenne nationale, ayant un taux de natalité élevé et marquée par une situation socio-économique précaire, qui se répercute sur les prises en charge via des durées moyennes de séjours plus longues ou des situations sociales complexes, ne facilitant pas les démarches de sorties.

Au total, le GHT GPNE comptabilise ainsi :

- 1 751 lits et places ;
- 5 700 agents dont 885 médecins ;
- 9 705 naissances ;
- 160 089 passages annuels aux urgences adultes ;
- 60 882 passages annuels aux urgences pédiatriques ;
- 357 142 consultations externes ;
- 23 388 actes chirurgicaux, dont plus de 10 000 en ambulatoire.

Le budget cumulé du GHT GPNE est de 445M€.

⁶ Le GHT a été baptisé GHT Grand Paris Nord-Est (GHT GPNE) en novembre 2018.

Le GHT GPNE est associé à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; avec les Hôpitaux universitaires de Paris Seine-Saint-Denis (HUPSSD) et l'Hôpital universitaire Robert Debré ; ainsi qu'à l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard.

Le Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy-Montfermeil

Le GHI Le Raincy-Montfermeil assure une mission de service public avec ses 612 lits et places et répond aux besoins courants de la population en médecine, chirurgie, obstétrique et par un accueil des urgences.

Il dispose d'une offre de soins complète en médecine (néphrologie, neurologie, diabète, médecine interne, réanimation...), en chirurgie (orthopédique, digestive, vasculaire, viscérale, bariatrique, ORL, ophtalmologique ...) et en gynécologie-obstétrique avec une maternité de niveau 2B. Il a par ailleurs développé un certain nombre de spécialités comme la cancérologie médicale et chirurgicale, la gastro-entérologie, la cardiologie, la pneumologie et la gériatrie.

L'hôpital de Montfermeil s'appuie pour ce faire sur un plateau technique conséquent - radiothérapie, médecine nucléaire, endoscopie notamment - et sur un service de soins de suite - il dispose en effet d'un Centre de Moyen et Long Séjour, les Ormes, avec 194 lits. Il complète sa prise en charge avec une activité d'éducation thérapeutique (diabète gestationnel sous insuline, diabète-obésité, les maladies inflammatoires de l'intestin [Crohn et RCH]) ou encore avec l'Ecole de l'asthme destinée aux adultes et adolescents.

En 2018, le GHI Le Raincy-Montfermeil a vu l'installation provisoire de la préparation des cytotoxiques permettant ainsi de poursuivre la fabrication des poches de chimiothérapie. Des travaux ont également été terminés sur l'hôpital de jour d'oncologie. Le centre de tri du laboratoire a également été réaménagé et le magasin alimentaire rénové. Une consultation pré-anesthésique a été ouverte. Enfin, une Unité pério-opératoire gériatrique (UPOG) a vu le jour sur l'hôpital des Ormes et une équipe mobile de soins palliatifs a été mise en place.⁷

Le Centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil

Situé aux portes de Paris, l'hôpital André Grégoire de Montreuil dispose d'un vaste plateau de consultations et d'une capacité d'hospitalisation de 400 lits et places. Il bénéficie également d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire, et d'une Unité de Médecine Ambulatoire et de semaine. Son activité regroupe l'ensemble des prises en charge médico-chirurgicales de la naissance à la personne âgée et propose une offre de soins

⁷ Rapport d'activité 2018 – GHT GPNE.

complète dans différentes spécialités de médecine (cardiologie, médecine interne et maladies infectieuses, néphrologie, réanimation, gériatrie...), de chirurgie (orthopédique, urologique, digestive, orale, plastique, ORL et ophtalmologique), de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. La maternité de niveau 3, dotée d'un service de néonatalogie de 43 lits dont 17 lits de réanimation néonatale, accueille chaque année plus de 4 000 naissances. L'hôpital dispose également de services d'urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales, et de nombreux équipements d'imagerie, de biologie et d'explorations fonctionnelles.

Cette offre de soins complète lui permet d'assurer un rôle de premier recours sur son territoire, tout en constituant un centre de référence dans plusieurs disciplines : dialyse, cardiologie, périnatalité, urologie.

En 2018, une nouvelle unité de chirurgie ambulatoire a été ouverte à l'hôpital de Montreuil. Des travaux importants ont également été réalisés pour ré-ouvrir le bloc opératoire de l'hôpital avec une circulation d'accès directe avec la Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Les travaux d'étude de la maîtrise d'œuvre du projet de rénovation des urgences ont également débuté. En octobre 2018, le CHI André Grégoire a par ailleurs inauguré son laboratoire de simulation médicale qui donne la possibilité aux professionnels de santé de s'entraîner sur des mannequins de hautes technologies. Ce laboratoire s'ouvre désormais à l'ensemble des communautés hospitalières du GHT et à leurs partenaires.

Le Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois

Situé sur les communes d'Aulnay-sous-Bois, du Blanc-Mesnil, de Tremblay-en-France, de Sevran et Villepinte, l'hôpital Robert Ballanger regroupe des activités de médecine (addictologie, dermatologie, douleur, endocrinologie-diabétologie, gastro-entérologie, HDJ médecine, HDJ oncologie, médecine interne et maladies infectieuses, pneumologie, rhumatologie, réanimation-USC, soins palliatifs), de chirurgie (ambulatoire, viscérale, thoracique et endocrinienne, maxillo-faciale, plastique et esthétique, ophtalmologie, ORL, orthopédie, urologie, bariatrique), de gynécologie-obstétrique, un service d'accueil des urgences et de trois secteurs de psychiatrie et d'un secteur de pédopsychiatrie.

Le secteur Femme-Enfant dispose d'un plateau de consultations performant et dynamique qui comprend une maternité de niveau 2B accueillant près de 3 500 accouchements par an, un service de gynécologie-grossesses à haut risque, un planning familial, des services de pédiatrie comportant des lits de soins continus, une néonatalogie, un service de chirurgie pédiatrique orthopédique, viscérale, urologique, des spécialités d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie (ORL), de stomatologie et un service de pédopsychiatrie.

L'établissement dispose d'un plateau technique performant d'une capacité de 748 lits et places, ainsi que 95 lits et places en Soins de suite et de réadaptation (SSR). Il est également doté d'un laboratoire de biologie, d'un laboratoire d'anapathologie et d'un service d'imagerie médicale et de radiologie interventionnelle.

L'hôpital s'inscrit pleinement sur le territoire par le biais de ses neuf centres médicopsychologiques (CMP), ainsi que par sa présence à la maison d'arrêt de Villepinte. L'hôpital Robert Ballanger possède également une antenne médicale à l'aéroport de Roissy : la Zone d'attente pour personnes en instance (ZAPI).

Enfin, un Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) rattaché à l'hôpital prépare aux diplômes d'infirmier(e)s, d'auxiliaires de puériculture et d'aides-soignant(e)s.

L'activité de l'hôpital Ballanger connaît actuellement une forte croissance : elle a augmenté de 3 à 4% en 2018 sur le MCO, tandis que le virage ambulatoire se poursuit à hauteur de 46%. L'activité a notamment particulièrement augmenté en maternité puisque la reprise de l'activité de la Clinique du Vert Galant située à proximité de l'hôpital a engendré une hausse de l'activité avec près de 300 naissances supplémentaires en 2018 et le développement de l'HDJ de Gynécologie. La hausse d'activité s'explique également par le développement d'une activité d'allergologie tant pour les adultes que pour les enfants, et par le développement de l'activité de dermatologie.

En 2018, le CHI Robert Ballanger a entrepris des investissements importants pour moderniser et humaniser la psychiatrie adultes et enfants, avec notamment l'inauguration de nouveaux CMP adultes à Villepinte ou à Gambetta-Sevran. Le projet de rénovation des urgences a également été lancé et les premiers travaux doivent débuter en octobre 2019 pour agrandir et rénover un service particulièrement vétuste et exigu.

Une Unité spécialisée d'accompagnement du psychotraumatisme (USAP) a également été ouverte et reconnue site pilote Nord Paris en novembre 2018 au niveau régional avec le site d'Avicenne (Hôpitaux Universitaires de Paris Seine-Saint-Denis), parmi les 10 centres nationaux. Elle permet d'accompagner les victimes de psychotraumatismes (deuils, *burn-out*, violences conjugales...).

L'installation d'une direction commune et la définition du Projet médical partagé (PMP) comme axes stratégiques pour les travaux du GHT GPNE

Au niveau du GHT, l'année 2018 a été marquée par la mise en place d'une direction commune et par le développement d'une importante réflexion sur le PMP. Ces deux axes sont en effet apparus nécessaires face aux importantes difficultés financières que

connaissent actuellement les trois établissements du GHT et dans une situation où la gouvernance entre les trois établissements semblait dans l'impasse.

La direction commune est en effet le mode de gouvernance qui est apparu comme étant le plus approprié pour renforcer l'efficacité des organisations et soutenir le développement du PMP, ainsi que pour sortir d'une gouvernance bloquée au sein du GHT.

L'intensification de la mise en œuvre du Projet médical partagé du GHT doit ainsi permettre de pouvoir définir des filières de prise en charge pour les patients, dans un territoire où les enjeux de santé publique sont majeurs et soutenir les efforts visant à retrouver une stabilité économique.

Le GHT GPNE est engagé dans un Copermo qui sera présenté à l'ARS en novembre 2019. Dans cette perspective, les maquettes d'organisation sont révisées depuis le début de l'année 2019 grâce à un accompagnement par un cabinet extérieur.

Le GHT GPNE ne fait pas exception et est également confronté à des difficultés importantes en termes d'attractivité médicale

Le GHT GPNE en dépit du développement de nouvelles activités et de projets ambitieux, de la forte croissance d'activité observée à Aulnay et de la priorité donnée au PMP, n'échappe au constat national de la pénurie médicale et à d'importantes difficultés de recrutement. Les trois établissements du GHT GPNE ne sont pas concernés de la même manière, mais les vacances de postes sur plusieurs spécialités sont réelles, voire nombreuses au CHI Robert Ballanger ; en particulier sur le service des urgences et sur la psychiatrie.

Face à une démographie médicale en berne, à des conditions d'exercice plus difficiles à l'hôpital public et dans un cadre territorial marqué par une forte précarité, le GHT Grand Paris Nord-Est peut-il représenter une opportunité pour promouvoir et favoriser l'attractivité médicale ?

Le développement de coopérations territoriales plus ou moins poussées (activités partagées, équipes médicales de territoire, fédérations inter-hospitalières...) peuvent représenter de premières réponses à cette problématique, dans un contexte où l'offre de soins est chaque jour davantage réfléchi à l'échelle d'un territoire et conçue pour une population donnée.

Mais c'est néanmoins sans doute dans la mise en place d'une direction unique de l'attractivité et des affaires médicales ; en parallèle à l'installation de la direction commune depuis septembre 2018 ; qu'il convient de rechercher des réponses plus approfondies. En effet, l'harmonisation de la politique des affaires médicales au niveau du GHT est un préalable indispensable à la création de conditions similaires d'attractivité médicale sur les trois établissements et au développement d'une réflexion sur la dynamique des parcours professionnels et la carrière médicale.

Cette direction unique est aussi sans doute la mieux même de porter et de développer une politique unique de qualité de vie au travail à destination du personnel médical, et notamment des internes qui représentent un vivier important de potentiels futurs recrutements pour le GHT GPNE.

Enfin, il apparaît indispensable que cette direction de l'attractivité, pour parvenir non seulement à attirer mais ensuite à fidéliser ses praticiens, doive engager un véritable travail pour promouvoir le management médical, que ce soit par le développement d'une offre de coaching, de management médical au sein du GHT GPNE ou par le développement de temps d'échanges informels, ou de séminaires, visant à permettre aux praticiens juniors et seniors de se rencontrer et d'échanger sur les bonnes pratiques, les organisations internes développées au sein des services et les projets.

C'est pourquoi, le mémoire sera structuré de la manière suivante :

- I) La première partie exposera plus en détails le constat de la pénurie médicale ; tant au niveau national que sur le territoire d'étude de ce mémoire, à savoir en Ile-de-France et en Seine-Saint-Denis ;**
- II) La deuxième partie s'attachera à expliquer les raisons financières et organisationnelles propres à l'hôpital public de ce constat ;**
- III) Enfin, la troisième partie aura pour objectif d'appréhender le rôle que peut jouer le GHT Grand Paris Nord-Est pour répondre à ces difficultés d'attractivité médicale et notamment l'opportunité que représente la mise en place d'une direction unique de l'attractivité et des affaires médicales.**

1 Le GHT Grand Paris Nord-Est est confronté à une pénurie importante de temps médical, reflétant tant un phénomène local que national

1.1 La France souffre d'une importante pénurie médicale, que ce soit au niveau de l'offre de premiers recours en ville ou au sein des établissements hospitaliers

1.1.1 Les besoins de soins de ville continuent d'augmenter, alors même que l'offre médicale libérale baisse sur le territoire français

La France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE en termes de densité médicale : en 2018, on compte 340 médecins en activité pour 100 000 habitants.⁸

Pour autant, le nombre de médecins en activité régulière ne cesse de diminuer depuis 2010 : la part de ces médecins parmi l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre a ainsi baissé de 9 points depuis 2010 et de 1,3 point depuis 2017(66,7% vs 68%)⁹.

L'exercice libéral continue aussi à reculer, alors même que les besoins s'accroissent avec l'augmentation et le vieillissement de la population, ainsi que le développement des maladies chroniques¹⁰. Si ce niveau d'activité baisse, c'est en partie lié à l'évolution des modes d'exercice : féminisation de la profession médicale et hausse des temps partiels, souhaits de modes d'exercice variés (mixtes, collectifs etc.) et exercice salarié de plus en plus privilégié par rapport à l'exercice libéral, souhait d'un plus grand équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Ainsi, en 2013, la DREES comptabilisait 109 981 médecins libéraux, alors qu'elle en comptabilise 103 335 en 2018¹¹, soit une baisse de 6% en 5 ans. Par conséquent, le nombre de praticiens libéraux de premier recours disponibles par habitant diminue. De nombreuses communes sont désormais reconnues comme faisant partie des « déserts médicaux » où l'accès à un médecin devient particulièrement difficile.

⁸ Source OCDE : <https://data.oecd.org/fr/healthres/medecins.htm>

⁹ CNOM, 2018, *Atlas de la démographie médicale*.

¹⁰ Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018, *Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?*

¹¹ Source DREES : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

1.1.2 Les établissements hospitaliers connaissent une progression importante du taux de vacance de postes de PH, accentuant le recours à l'intérim médical

Cette pénurie médicale des soins de ville concerne également les EPS.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2019, on dénombre en France 44 470 praticiens hospitaliers en exercice, contre 39 664 en 2009, soit une baisse de 12,2%¹² du nombre de PH en exercice.

Par ailleurs, on observe une progression du taux de vacance statutaire des postes de PH temps plein : ce taux s'établit à 26,1% au 1er janvier 2019, soit une hausse de 1,7 point entre 2018 et 2019¹³. En France métropolitaine, le nombre de régions affichant un taux de vacance statutaire supérieur ou égal à 30% est quant à lui passé de 3 en 2018, à 7 en 2019.¹⁴

L'ensemble des disciplines médicales est concerné par la hausse de cette vacance d'emploi chez les PH, à l'exception de la pharmacie¹⁵. La radiologie est la discipline qui enregistre le taux de vacance statutaire le plus fort chez les PH temps plein (41%), viennent ensuite la psychiatrie, la médecine et la chirurgie pour les PH temps plein¹⁶.

PH temps plein :

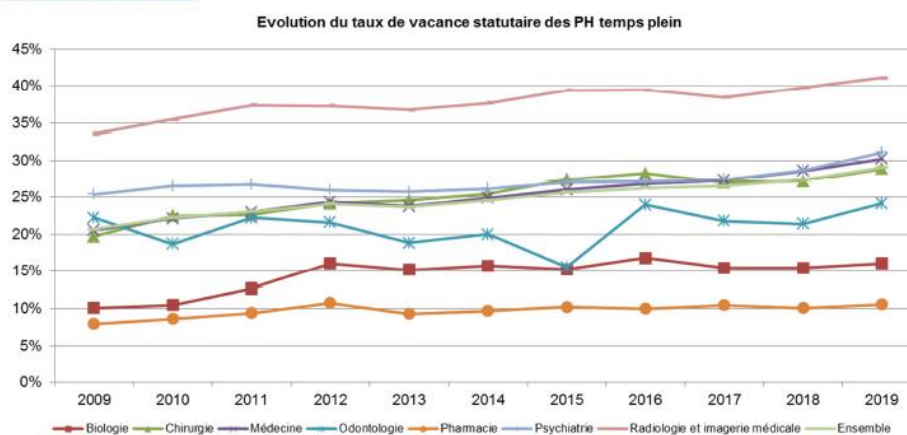


Fig. 1 : Evolution des taux de vacance statutaire des PH temps plein par discipline¹⁷

Au niveau des spécialités dans chaque discipline médicale, celles ayant en 2019 le taux de vacance le plus élevé sont :

- Pour le PH temps plein : l'ophtalmologie, la radiologie, la stomatologie, et l'oncologie médicale qui ont toutes un taux de vacance statutaire supérieur à 40% ;

¹² CNG, 2019, *Rapport d'activité 2018*.

¹³ Idem.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Ces données doivent néanmoins être utilisées avec précaution car un poste vacant n'est pas forcément inoccupé : les postes vacants peuvent être occupés temporairement par un assistant ou un praticien contractuel. Le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel.

¹⁷ Idem.

- Pour les PH temps partiel : la santé publique, la réanimation médicale, l'oncologie médicale, les explorations fonctionnelles, l'anesthésie-réanimation et la gériatrie qui ont toutes un taux de vacance supérieur à 60%.¹⁸

A cet égard, la situation la médecine d'urgence est particulièrement préoccupante.

Le rapport de la Cour des comptes de 2019 souligne la hausse constante d'activité aux urgences depuis plusieurs années ; en raison d'une offre insuffisante de la part de la médecine de ville ; et pour des prises en charge qui ne sont pas toujours justifiées.¹⁹

Ce recours massif aux urgences engendre pour les établissements hospitaliers une tension significative car la pénurie d'urgentistes au niveau national est de grande ampleur. En effet, au 1^{er} janvier 2019, le taux de vacance statutaire y est de 29,1% pour les PH temps plein et de 49,3% pour les PH temps partiel²⁰. Cette pénurie d'urgentistes contraint les EPS, dans la majorité des cas, à avoir recours à l'intérim : d'après la Cour des comptes, le nombre d'heures d'intérim sur les services d'urgence hospitaliers publics a ainsi augmenté de 60% entre 2017 et 2019.

Ce recours à l'intérim entraîne des situations de tension forte pour les équipes médicales et soignantes, avec des inquiétudes sur la qualité et la sécurité des soins en raison des qualités professionnelles hétérogènes des intérimaires. Ce sont des praticiens moins habitués au travail en équipe, qui méconnaissent l'établissement, son fonctionnement, les praticiens du service etc. Cet intérim médical a par ailleurs un coût exorbitant ; environ 500 millions d'euros par an²¹ ; car les EPS, en dépit d'un cadre réglementaire plafonnant les tarifs de l'intérim, sont contraints de s'aligner sur les tarifs du privé avec des niveaux de rémunération de l'intérim bien supérieurs aux niveaux théoriques tant la pénurie est forte.

1.2 L'Île-de-France, si elle dispose d'une densité médicale élevée, n'échappe pas à ce constat de pénurie médicale face à une forte demande de soins

1.2.1 Une densité médicale élevée qui reste insuffisante au vu des besoins régionaux

Selon la DREES, l'Île de France est une région qui se caractérise par une forte densité de médecins, avec une densité médicale supérieure à la moyenne nationale, tant pour les

¹⁸ CNG, 2019, *Rapport d'activité 2018*.

¹⁹ Cour des comptes, 2019, *Rapport public annuel. Tome II – Les urgences hospitalières*.

²⁰ CNG, 2019, *Rapport d'activité 2018*.

²¹ VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins coûte que coûte*.

PH que pour les médecins²². En 2019, on y dénombre 395,6 médecins pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est à 337,8 médecins. L'Île-de-France est aussi la région ayant le deuxième plus bas taux de vacance statutaire des PH temps plein en 2019, soit un taux de 23,4%²³. L'Île-de-France est en outre la région la mieux dotée en spécialistes : on y compte 250,5 médecins spécialistes pour 100 000 habitants ; la moyenne nationale étant à 184,8²⁴.

Mais en réalité, les médecins ne sont toujours pas assez nombreux au regard du nombre d'habitants élevé de la région et de la croissance des besoins de soins de ville.

Concernant les médecins généralistes, la densité bien qu'élevée avec 145,1 généralistes pour 100 000 habitants, reste inférieure à la moyenne nationale à 153.

Si l'évolution démographique actuelle se poursuit, l'Île-de-France devrait compter 12,7 millions d'habitants en 2030, soit 4,9% de plus qu'en 2017²⁵. Or, en Île-de-France, comme sur l'ensemble du territoire français, on observe une baisse de l'offre médicale libérale de premier recours. L'Île-de-France est en effet la région ayant perdu le plus de médecins généralistes entre 2016 et 2017 avec une chute de 18,7% sur cette période²⁶. L'Île-de-France constituerait ainsi aujourd'hui le premier désert médical français.

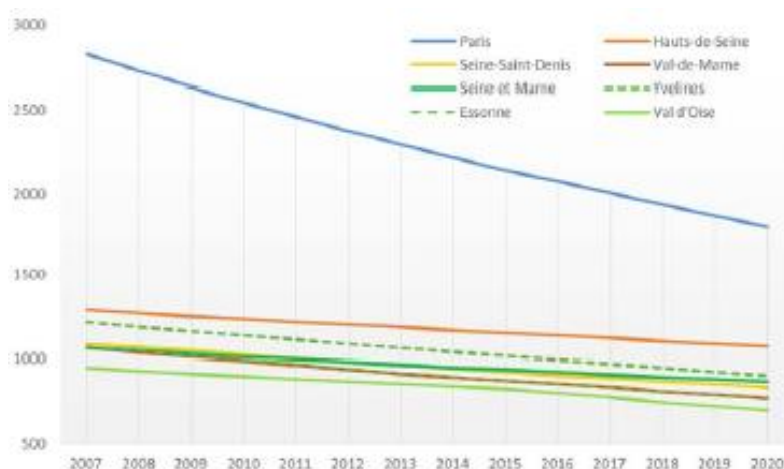


Fig. 2 : Nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes – de l'observé (2007-2015) à l'attendu (2020) – Île-de-France par département²⁷

²² CNG, *Praticiens hospitaliers, Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires (PH), situation au 1^{er} janvier 2018*, 2018.

²³ CNG, 2019, *Rapport d'activité 2018*.

²⁴ Idem.

²⁵ FHF, 2019, *Avis contributif : 14 positions de la FHF Île-de-France sur le PRS2 2018-2022*.

²⁶ Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018, *Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?*

²⁷ CNOM, 2015, *Atlas régional de la démographie médicale*.

Par ailleurs, l'âge moyen des médecins en Ile-de-France reste relativement élevé : en 2019, 48% des médecins libéraux franciliens ont plus de 60 ans²⁸. En 2018, l'âge moyen des généralistes libéraux en Ile-de-France est de 54,6 ans²⁹.

1.2.2 Une pénurie médicale importante sur les services d'urgences d'Ile-de-France

Concernant les urgentistes, d'après une enquête « flash » de l'ARS Île-de-France, en juin 2018, 148 postes d'urgentistes étaient vacants contre 103 en 2016. Le recours à l'intérim sur les structures d'urgences a également doublé entre 2015 et 2017. L'ARS Île-de-France précisait également dans cette enquête que 73 démissions d'urgentistes avaient eu lieu en 2018 alors qu'on en recensait 43 en 2015.³⁰ L'Ile-de-France n'est donc pas épargnée par la pénurie des urgentistes décrite précédemment au niveau national.

1.3 *Dans ce cadre, le GHT GPNE doit donc également relever ce défi de l'attractivité médicale, et ce, sur un territoire marqué par une forte précarité*

1.3.1 Une démographie médicale défavorable en Seine-Saint-Denis et un niveau de précarité sociale élevé qui freinent l'attractivité médicale

Le département de la Seine-Saint-Denis présente des caractéristiques particulières en matière de démographie médicale.

En effet, en dépit d'une densité médicale élevée en Ile-de-France, le CNOM indique que le département de la Seine-Saint-Denis a une densité médicale plus faible que celle de la région francilienne et surtout, que celle-ci diminue : en 2019, on dénombre 325,1 médecins pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 401,0³¹. La Seine-Saint-Denis est aussi le département d'Ile-de-France ayant le taux de médecins libéraux le plus faible : 6,7 praticiens pour 10 000 habitants d'après l'ARS Ile-de-France en 2018. L'offre de médecins spécialistes libéraux y est quatre fois plus faible qu'à Paris en 2018.³²

En parallèle de ces évolutions, la moyenne d'âge de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en Seine-Saint-Denis augmente chaque année. Et la moyenne d'âge des médecins tous modes d'exercices, en activité régulière, en 2018, en Seine-Saint-

²⁸ Source Confédération des syndicats médicaux français : <http://www.csmf.org/csmf-actu-du-12-juillet-2019>

²⁹ Source DREES : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

³⁰ ARS Ile-de-France, Direction de l'offre de soins, Cellule des Soins non programmés, 2018, *Comité technique régional des urgences*.

³¹ CNOM, 2018, *Atlas régional de la démographie médicale*.

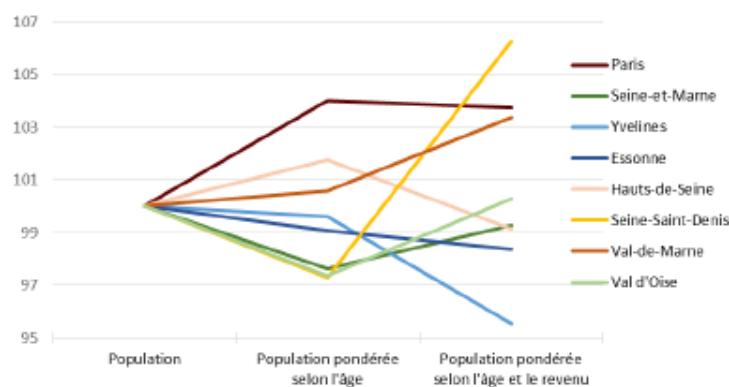
³² Source : ARS Ile-de-France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>

Denis, reste supérieure à celle nationale : elle est de 51,2 ans, alors que la moyenne nationale est de 50,7 ans³³. Le département de la Seine-Saint-Denis reflète donc des problématiques particulières en termes d'attractivité.

La dimension sociale joue par ailleurs un rôle sur la demande de soins.

Il a en effet été observé que les inégalités sociales et territoriales de santé influencent de manière significative la demande soins. Ainsi, à âge et état de santé comparables, on observe que la consommation annuelle de soins de médecins généralistes est globalement plus importante dans les communes franciliennes les plus pauvres : le nombre moyen de consultations est 27% plus élevé dans les communes les plus pauvres (quintile n°1) relativement aux plus riches (quintile n°5).³⁴

La demande de soins est plus marquée dans les territoires plus défavorisés : ainsi, on observe sur le graphique ci-dessous que la demande de soins augmente fortement en Seine-Saint-Denis dès lors que l'on tient compte de l'âge et du revenu.



Source : Insee 2015 – Traitements ORS ÎdF / Irdes.

Fig. 3 : Estimation de la demande de soins selon les différentes pondérations (base 100 = population totale)³⁵

La dimension sociale a également un impact significatif dans les interactions entre le médecin et les patients lors des consultations. Il a été constaté que la durée des consultations varie selon la catégorie sociale des patients, avec une durée moyenne de consultation plus importante (d'environ 5%)³⁶ pour les cadres et les professions libérales, alors même que les multimorbidités et les souffrances psychosociales sont plus fréquentes chez des catégories sociales moins favorisées. Or, le temps est considéré comme un « moyen thérapeutique » car il permet notamment de traiter des questions moins urgentes, et notamment la prévention.

Ces aspects peuvent donc constituer des freins à l'attractivité médicale.

³³ CNOM, 2018, *Atlas régional de la démographie médicale*.

³⁴ Observatoire régional de santé Ile-de-France, 2019, *L'accessibilité aux médecins généralistes en Ile-de-France*.

³⁵ Idem.

³⁶ Idem.

L'offre de médecine libérale permettant d'assurer des soins de proximité reste donc insuffisante en Seine-Saint-Denis et est, de plus, fragilisée par la précarité sociale importante du territoire.

1.3.2 Au sein du GHT GPNE, la pénurie médicale est plus ou moins marquée selon les établissements et les services mais reste réelle

Dans ce contexte, les trois établissements du GHT GPNE sont confrontés au quotidien à des difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens qui sont similaires à celles constatées au niveau national, avec quelques spécificités propres à chaque établissement.

Il est également important de noter que la moyenne d'âge des PH en CH est plus élevée (50,1 ans) que celle des PH exerçant en CHU-CHR (48,0 ans) en 2019³⁷.

De plus, on observe une légère baisse du nombre d'internes sur le GHT entre 2018 et 2019.

	Semestre nov.2018 – mai 2019	Semestre mai - nov. 2019
CHI Robert Ballanger	67	62
CHI André Grégoire	46	46
GHI Le Raincy-Montfermeil	34	33
GHT GPNE	147	141

Fig. 4 : Nombre d'internes accueillis au sein du GHT GPNE en 2018-2019³⁸

CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois : un établissement en proie à des difficultés de recrutement, avec une situation particulièrement critique aux urgences

En dépit d'une activité est particulièrement dynamique depuis plusieurs années (+2,6% de croissance/an³⁹ avec notamment une très forte hausse de l'activité d'obstétrique et l'ouverture du nouveau bâtiment Femme Enfant en 2015), le CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois connaît néanmoins une pénurie médicale importante sur plusieurs de ses spécialités.

³⁷ CNG, 2018, *Praticiens hospitaliers, Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires (PH), situation au 1^{er} janvier 2018.*

³⁸ Direction de l'attractivité et de la gestion des ressources médicales du GHT GPNE, Mai 2019, *Effectifs du personnel médical par pôle et par service.*

³⁹ PMSI 2019.

Les urgences adultes et le SMUR, la psychiatrie et l'imagerie médicale sont particulièrement concernés.

Ainsi, les urgences adultes et le SMUR ont, en mai 2019, un taux de vacance de postes de 43,8% et l'imagerie médicale de 37,9%. La Médecine intensive-réanimation connaît quant à elle, un taux de vacance d'emploi de 33% et la psychiatrie de 17,4%.

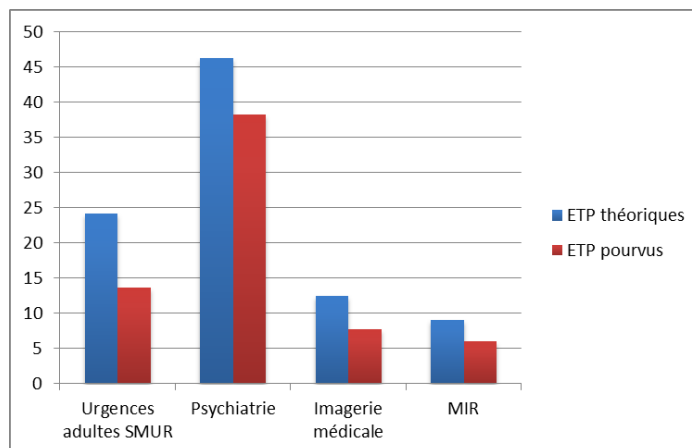


Fig. 5 : Spécialités en difficultés de recrutement au CHI Robert Ballanger – mai 2019⁴⁰

Parmi ces spécialités, l'activité du SAU apparaît particulièrement préoccupante.

En effet, l'activité est en forte hausse, comme sur le reste des SAU du GHT : entre 2012 et 2018, le nombre de passages au SAU d'Aulnay a augmenté de 18,4%⁴¹. En 2018, on comptabilise ainsi 73 567 passages⁴². Début 2019, les urgences totalisent en moyenne 178 passages par jours, avec parfois des pics pouvant atteindre 207 passages par jour (hors urgences gynécologiques).⁴³

Or, l'architecture des locaux du SAU n'est pas adaptée. Ceux-ci avaient été conçus pour une capacité de 40 000 passages par an, ce qui engendre au vu du nombre de passages des conditions de travail délétères. Le projet de rénovation des urgences ne débutera qu'en septembre 2019 et avec une fin prévisionnelle des travaux en 2021.

De plus, le service connaît une pénurie médicale très élevée. Les urgences ont en effet connu une chute importante du nombre de leurs praticiens en poste entre 2018 et 2019. En 2018, sur 26 ETP budgétés, 23,6 sont pourvus. Alors qu'en 2019, sur 24,2 ETP budgétés, seuls 13,6 sont pourvus.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette pénurie médicale aux urgences et le départ de nombreux praticiens ces derniers mois.

⁴⁰ Direction de l'attractivité et de la gestion des ressources médicales du GHT GPNE, Mai 2019, *Effectifs du personnel médical par pôle et par service*.

⁴¹ Contrôle de gestion – CHI Robert Ballanger.

⁴² Direction de l'attractivité et de la gestion des ressources médicales du GHT GPNE, Mai 2019, *Passages aux urgences GHT 2018*.

⁴³ GHT Grand Paris Nord-Est, 22 mai 2019, *Urgences d'Aulnay* [communiqué de presse].

Il existe tout d'abord une forte pénibilité des conditions de travail au SAU du CHI Robert Ballanger en raison de la précarité des patients accueillis, et surtout de la hausse de ce nombre de patients due au manque de médecins de ville. Les locaux vétustes et exigus placent les équipes dans une tension quotidienne, face à des patients de plus en plus nombreux et agressifs. Dans ces conditions, la démission de certains praticiens a eu ainsi un effet « boule de neige » : de moins en moins nombreux, les praticiens ont eu de facto à assurer plus de gardes, ce qui les a fait fuir les uns après les autres.

Cette pénurie d'urgentistes a pour conséquence le recours quotidien à des praticiens intérimaires pour assurer la permanence des soins, dont le coût est exorbitant et l'investissement professionnel variable. Pour le début d'année 2019 (janvier-avril), les dépenses d'intérim médical du SAU ont ainsi représenté plus de 256 334€⁴⁴. Cette organisation médicale instable pénalise fortement les médecins du service et porte préjudice au recrutement de futurs praticiens.

La situation a été aggravée par le fait que le CHI Robert Ballanger n'a obtenu aucun poste d'interne au choix pour le semestre de mai à novembre 2019 pour le SAU, alors même qu'il en disposait de 5 au semestre précédent⁴⁵. Par ailleurs, sur l'établissement au global, le nombre d'internes a baissé entre le semestre de novembre 2018 à mai 2019 et celui de mai à novembre 2019 : il est passé de 67 à 62 internes accueillis.

Au CHI André Grégoire à Montreuil : des vacances de postes peu nombreuses

Le CHI André Grégoire connaît une évolution différente.

Après plusieurs années de forte croissance jusqu'en 2016 (+5,4% par an), cette hausse d'activité s'est brutalement arrêtée (-1,4% par an) depuis 2016⁴⁶. Elle peut s'expliquer par une baisse d'activité sur l'orthopédie et les maladies neurologiques notamment.

L'activité de Montreuil reste néanmoins élevée en obstétrique, supérieure à celle des deux autres établissements du GHT.

Le nombre de postes vacants à Montreuil a très légèrement augmenté : de 3,5 ETP en 2015 à 5 ETP en 2019. Néanmoins ce nombre reste faible et uniquement concentré sur trois spécialités.

Il existe 3 postes vacants aux urgences en 2019 mais dans la pratique, ce n'est pas une réelle difficulté car le chef de service fait appel à des vacataires fidèles qu'il connaît pour occuper ces postes. Des travaux de rénovation des urgences sont également prévus en 2020 pour adapter les locaux des urgences adultes et pédiatriques devenus trop vétustes et améliorer ainsi les conditions de travail du personnel.

⁴⁴ Direction de l'attractivité et de la gestion des ressources médicales du GHT GPNE, Mai 2019.

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ PMSI 2019.

Le service de réanimation adulte avait, quant à lui, des postes vacants en 2017 et 2018 mais n'en a plus en 2019.

Enfin, l'ophtalmologie a 1,5 ETP vacant en 2019 et ce depuis plusieurs années, reflétant la tendance déjà observée au niveau national.⁴⁷

Le GHI Le Raincy-Montfermeil, établissement du GHT peu concerné par les difficultés de recrutement de praticiens à l'exception de trois services

Le GHI Le Raincy-Montfermeil a connu une croissance marquée entre 2013 et 2016 (+2,6% par an) mais qui diminue désormais depuis 2016 (-2,4% par an)⁴⁸. Cette baisse est liée à la diminution d'activité en hépato-gastro-entérologie, en rhumatologie et cardiologie. On observe également une forte baisse de l'activité de radiothérapie depuis 2016.

Sur le GHI Le Raincy-Montfermeil, les spécialités concernées par des difficultés de recrutement de praticiens sont l'anesthésie, la gynécologie et la radiologie mais ces difficultés restent mineures. En anesthésie, 2 postes sont vacants depuis 2017. En gynécologie, 2 postes sont vacants depuis 2018. Concernant la radiologie ; discipline pourtant fortement marquée par la pénurie au niveau national, 1 ETP était vacant en 2018 et 2019 mais des recrutements de praticiens sont en cours pour l'année 2019.⁴⁹

Il faut noter qu'il n'y a pas de poste vacant à ce jour sur les urgences et que des travaux vont également prochainement être entrepris pour adapter les locaux.

⁴⁷ Direction de l'attractivité et de la gestion des ressources médicales du GHT GPNE, Mai 2019, *Effectifs du personnel médical par pôle et par service*.

⁴⁸ PMSI 2019.

⁴⁹ Idem.

2 Le développement de cette situation de pénurie médicale peut s'expliquer par un manque d'attractivité financière de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers, ainsi que par une plus grande aversion à la permanence des soins

2.1 Des conditions financières et de rémunération qui sont insuffisamment attractives à l'hôpital public, en particulier au vu de la rémunération proposée par le secteur privé

L'enquête réalisée sur la qualité de vie au travail et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE⁵⁰ souligne le fait que la rémunération reste insuffisamment attractive pour le personnel médical. Les médecins demandent une meilleure valorisation de leur activité, la proposition d'échelons plus intéressants aux PH arrivant, ainsi qu'une hausse des tarifs de garde pour « limiter le sentiment de concurrence avec les intérimaires », ce qui confirme que la rémunération actuelle n'encourage pas les médecins à la performance et n'est pas suffisamment attractive à l'hôpital public.

2.1.1 Un cadre statutaire à l'hôpital trop rigide en matière de rémunération et peu attractif

Il existe aujourd'hui à l'hôpital public un cadre statutaire particulièrement complexe pour les praticiens : PH temps plein, PH temps partiel, assistants des hôpitaux, praticiens attachés, praticiens contractuels, praticiens attachés associés et assistants associés, personnels hospitalo-universitaire... qui rend difficile l'organisation du parcours de la carrière médicale, alors même que les jeunes médecins recherchent plus de flexibilité et de souplesse statutaire.

La paie du praticien hospitalier est en effet déterminée par une grille de rémunération avec des échelons. Le montant des rémunérations du PH évolue donc avec son ancienneté tout au long de sa carrière. Le statut du médecin lui offre une sécurité en termes d'emploi et un niveau de rémunération important en fin de carrière. A titre d'exemple, un PH temps plein en fin de carrière au 13^{ème} échelon perçoit une rémunération mensuelle de 7 500,82€ bruts⁵¹, hors indemnités.

⁵⁰ Cf Annexe 2.

⁵¹ Arrêté du 12 janvier 2017 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

Néanmoins, le fait que cette rémunération soit strictement encadrée par le statut empêche toute marge de négociation salariale pour un jeune praticien, à la différence du secteur privé.

Or, le montant des rémunérations apparaît insuffisant, en particulier en début de carrière, où la différence de salaire entre des médecins exerçant à l'hôpital public et des médecins exerçant dans le secteur privé est importante, ce qui freine l'attractivité de la carrière hospitalière. Ainsi, un jeune radiologue embauché sur un statut d'assistant gagne 2 000€/mois alors qu'il pourrait gagner 7 à 8 fois plus en s'installant dans le privé.⁵²

	Médecin libéral	Médecin hospitalier PH temps plein
25-34 ans	31 700	31 700
35-65 ans	88 500	74 300
25-65 ans	74 600	63 700

Fig. 6 : profil de rémunération nette moyenne au cours de la carrière des médecins⁵³

Comme le souligne le rapport Le Menn, « *la question de l'attractivité de l'exercice médical est très sensible (surtout en début de carrière à l'issue d'un parcours universitaire long, difficile, hyper-sélectif) à la rémunération proposée par leurs futurs employeurs aux jeunes médecins, souvent chargés de famille, ainsi qu'à son évolution dans le temps.* »⁵⁴

Le salaire d'un médecin PH temps plein 1^{er} échelon est de 4 130,68€ bruts mensuels⁵⁵, ce qui reste souvent inférieur à la rémunération que peut percevoir un assistant (la PDS étant moins indemnisée)⁵⁶ ou même un praticien contractuel au 4^{ème} échelon+10%. Les jeunes médecins ne sont donc pas incités financièrement à exercer à l'hôpital et ils peuvent dès lors préférer se tourner vers le privé qui offre des rémunérations plus intéressantes.

Il existe également un écart de rémunération important entre les CH et les CHU, entre les PH et les PHU, ce qui encourage la désaffection pour les CH en termes d'attractivité.⁵⁷

La loi HPST a, certes, créé le statut de clinicien hospitalier en 2009 pour permettre aux établissements de recruter par contrat des médecins non titulaires sur des postes

⁵² ANAP, ARNAUD A., BLANCHET P., PTAKHINE E., 2017, *Equipes médicales de territoire – Fiches pratiques.*

⁵³ IGAS, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers.*

⁵⁴ LE MENN J., CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester.*

⁵⁵ Arrêté du 12 janvier 2017 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

⁵⁶ VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins coûte que coûte.*

⁵⁷ IGAS, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers.*

présentant une difficulté particulière à être pourvue, avec une certaine marge de négociation salariale⁵⁸ et une part variable de rémunération. Néanmoins, ce contrat reste peu utilisé en pratique et il peut créer des différences de rémunération importantes au sein d'une même équipe, ce que ne souhaitent pas forcément les directions.

Si la possibilité d'exercer une activité libérale est également offerte aux PH en EPS sous certaines conditions, offrant une rémunération attractive, elle ne concerne pourtant qu'une minorité d'entre eux⁵⁹ : En 2017, 11% des PH exercent une activité libérale à l'hôpital⁶⁰.

Enfin, le recours à des praticiens intérimaires, rémunérés au prix fort (parfois 600 ou 700€ nets par jour alors qu'une garde de senior est payée 267,82€ bruts⁶¹), décourage grandement les PH et entraîne une désaffection pour les postes statutaires.

En plus de leur traitement, les PH peuvent toutefois percevoir diverses indemnités (PET, PECH, IESP...). Mais ces indemnités ne paraissent pas répondre suffisamment aux attentes aujourd'hui et n'aident pas à pourvoir les postes vacants⁶².

Le Temps de travail additionnel (TTA) qui peut offrir une rémunération complémentaire (indemnité forfaitaire perçue pour les périodes de TTA si pas de récupération ou de versement au CET) pour les praticiens ayant accompli l'ensemble de leurs obligations de service, n'est par ailleurs pas toujours possible ni autorisé dans les services.

La réflexion actuelle en cours sur la création d'un statut unique de PH permettra peut-être à terme de lever certaines difficultés liées à ce statut très rigide de l'hôpital public.

2.1.2 L'hôpital public, contrairement au secteur privé, ne rémunère pas ses médecins à l'acte, ce qui peut engendrer un effet négatif sur l'attractivité

Il existe à l'hôpital une déconnexion entre le niveau de rémunération du praticien et l'activité réalisée, soit le temps médical effectif. En effet, contrairement au secteur privé et libéral qui rémunère les médecins principalement à l'acte, les praticiens à l'hôpital sont salariés ; leur rémunération dépend donc de leur statut et de ancienneté d'échelon. Leur rémunération évolue avec l'ancienneté et est déconnectée, tant du point de vue du

⁵⁸ Dans la limite que constitue le 13^{ème} échelon du corps des PH temps plein augmenté de 65%.

⁵⁹ IGAS, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*.

⁶⁰ France Assos Santé, 2017, *L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital*.

⁶¹ Arrêté du 12 janvier 2017 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

⁶² LE MENN J., CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*.

« volume et de la qualité de l'activité effectuée, que des résultats et de la performance obtenus en termes de qualité et d'efficience »⁶³.

Cette déconnexion entre le salaire du médecin et son activité peut entraîner des effets négatifs. Beaucoup de praticiens ressentent le système de rémunération comme inéquitable⁶⁴, n'incitant pas au développement d'une production de soins ou de la qualité, et engendrant des conséquences néfastes pour l'attractivité.

Outre les actes, les différentes indemnités perçues⁶⁵ ne permettent pas réellement de tenir compte de l'implication des médecins et de valoriser leur investissement et la diversité des missions exercées (participation à la vie institutionnelle de l'établissement hormis pour les chefs de pôle qui perçoivent une indemnité, participation à des missions transversales etc.).

On observe donc une insuffisante prise en compte financière des différents niveaux de responsabilité des praticiens, de la pénibilité de leur travail, de leurs différents niveaux d'activité au sein d'une même spécialité et des résultats obtenus.

2.2 Une aversion de plus en plus grande à la permanence des soins, mission pourtant fondamentale du service public

2.2.1 La permanence des soins : une mission au cœur du service public et principalement assurée par les établissements publics de santé

La permanence des soins peut être définie comme « un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées la nuit, les week-ends, les jours fériés et pendant certains ponts ».

Cette permanence des soins s'organise autour de deux modalités⁶⁶ :

- La permanence des soins ambulatoires (PDSA) : elle est assurée par des médecins généralistes, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés) ;
- La permanence des soins en établissements de santé (PDSES) : elle organise la permanence des soins hospitaliers en-dehors des obligations de service (la nuit, le week-end et les jours fériés).

⁶³ IGAS, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*.

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ Sauf l'indemnité de PDS et de part variable.

⁶⁶ Cour des comptes, 2013, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XII*.

La PDSES, qui diffère de la continuité des soins, est définie comme « *l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h, le samedi après-midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.* »⁶⁷

En France, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a érigé la PDSES en mission de service public. Elle a confié aux ARS la mission d'organiser cette permanence des soins. L'organisation de la PDS arrêtée par l'ARS vise ainsi à mettre en adéquation l'offre de soins par rapport à des besoins de soins exprimés sur un territoire.

Le rapport Couty définit la permanence des soins comme une mission fondamentale du service public.⁶⁸ Elle permet en effet de garantir la continuité des soins et l'égalité d'accès aux soins sur un territoire.

Les médecins exerçant à l'hôpital public sont donc directement concernés par la PDS qu'ils assurent via des gardes ou astreintes dès lors que leur hôpital ou leur service est désigné par l'ARS.

2.2.2 Cette permanence des soins est de plus en plus associée à une charge de travail lourde et une pénibilité qui s'accroît, décourageant les médecins à l'exercer à l'hôpital public

Un sentiment important d'une hausse de la pénibilité du travail liée à la PDS

D'après l'enquête sur la Qualité de vie au travail et l'attractivité médicale réalisée au sein du PM du GHT GPNE en 2019, 84,6% d'entre eux effectuent des gardes et/ou des astreintes. Or, parmi ces médecins, 52,7% d'entre eux considèrent que la pénibilité des gardes ou des astreintes a augmenté ces dernières années. 16,5% d'entre eux considèrent également que leurs gardes et astreintes ne sont pas équitablement réparties au sein de leur équipe, alors qu'ils sont nombreux à être venus travailler à l'hôpital public pour bénéficier d'un travail en équipe.⁶⁹

⁶⁷ ARS Pays de la Loire, 2018, *Projet régional de santé 2018-2022*.

⁶⁸ COUTY E., 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*.

⁶⁹ Cf Annexe 3.

11. Si vous assurez des gardes ou des astreintes, trouvez-vous que la pénibilité des gardes ou des astreintes ces dernières années a :

91 réponses

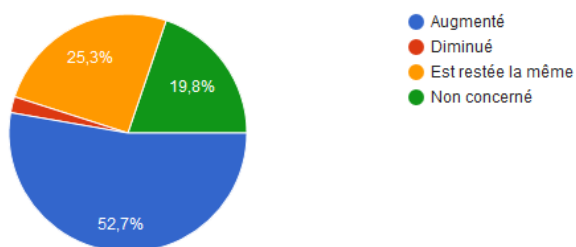


Fig. 7 : Pénibilité des gardes et astreintes⁷⁰

Les médecins rencontrés au cours de la préparation de ce mémoire et les représentants des internes ont évoqué la préoccupation majeure que représentait pour eux l'organisation des gardes et des astreintes dans chaque service. Ils indiquent que la taille de l'équipe est ainsi déterminante car elle influe fortement la charge de travail, surtout dans les spécialités les plus concernées par la PDS.

Une pénibilité du travail inhérente au milieu hospitalier mais accrue par la précarisation de la permanence des soins

L'exercice en établissement de santé est par nature associé à une certaine pénibilité. En effet, les équipes médicales et soignantes sont exposées à un travail en grande partie posté, donc dur physiquement, parfois réalisé de nuit et elles peuvent, de plus, être exposées à des risques chimiques et biologiques.

Mais on observe également depuis quelques années une hausse de la pénibilité de la PDS, qui alourdit la charge de travail des médecins et renforcent leur aversion à la PDS.

En effet, si le secteur privé peut participer à la PDS, c'est néanmoins le secteur public qui dispose de la grande majorité des lignes de gardes : moins de 20% des lignes de gardes sont assurées par les établissements privés en Ile-de-France.⁷¹ Or, il a été constaté une diminution de 20% du nombre de lignes de PDSES (gardes et astreintes) en Ile-de-France⁷². Il est devenu en effet de plus en plus difficile d'assurer des lignes de gardes sur certaines spécialités : radiologie, anesthésie, mais aussi en chirurgie pédiatrique.⁷³

⁷⁰ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

⁷¹ ARS Ile-de-France, 2011, *Projet régional de santé. Schéma d'organisation des soins*.

⁷² ARS Ile-de-France, 2018, *Schéma régional de santé 2018-2022*.

⁷³ Idem.

Les établissements publics participant à la PDS se voient pénalisés car ce sont principalement eux qui disposent de SAU, avec les séjours les plus lourds (niveaux de sévérité importants des GHM).

La PDS est alourdie par les difficultés importantes de démographie médicale : la pénurie de radiologues engendre un nombre de gardes plus élevé pour les praticiens d'une même équipe qui peut se trouver déjà fragilisée par des postes vacants. On observe donc une précarisation des lignes de garde de la PDS, en particulier pour les spécialités en tension, qui sont aussi celles qui sont les plus concernées par la PDS (urgences, anesthésie-réanimation, radiologie).

La présence d'internes dans un service peut faciliter la PDS et surtout le recrutement de praticiens. Mais, *a contrario*, l'absence d'internes décourage les praticiens à intégrer une équipe en raison de la pénibilité des gardes ou du travail qui est induite.

De plus, le désengagement progressif des médecins libéraux sur la PDS et la baisse du nombre de médecins libéraux, engendrent un recours accru aux urgences et un encombrement massif des SAU, fragilisant la PDS : d'après le rapport Grall, il est fréquemment observé en 2^{ème} partie de nuit une tendance de report de la PDS sur les centres hospitaliers⁷⁴. Malgré la mise en place de maisons médicales de garde, le recours aux SAU s'accroît. Comme l'explique un chef de service d'urgences du GHT GPNE, les patients ressentent le besoin de venir aux urgences même s'ils bénéficient lors de leur prise en charge ensuite d'un circuit court (ou circuit extra court) correspondant à de la médecine générale au sein du SAU, car on observe un phénomène d'« urgence ressentie », qui conduit les patients à privilégier le recours à l'hôpital plutôt qu'à une maison médicale de garde.

Des contraintes financières, budgétaires et réglementaires de plus en plus fortes imposées aux EPS et qui freinent l'attractivité

Les contraintes budgétaires et financières fortes qui pèsent actuellement sur les EPS, associées à des exigences toujours plus importantes en matière de qualité et sécurité des soins, entraînent une pression importante pour les équipes médicales au quotidien impactant la PDS. Contraints de « *faire mieux avec moins* », les équipes médicales ressentent une perte d'autonomie, de sens de leur métier et qui est préjudiciable à l'attractivité médicale de l'hôpital public.

⁷⁴ GRALL J-Y., Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2007, *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, La Documentation française, 46 pages.

Les médecins évoquent en particulier une surcharge de travail administratif liée notamment à la nécessité du codage depuis la réforme de la T2A, ce qui les éloigne de leur cœur de métier et entraîne une insatisfaction dans leur exercice professionnel.

Il existe par ailleurs une plus grande aversion des jeunes générations envers les hiérarchies ; médicale et administrative ; et la crainte de voir s'accroître la dimension économique sur la dimension médicale de prise en charge du patient. L'aspiration des jeunes médecins à un plus grand équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, les réticences plus fréquentes de jeunes médecins à la prise de gardes ou encore la féminisation de la profession de médecin avec des choix plus fréquents d'activité à temps partiel⁷⁵, ne facilitent pas la mission de PDS que doivent assumer les EPS.

De plus, la pénurie médicale entraîne un recours accru à l'emploi médical temporaire, notamment pour pouvoir assurer les missions liées à la PDS. Cette situation fragilise les équipes permanentes de l'établissement qui doivent travailler avec des intérimaires dont l'investissement et la rigueur professionnelle sont variables, et surtout, qui perçoivent des rémunérations bien plus importantes que les équipes permanentes.

Le rapport Véran sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital souligne ainsi que la hausse du recours au remplacement et notamment à l'intérim médical traduit aussi une pénibilité importante du travail : nombreuses gardes, stress important lié à la PDS et notamment surcharge en nuit profonde, et équipe mal dimensionnée au regard de l'activité.⁷⁶

C'est la raison pour laquelle, le rapport Le Menn souligne la nécessité de revaloriser certaines rémunérations perçues par les médecins au titre de la PDS⁷⁷ pour éviter une perte d'attractivité et une aversion de plus en plus grande à assurer les missions de la PDS en EPS, ainsi que pour limiter le sentiment de « concurrence » avec les médecins intérimaires⁷⁸.

⁷⁵ LE MENN J., CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester.*

⁷⁶ VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins coûte que coûte.*

⁷⁷ LE MENN J., CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester.*

⁷⁸ Actuellement les gardes et astreintes donnent droit à des indemnités de sujétion (267,82€ bruts par garde pour un senior).

3 Dans ce cadre, le GHT Grand Paris Nord-Est peut représenter une véritable opportunité pour favoriser l’attractivité médicale

3.1 La mise en œuvre du Projet médical partagé (PMP) favorise le renforcement de la coopération médicale entre les établissements, encourageant ainsi l’attractivité médicale au sein du GHT Grand Paris Nord-Est

3.1.1 La définition du PMP constitue un préalable indispensable à la mise en place d’une coopération territoriale au sein d’un GHT

L’article R. 6132-3 du Code de la santé publique stipule que le PMP définit la stratégie médicale du groupement.

Il comprend notamment les objectifs médicaux, les objectifs en matière d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l’organisation par filière d’une offre de soins graduée, les principes d’organisation des activités au sein de chaque filière avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur la permanence et la continuité des soins, les activités de consultations externes, les activités ambulatoires, d’hospitalisation partielle et conventionnelle, les plateaux techniques, la prise en charge des urgences et des soins non programmés, les activités de prise en charge médico-sociale etc.

Il comprend également les projets de biologie médicale, d’imagerie médicale, de pharmacie, les principes d’organisation territoriale des équipes médicales communes.

Au sein du GHT GPNE, la définition du PMP a constitué un chantier stratégique pour l’ensemble des équipes médicales en 2018. Le PMP s’est articulé autour de filières de soins pour répondre aux besoins de santé des patients sur le territoire. Il représente donc le préalable indispensable au développement de toute coopération territoriale.⁷⁹

Le PMP, par la mise en œuvre de stratégies médicales de groupe, par la réponse apportées aux enjeux de démographie médicale et de qualité de parcours de soins, donne du sens aux coopérations engagées et peut alors devenir un facteur d’attractivité pour les médecins⁸⁰.

Par ailleurs, ces derniers peuvent également être associés à la gouvernance du GHT liée au PMP comme le préconise le rapport Le Menn, ce qui renforce l’attractivité médicale :

⁷⁹ PRADALIE G., 2016, « Constitution d’équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH – la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°80, pages 10-14.

⁸⁰ MOREL O., PINEY D., PERRIN O. et al., 2018, « Equipes médicales de territoire », *Revue hospitalière de France*, n° 581, pages 28-34.

au sein du GHT GPNE une réflexion est en cours sur la création de départements inter-établissements liés aux filières du PMP.

3.1.2 Portées par le GHT, le développement de coopérations territoriales déclinant le PMP ; telles que des Equipes médicales de territoire ou des Fédérations inter-hospitalières ; soutiennent le développement d'une politique d'attractivité à l'hôpital public

D'après le rapport intermédiaire de la mission Hubert-Martineau sur les GHT, organiser une prise en charge hospitalière territorialisée suppose « *nécessairement de se donner les moyens de mettre en place des équipes inter-établissements* »⁸¹.

Grâce à la définition d'un projet médical commun et l'organisation de filières de soins, des équipes médicales de territoire (EMT) peuvent ainsi plus facilement se constituer au sein d'un GHT. Ainsi, au sein du GHT GPNE, plusieurs équipes médicales de territoire se développent et peuvent représenter un atout pour fidéliser ou attirer des médecins.

La mise en place d'une EMT permet en effet d'effectuer un renfort technique ; pour atteindre par exemple une taille critique suffisante et partager la charge de la PDS ; grâce à l'accueil au sein d'une équipe d'un praticien d'un autre établissement. Elle permet également d'attirer des compétences et développer une surspécialité, ou simplement de maintenir une activité médicale de proximité.

L'EMT de hépato-gastro-entérologie

En raison de départs de praticiens et d'une diminution importante de l'activité en hépato-gastro-entérologie au sein du CHI André Grégoire, il a été décidé de mettre en place d'une équipe médicale commune entre le GHI Le Raincy-Montfermeil et le CHI de Montreuil afin de pouvoir maintenir l'activité à Montreuil.

D'abord réalisée de manière informelle ; via des appels fréquents aux gastro-entérologues de Montfermeil pour assurer la continuité des soins à Montreuil ; cette coopération a été formalisée en 2017 via une convention qui définit les objectifs de la coopération, la composition de l'équipe territoriale et la répartition du temps de travail des praticiens sur les deux établissements, ainsi que les dispositions administratives et financières.

L'équipe est ainsi aujourd'hui composée de 7 médecins et permet d'offrir des soins de qualité sur le GHT et le territoire ; en particulier en proctologie, hépatologie et endoscopie

⁸¹ HUBERT J. et MARTINEAU F., 2015, *Mission Groupements hospitaliers de territoire*, rapport intermédiaire.

digestive⁸². Tous les PH de Montfermeil exercent sur Montreuil chaque semaine, à hauteur d'une demi-journée ou d'une journée, et les deux PH de Montreuil viennent également exercer sur Montfermeil. L'équilibre du temps de travail entre les deux hôpitaux est nécessaire au bon fonctionnement de l'EMT.

Le chef de service d'hépatogastro-entérologie du GHI Le Raincy-Montfermeil ; qui a inscrit d'emblée son service dans la perspective de cette équipe partagée (la notion d'exercice multisites est présentée comme partie intégrante de l'activité pour tout nouveau praticien du service) ; a souligné l'existence depuis le début du projet d'une réelle volonté de coopération, condition nécessaire à la réussite de la mise en place de l'EMT selon lui.

Cet exercice partagé entre deux établissements est indispensable selon ce même chef de service, non seulement pour garder une certaine émulation intellectuelle (problématiques communes abordées lors de staffs, définition de protocoles, renouvellement de matériel etc.), mais aussi pour attirer des jeunes praticiens avec une PDS moins lourde et mieux organisée. L'EMT est attractive en ce qu'elle permet aussi de bénéficier de la prime d'exercice territorial (PET) qui est l'indemnité complémentaire pour activité multisites.⁸³

Ainsi, cette EMT est vue comme une réelle opportunité par les praticiens, une « *bouffée d'oxygène* » selon le chef de service de Montfermeil car elle permet de réduire les contraintes, la file active de malades et donc le nombre de sollicitations. A Montreuil par exemple, il n'y a pas d'exercice médical en salle, ce qui représente la plus lourde charge en termes de travail pour un médecin. Les praticiens n'ont en charge que les consultations, les endoscopies et les avis ponctuels en salle dans d'autres services, à la différence de Montfermeil et ce qui permet, grâce à l'équipe de territoire, d'alléger le poids de la PDS avec l'organisation commune. Cette EMT permet également de rompre l'isolement des praticiens ou des établissements en renforçant les liens des équipes.

Aujourd'hui, un travail est en cours pour développer les collaborations avec le CHI Robert Ballanger.

⁸² Rapport d'activité 2018 – GHT GPNE

⁸³ La PET varie en fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site d'exercice principal du praticien (de 250€ bruts pour une demi-journée jusqu'à 1 000€ bruts pour plus de quatre demi-journées).

Le développement d'une EMT en chirurgie et anesthésie pédiatrique

La chirurgie pédiatrique constitue une des autres filières de soins autour desquelles s'articule le PMP du GHT GPNE et est un autre exemple de coopération territoriale attractif avec la mise en place progressive d'une EMT dans cette spécialité.

Le service de chirurgie pédiatrique orthopédique et viscérale du CHI Robert Ballanger propose depuis quelques années des consultations avancées au CHI André Grégoire, au GHI Le Raincy-Montfermeil mais également sur d'autres établissements du territoire tels que l'hôpital Jean Verdier, l'Hôpital Armand Trousseau et le CH de Gonesse.⁸⁴ Entre 2017 et 2018, l'activité de consultations avancées en chirurgie pédiatrique a ainsi augmenté de 3,4% sur l'ensemble des établissements du territoire cités ci-dessus.

La réflexion se poursuit aujourd'hui pour consolider et poursuivre le développement de cette nouvelle filière, d'autant que l'équipe territoriale s'est engagée dans une démarche d'accréditation auprès de la HAS pour dispenser des soins d'excellence aux patients.

Parmi les éléments de réussite de la mise en place d'une telle équipe, il apparaît que le soutien de la direction est essentiel pour organiser au mieux la nouvelle filière de prise en charge. En effet, il existe un temps non négligeable dédié à la coordination administrative (transferts de dossiers de patients vus en consultation dans un hôpital du GHT puis opérés dans un autre, anticipation des plannings des médecins et de leurs déplacements au sein des hôpitaux, etc.).⁸⁵ Ainsi, il apparaît par exemple nécessaire qu'au sein du GHT un secrétariat commun puisse en prendre en charge ces aspects administratifs pour soulager le travail des médecins et rendre l'EMT suffisamment attractive.

D'autres équipes médicales de territoire sont en cours de constitution sur le GHT GPNE permettant de mieux répondre aux besoins du territoire ou de maintenir une activité menacée de disparaître :

- En Hématologie clinique : maintien d'une activité de consultation et d'HDJ sur le CHI de Montreuil grâce à deux hématologues du CHI Robert Ballanger et du GHI Le Raincy-Montfermeil ;
- En Chirurgie vasculaire et thoracique : réalisation de consultations avancées par un praticien du GHI Le Raincy-Montfermeil à Montreuil et bientôt à Aulnay.

⁸⁴ Rapport d'activité 2018 – GHT GPNE

⁸⁵ PRADALIE G., 2016, « Constitution d'équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH – la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°80, pages 10-14.

Le GHT GPNE offre donc un cadre propice au développement d'équipes médicales de territoire qui représentent des atouts non négligeables pour attirer des praticiens et fidéliser ceux déjà présents, dans des territoires ayant des difficultés de démographie médicale. La taille de l'équipe commune plus importante a des conséquences non négligeables sur les conditions de travail des praticiens car elle réduit le poids de l'exercice solitaire et peut apporter une réponse à la pénibilité de la PDS.

Un autre cas d'activité partagée : l'exemple de la Fédération médicale inter-hospitalière d'urologie de Seine Saint-Denis qui permet de fédérer des praticiens

En dehors des équipes médicales de territoire, les praticiens peuvent également développer une activité partagée.

En effet, le cadre du GHT permet de développer l'activité partagée des praticiens. Le décret du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques en prévoit le cadre. Les praticiens exercent leur activité sur plusieurs sites ou établissements. L'activité partagée des praticiens leur permet d'être éligibles à la PET dont le montant varie en fonction du nombre de demi-journées consacrées à cette activité partagée.

Cette activité partagée peut ainsi avoir lieu dans le cadre de fédérations, comme par exemple la Fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) d'urologie de la Seine-Saint-Denis.

D'abord limitée aux CHI Robert Ballanger et au CHI André Grégoire, la coopération en urologie a ensuite été étendue en 2014 et regroupe aujourd'hui :

- Le service d'urologie du CHI Robert Ballanger ;
- La structure interne d'urologie du CHI André Grégoire ;
- La structure interne d'urologie du GHI Le Raincy-Montfermeil ;
- Les structures internes d'urologie du CH de Saint-Denis.

La convention de la Fédération d'urologie prévoit également des collaborations avec les Hôpitaux Universitaires Avicenne, J. Verdier et R. Muret (AP-HP).

La Fédération permet de couvrir les besoins du 93 et assure une astreinte territoriale. Elle est formalisée par une convention qui prévoit les conditions de cette activité partagée.

La Fédération inter-hospitalière d'urologie de Seine-Saint-Denis vise ainsi à favoriser le rapprochement et la collaboration entre les services d'urologie des CH adhérents afin de développer et structurer la prise en charge urologique publique du département du 93.

Elle déploie pour ce faire une équipe chirurgicale unique qui réalise de façon équilibrée les activités prévues et assure un accès de proximité à des soins de haute qualité, en développant par exemple des surspécialités.

La présence des praticiens sur les sites d'exercice est répartie en fonction des besoins de chaque établissement. La Fédération permet d'assurer la complémentarité des compétences des praticiens et la continuité des soins sur le territoire. Elle développe ainsi des conditions attractives pour les jeunes praticiens.

3.1.3 Le dispositif des Assistants spécialistes à temps partagé : un autre dispositif attractif et présent au sein du GHT GPNE

Le GHT GPNE a aussi cherché à favoriser le développement de postes d'Assistants spécialistes à temps partagé (ASP) dans le cadre de la mise en œuvre de son Projet médical partagé. Ce dispositif représente un facteur d'attractivité médicale non négligeable. Au sein du GHT GPNE, l'activité partagée est une modalité d'exercice souhaitée par la plupart des praticiens : 63,5% des responsables d'unités fonctionnelles qui ne bénéficient pas d'un poste ASP à l'heure actuelle aimeraient pouvoir en recruter un selon l'enquête QVT du GHT GPNE⁸⁶.

L'ARS a en effet lancé une 6^{ème} vague d'appel à candidatures ASP pour la période 2019-2021, pour lequel plusieurs services des trois établissements du GHT ont postulé.

Si les postes d'ASP peuvent être partagés entre un CH et un CHU, il existe aussi la possibilité d'avoir des postes partagés entre deux établissements du même GHT, offrant ainsi l'avantage de pouvoir renforcer les liens de coopération entre des services du GHT, de découvrir deux services différents d'une même spécialité pour l'assistant mais au sein d'un même GHT structuré en filières et de varier l'exercice médical.

Ainsi, au sein du GHT GPNE, un poste d'ASP a été ouvert pour 2019-2021 en dermatologie entre le CHI Robert Ballanger et le CHI André Grégoire. Cet ASP est accueilli pendant deux années consécutives au sein des établissements partenaires, à 60% de son temps au CHI Robert Ballanger et à 40% au CHI André Grégoire.

Financé à hauteur de 60% par l'ARS, le dispositif des ASP se révèle attractif en permettant de répartir au mieux les équipes médicales au vu des besoins du GHT et favorisant la coopération territoriale.

⁸⁶ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

L'ASP, outre ses missions cliniques, participe à des missions pédagogiques, d'enseignement et de recherche. Il permet de consolider des équipes médicales en difficultés de recrutement.

Par ailleurs, dans le cadre de la nouvelle loi « Ma Santé 2022 » et de la mesure de création de 400 postes de médecins généralistes dans des territoires dits « sous-dense », l'ARS Ile-de-France a lancé un appel à candidatures novateur permettant la création de postes de médecins généralistes à exercice mixte, alliant un exercice hospitalier et un exercice ambulatoire (libéral ou salarié). Le médecin exerce pendant deux années consécutives sous le statut de praticien hospitalier contractuel au 2^{ème} échelon dans un EPS, à temps partiel (ou dans un établissement privé) et le reste du temps exerce en ville. Le poste de ce médecin est financé à 100% par l'ARS Ile-de-France pendant les deux ans.

Au sein du GHT GPNE, le CHI Robert Ballanger a répondu à cet appel à candidatures en présentant deux projets : l'un en gynécologie et l'autre au SAU. Le projet pour le SAU a été retenu et un praticien arrivera donc au SAU du CHI Robert Ballanger le 1^{er} novembre prochain. Ce dispositif a vocation à apporter une réponse immédiate à des problèmes d'accès aux soins, à améliorer le lien entre la ville et l'hôpital, et à permettre à de jeunes médecins de parfaire leur formation post-internant en favorisant la mixité d'exercice. Pour le CHI Robert Ballanger, il représente d'une part, l'opportunité d'apporter une aide à un service d'urgences en grandes difficultés de par sa forte pénurie médicale et d'autre part, de bénéficier de ce temps médical supplémentaire dans avoir à en supporter la dépense.

3.2 La direction unique de l'attractivité et des affaires médicales du GHT Grand Paris Nord-Est peut jouer un rôle déterminant dans le développement d'une véritable politique d'attractivité médicale

Depuis septembre 2018, une direction commune au sein du GHT Grand Paris Nord-Est a été mise en place et avec elle, une direction unique de l'attractivité et des affaires médicales pour les trois établissements d'Aulnay, de Montreuil et Montfermeil.

Le nom de la direction indique d'ores et déjà la volonté du GHT de mettre la politique d'attractivité au centre des projets de la direction des affaires médicales.

Avoir une direction unique des affaires médicales ; et sans pour autant qu'il existe à ce jour de mutualisation des personnels en charge des affaires médicales entre les trois établissements du GHT ; est le signe d'une intégration forte de la dimension de

coopération au sein du GHT GPNE et d'un dynamisme qui peut se révéler un atout dans un cadre territorial.⁸⁷

En effet, cette direction unique a vocation à faciliter la coordination pour tout ce qui relève des affaires médicales du GHT. Elle représente donc un avantage pour assurer l'harmonisation dans les modalités de recrutements médicaux ou bien pour mener une politique d'attractivité dynamique sur l'ensemble du GHT.

Dès lors que les équipes deviennent territoriales, il est donc intéressant d'avoir une direction unique des affaires médicales, à l'échelle du GHT.

La direction unique de l'attractivité et des affaires médicales du GHT GPNE cherche ainsi, par les différentes modalités présentées ci-dessous, à promouvoir l'attractivité médicale du GHT.

3.2.1 La direction unique a pour objectifs d'harmoniser le recrutement et de dynamiser les parcours professionnels du personnel médical

Harmoniser et favoriser le recrutement du PM au sein du GHT

La mise en place de la direction unique des affaires médicales implique l'harmonisation des modalités de recrutement du personnel médical sur les trois établissements du GHT. En effet, avec le développement des équipes médicales de territoire ou de l'activité partagée, les praticiens sont amenés à exercer sur plusieurs sites du GHT et il devient donc indispensable que les conditions de recrutement soient les mêmes sur l'ensemble du GHT. Il convient également de réfléchir à une politique de recrutement plus attractive pour attirer des médecins avec par exemple la proposition d'échelons plus intéressants pour les PH arrivants.

La direction unique doit également s'assurer que la réglementation en matière d'astreintes et de gardes (repos, rémunération) est bien respectée au sein des établissements. Elle doit en outre harmoniser les possibilités d'exercice du TTA sur les spécialités pour ne pas défavoriser certains établissements du GHT.

⁸⁷ PRADALIE G., 2016, « Constitution d'équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH – la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°80, pages 10-14.

Dynamiser les parcours professionnels au sein du GHT

Il existe bien souvent une insuffisante visibilité des jeunes médecins sur leur carrière, ce qui les empêche de se projeter⁸⁸ et peut porter préjudice aux carrières hospitalières dans les EPS.

La direction unique des affaires médicales du GHT souhaite pour cela engager un travail avec les chefs de service pour réaliser de véritables fiches de postes à destination des futurs recrutements. Ces fiches de postes préciseraient le nombre d'ETP/service, la masse salariale de l'établissement et du GHT, les missions et objectifs attendus du praticien, ses modalités d'évaluation et ses résultats, le projet médical du pôle, ainsi que du service et de l'UF, mais aussi la manière dont le praticien concerné pourrait articuler ses souhaits personnels avec les projets médicaux.

Ce travail, s'il est conséquent, permettrait certainement de dynamiser les parcours professionnels et éviterait que les carrières hospitalières ne soient trop « figées ». ⁸⁹ Selon le rapport Véran, il est en effet nécessaire de personnaliser les parcours professionnels pour permettre de mieux prendre en compte l'investissement des praticiens et leurs aspirations à différentes étapes de la carrière.

3.2.2 La communication, moteur de la fidélisation du personnel médical, doit être portée par la direction unique de l'attractivité et des affaires médicales

Pour être attractif, le GHT GPNE doit développer sa « *marque employeur* »⁹⁰.

Le sondage sur la QVT révèle en effet que seuls 16,5% des répondants ont le sentiment d'appartenir au GHT Grand Paris Nord-Est et 57,1% ont « *un peu le sentiment* » d'y appartenir.⁹¹

⁸⁸ LE MENN J., CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester.*

⁸⁹ VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins coûte que coûte.*

⁹⁰ FHF, 2014, Commission permanente de l'attractivité locale, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public.*

⁹¹ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

35. Avez-vous le sentiment d'appartenir au GHT Grand Paris Nord-Est ?

91 réponses

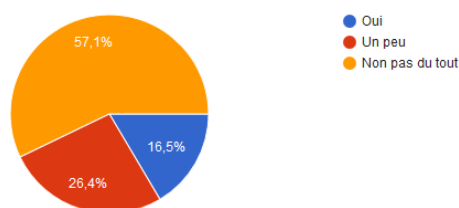


Fig. 8 : Sentiment d'appartenance au GHT GPNE⁹²

La direction de la communication du GHT doit en être un des vecteurs mais la direction unique des affaires médicales doit également y contribuer.

Elle doit notamment faciliter l'accès à l'information destinée au personnel médical, qui indique souvent ne pas être suffisamment informé.

Ainsi l'enquête interne lancée au sein du GHT sur l'attractivité et la QVT indique que 91,2% des répondants jugeraient utile, voire très utile, de mettre en place un espace dédié au PM sur l'intranet de l'établissement avec par exemple des fiches pratiques sur les différents statuts médicaux, la carrière hospitalière⁹³, la rémunération et les indemnités, la réglementation en matière de temps de travail, les risques professionnels, la possibilité de réaliser des activités d'intérêt général (AIG) ou encore de bénéficier de formations.

42. Selon vous, la mise en place d'un espace dédié au personnel médical sur l'intranet de l'établissement (avec des fiches pratiques sur les différents statuts, la carrière, la rémunération etc..) serait :

91 réponses

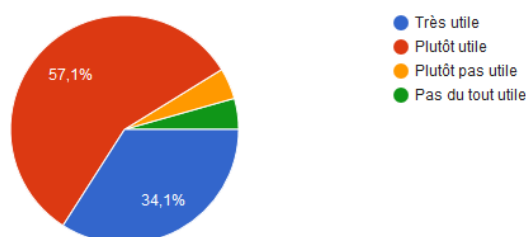


Fig. 9 : Mise en place d'un espace dédié au PM sur l'intranet de l'établissement⁹⁴

En parallèle, un système d'information unique pour les ressources humaines médicales et non médicales va être déployé au sein du GHT GPNE dès 2021. Il permettra à chaque

⁹² Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

⁹³ COLLIN A., DEMANET Q., PAUL E., 2015, « Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, n°544, pages 184-189.

⁹⁴ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

praticien d'accéder facilement à toutes les informations le concernant : bulletins de paie, plannings en ligne, CET, informations administratives, copie de diplômes...

La direction unique envisage également, en lien avec la direction de la communication, la création d'une newsletter affaires médicales mensuelle à destination de l'ensemble du PM du GHT GPNE permettant d'informer sur les projets médicaux en cours, les accueils de nouveaux praticiens ou sur toute autre information concernant les équipes médicales du GHT.

Enfin, une bourse à l'emploi du GHT pour le PM va également être développée et sera facilement accessible sur l'intranet de chaque établissement du GHT pour contribuer à donner une meilleure visibilité sur les vacances de postes au sein du GHT.⁹⁵ Cette bourse à l'emploi indiquerait pour chaque poste proposé :

- La taille et constitution de l'équipe, l'organisation de la permanence des soins, le projet médical, les coopérations existantes du service avec d'autres établissements, les équipements... ;
- Les conditions de recrutement sur le poste, le type de statut proposé ;
- Les conditions de vie sur place (coût d'un loyer, transports, crèche, équipements sportifs...).

Etre mieux informé participe au sentiment d'appartenance à une communauté hospitalière et a fortiori à un GHT, et a donc un impact positif sur l'attractivité médicale.

3.2.3 Cette direction unique doit également relever le défi de mettre en œuvre une véritable politique en matière de qualité de vie au travail pour le personnel médical du GHT GPNE

D'après le sondage effectué sur le GHT, la dimension de la qualité de vie au travail est primordiale pour améliorer l'attractivité médicale.

Si 91,2% des répondants à l'enquête sur la QVT au sein du GHT GPNE sont fiers du travail qu'ils effectuent à l'hôpital public, 52,8% ne sont pas ou pas du tout satisfaits des locaux dans lesquels ils travaillent et du matériel dont ils disposent. En outre, 60,4% indiquent que leurs conditions de travail se sont dégradées au cours des dernières années. Ils sont également 64,9% à ne pas s'estimer protégés contre les risques professionnels (TMS, risques psychosociaux etc...)⁹⁶ La plupart des répondants souffrent

⁹⁵ VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins coûte que coûte*.

⁹⁶ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

également d'un manque de reconnaissance de leur travail au quotidien, alors même que leur charge de travail augmente.

29. Êtes-vous fier du travail que vous réalisez à l'hôpital public ?

91 réponses

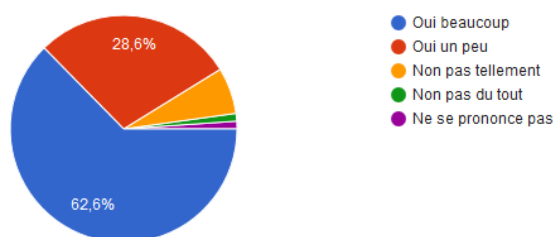


Fig. 10 : Sentiment de fierté au travail⁹⁷

57. Diriez-vous que vos conditions de travail au cours des dernières années se sont :

91 réponses

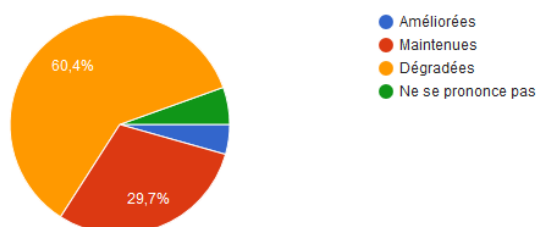


Fig. 11 : Evolution des conditions de travail⁹⁸

Le développement d'une véritable politique de QVT et d'attractivité au sein du GHT GPNE est donc essentiel pour agir sur l'attractivité médicale, pour attirer, fidéliser et doit être impulsé par la direction unique des affaires médicales. Différents axes peuvent être envisagés.

Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux praticiens

Etablir un véritable programme d'accueil des nouveaux praticiens sur le GHT, identique sur les trois établissements, est indispensable.

Organisé par la direction des affaires médicales et en présence du président de la CME, du directeur de site et de la médecine du travail, cet accueil pourrait comprendre une présentation institutionnelle du GHT et de l'établissement d'accueil du praticien, la distribution des badges d'accès aux différents bâtiments, la remise éventuelle d'un livret d'accueil comme pour les internes, etc.

⁹⁷ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

⁹⁸ Idem.

Il est en effet très important pour le praticien qu'il se sente attendu⁹⁹, et il convient en particulier de veiller à la qualité de l'accueil apporté aux praticiens étrangers ; nombreux sur le GHT GPNE ; qui peuvent se trouver plus démunis que d'autres praticiens à leur arrivée sur l'établissement en raison de leurs démarches administratives plus conséquentes.

Organiser des séminaires au sein du GHT à destination des cadres administratifs, paramédicaux, techniques et des médecins en position de management, est également une piste d'attractivité en ce qu'ils permettent d'échanger, de s'approprier les projets du GHT, de présenter des retours d'expérience, de s'informer... L'expérience d'autres hôpitaux démontre que ces séminaires sont des temps riches et importants pour les médecins. L'idéal serait de le réaliser 1 fois par an, à l'échelle du GHT. Au sein du GHT GPNE, de tels séminaires ont par exemple eu lieu courant juin 2019 pour informer sur le diagnostic GHT sur le Copermo ou encore pour réfléchir à l'organisation des filières du PMP et de la gouvernance. Ces séminaires ont été des temps appréciés par les médecins.

Instaurer des temps informels entre praticiens

Il apparaît nécessaire que des temps d'échanges informels puissent avoir lieu entre praticiens et à l'initiative de la direction des affaires médicales.

Ces temps favorisent l'émulation, la communication entre les médecins juniors et seniors, la construction de projets et l'élaboration de parcours professionnels¹⁰⁰. Il convient également d'y valoriser l'encadrement pédagogique et le management des étudiants accueillis en stage, importants facteurs d'attractivité.

Mettre en place une véritable politique d'accueil et d'accompagnement auprès des internes du GHT

Travailler à renforcer l'attractivité du GHT GPNE passe également par une réflexion sur l'accueil et l'intégration des internes au sein des trois établissements.

En effet, tout l'enjeu pour le GHT GPNE qui accueille des internes est de pouvoir porter une attention particulière à leurs conditions de stage car les internes représentent potentiellement de futurs praticiens pour le GHT. Dès lors qu'un stage se passe bien, un interne peut envisager la possibilité de revenir plus tard exercer sur cet établissement.

⁹⁹ CALMES G., GRANIER M., VOLET S., 2019, « Qualité de vie au travail et attractivité médicale », *Gestions hospitalières*, n°584, pages 152-189.

¹⁰⁰ LE GUILLOU A., 2019, « Réforme du 2^{ème} cycle des études médicales : un levier pour l'attractivité des carrières hospitalières ? », *Revue hospitalière de France*, n°588, pages 24-26.

A cet égard, la réunion d'accueil lors de l'arrivée en stage des internes deux fois par an apparaît essentielle¹⁰¹. Outre l'anticipation des aspects techniques par les affaires médicales (distribution de codes d'accès informatique, du badge, des informations pour la lingerie...), la convivialité semble primordiale pour réussir ce temps de l'accueil.

Ainsi, à Montfermeil par exemple, l'accueil des internes se fait sur une journée entière avec un buffet prévu sur le temps du déjeuner, alors que ce n'est pas le cas à Aulnay et Montreuil. Les internes indiquent apprécier ce temps de déjeuner convivial à Montfermeil. Le fait également de donner toutes les informations nécessaires ; qu'elles soient pratiques (liste des numéros utiles, organisation de l'hôpital et localisation des services, restauration, contact de l'assistante sociale et organisation d'une visite médicale systématique pour tous les internes de phase socle 1^{ère} année) ou professionnelles (règles d'antibiothérapie, de transfusion, d'hygiène, logiciels internes) ; mais aussi de pouvoir rencontrer des médecins seniors et l'administration lors de cette journée, est indispensable pour que les internes soient prêts à démarrer leur stage dans les meilleures conditions possibles. C'est donc un aspect important d'attractivité pour les internes.

Le GHT et la direction unique des affaires médicales représentent un atout pour favoriser cette attractivité en ce qu'ils peuvent permettre de diffuser entre les trois établissements et les bureaux des affaires médicales les bonnes pratiques en la matière.

Il s'agit en effet d'organiser une culture commune de l'accueil et de l'accompagnement des internes¹⁰² au sein du GHT, même s'il est indispensable que cet accueil reste local.

A Montreuil par exemple, lors de la réunion d'accueil des internes du semestre de mai à novembre 2019, seuls 44 internes sur 66 étaient présents, alors qu'ils étaient presque tous présents à Aulnay. Si certains internes n'arrivent pas à se déplacer en raison de contraintes de leur service, il convient néanmoins de continuer à réfléchir à l'amélioration de ce temps d'accueil pour favoriser l'attractivité médicale et la présence des internes à ce temps d'accueil institutionnel particulièrement important.

Ainsi par exemple, le GHI Le Raincy-Montfermeil a réalisé une vidéo de présentation de l'hôpital diffusé aux internes lors de la journée d'accueil. Cette vidéo est très appréciée des internes et il serait intéressant d'en développer une au niveau du GHT.

L'objectif de ces réunions d'accueil serait donc de susciter un véritable sentiment d'appartenance de l'interne à son établissement, mais plus encore au GHT Grand Paris Nord-Est.

¹⁰¹ AP-HP, LEBRUN L., PEAN J.-M., 2019, *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP.*

¹⁰² AP-HP, LEBRUN L., PEAN J.-M., 2019, *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP.*

Outre ce temps d'accueil en début de stage, il pourrait ainsi être intéressant que la direction unique de l'attractivité et des affaires médicales organise aussi un temps d'échange informel et convivial avec les internes, 1 à 2 fois par semestre, en présence d'un médecin senior et du PCME, ainsi que des affaires médicales. Ce temps pourrait avoir lieu par exemple à mi-stage, sur chaque établissement, sous forme de petit déjeuner ou buffet. L'objectif est de permettre aux internes de s'exprimer, d'évoquer leur ressenti ou certaines difficultés de stage, ou encore de s'informer sur la vie de l'établissement¹⁰³. D'après l'enquête réalisée au sein du GHT, les internes sont très favorables à voir se développer ce temps informel.

Pouvoir identifier également un référent des internes dans chaque établissement (via la commission des internes par exemple) serait également facilitateur des liens avec la direction des affaires médicales, ce qui est important pour renforcer le sentiment d'accompagnement des internes par leur établissement.

La direction des affaires médicales pour soutenir tous ces projets pourrait également diffuser la Charte d'accueil et de formation des internes dans les EPS de la FHF qui serait co-signée par la Directrice générale du GHT et le président du Collège médical, ainsi que par les PCME de chaque établissement. Cette Charte précise en effet les engagements de la part de l'institution envers les internes ; l'établissement s'engage à respecter la législation en matière de temps de travail, à organiser une journée institutionnelle d'accueil des internes etc... Elle précise aussi les obligations des internes. C'est un geste symbolique fort à destination des internes et de la communauté médicale.

Il est également important, en lien avec la direction de la communication du GHT, de pouvoir communiquer sur le sujet : cette visibilité pendant l'internat est très importante pour pouvoir ensuite offrir des postes et fidéliser les jeunes médecins. Elle témoigne d'un dynamisme qui plaît aux futurs médecins et est nécessaire pour rester attractif.

La direction des affaires médicales peut aussi jouer un rôle important en matière de sensibilisation sur les questions de prévention de souffrance au travail.

D'après le rapport Louis Lebrun, l'attractivité médicale pour les internes dépend par ailleurs grandement de la qualité des relations humaines au sein du service et souligne la nécessité d'un management médical bienveillant envers les internes. En effet, la souffrance de certains internes est liée non seulement à la charge de travail, mais aussi beaucoup à la stigmatisation des échecs, à l'absence de reconnaissance de leur travail par les seniors et à un manque d'accompagnement.

¹⁰³ AP-HP, LEBRUN L., PEAN J.-M., 2019, *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP*.

L'entretien de l'interne avec son chef de service au cours du stage doit être systématique, et si possible avoir lieu à mi-stage, ainsi qu'en début et fin de stage, dans le but de pouvoir pallier certaines difficultés rencontrées en stage.

Cette nécessité d'un management bienveillant envers les internes est d'autant plus nécessaire qu'elle impacte fortement l'évaluation qui est faite par l'interne à l'issue de son stage et de laquelle dépend grandement la possibilité pour un service d'être choisi ensuite comme terrain de stage par d'autres internes. Ces évaluations sont en effet lues très attentivement par les internes et sont décisives pour leurs choix de stages. Elles impactent donc de manière très significative l'attractivité d'un établissement pour les internes.

La médecine générale en Ile-de-France prend par exemple 5 critères en compte dans l'évaluation des stages des internes:

- L'acquisition des compétences ;
- L'encadrement et la pédagogie ;
- La charge de travail ;
- L'ambiance ;
- La note globale.

Les méthodes de management sont donc très présentes à travers ces critères et la question des relations humaines y est centrale.

Les questions de transmission et de reconnaissance sont aussi au cœur des préoccupations des internes. Les syndicats d'internes rencontrés soulignent que les internes apprécient de bénéficier de staffs ou formations à leur égard.

Ainsi, à Aulnay, la cheffe de service de l'unité d'allergologie cherche à responsabiliser au maximum ses internes et tâche dès que possible de leur ouvrir une petite consultation, avec la présence d'un senior à proximité et des protocoles standardisés écrits. Elle indique que cet aspect du travail est très attractif pour les internes.

Enfin, une forte attention doit être portée aux conditions matérielles d'accueil des internes de la part de la direction des affaires médicales du GHT car ce sont des éléments importants d'attractivité pour les internes : qualité des chambres de garde et rénovations éventuelles à prévoir, accès à des logements pour les internes ou pour les FFI si l'établissement en dispose, présence éventuelle d'un internat, salle dédiée aux internes...

3.2.4 Enfin, il est nécessaire de promouvoir le management médical à l'échelle du GHT, maillon essentiel de l'attractivité médicale

La nécessité d'un véritable management médical et d'échanges de ces bonnes pratiques pour améliorer l'attractivité du GHT

Les entretiens réalisés auprès des médecins ou jeunes médecins indiquent tous le rôle primordial que joue le management médical sur l'attractivité d'un poste pour un praticien.

En effet, la plupart des médecins travaillant à l'hôpital public sont venus avant tout pour le travail en équipe : 46,2% d'entre eux dans le sondage QVT du GHT GPNE indiquent, entre autres, qu'ils sont venus à l'hôpital public pour le travail en équipe et/ou l'organisation du service.¹⁰⁴

Par conséquent, il convient que le chef de service puisse mettre en œuvre une véritable organisation de son service attractive et dynamique.

Au sein du GHT GPNE, plusieurs chefs de service ou responsables d'UF ont réussi à mettre en place des organisations séduisantes, répondant aux besoins et aspirations des praticiens.

Au SAU de Montreuil, le travail en équipe a été réorganisé à l'arrivée du nouveau chef de service. Le but était de fédérer l'ensemble de l'équipe ; PM et PNM ; autour d'un projet commun. L'objectif a été fixé d'apporter une plus grande qualité des soins aux patients : il a été défini au sein du service que chaque patient devait être installé en box dans la demi-heure suivant son arrivée et vu dans l'heure. Cette exigence, se révèle source de satisfaction pour les praticiens et les patients : en effet, elle contribue à diminuer l'agressivité des patients qui attendent moins et est plus satisfaisante en termes de reconnaissance de travail pour les praticiens.

Le management de proximité « *visant une répartition équilibrée des tâches et des différentes sujétions entre tous les praticiens de l'équipe* »¹⁰⁵ se révèle également très important et constitue un vrai levier d'attractivité. Pour cela, la présence et la disponibilité du chef de service, qui doit être exemplaire, sont indispensables.

Le chef de service du SAU du CHI André Grégoire a créé également des fiches réflexes pour les transferts (numéros de téléphones en cascade et par ordre de priorité à appeler

¹⁰⁴ Cf Annexe 3 Résultats de l'enquête sur la qualité de vie et l'attractivité médicale au sein du GHT GPNE - 2019.

¹⁰⁵ LE MENN J., CHALVIN P., 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester.*

pour la recherche d'un lit dans un établissement voisin). Il a créé un circuit extra-court au sein des urgences pour diminuer l'attente et également le niveau de violences aux urgences. Il a établie comme règle le fait qu'aucun de ses praticiens ne fasse 24h de garde dans le circuit « classique long » des urgences, considéré comme étant plus pénible. Aucun médecin étranger ne reste par ailleurs seul aux urgences et ce, afin de favoriser leur intégration. Malgré des postes vacants, aucun intérimaire ne vient dans le service car le chef de service a recours à des vacataires très fidèles de son réseau personnel. Enfin, il a réalisé un gros travail sur les filières d'aval extérieures pour fluidifier le parcours des patients et faciliter les transferts vers le libéral ou d'autres structures.

Toutes ces bonnes pratiques peuvent être valorisées dans le cadre du GHT grâce à des temps d'échanges informels qui peuvent être impulsés par la Direction unique des affaires médicales ou lors de séminaires de cadres.

En radiologie au GHI Le Raincy-Montfermeil, le nouveau chef de service a également souhaité réorganisé le fonctionnement de son équipe et aujourd'hui, son service n'a pas de poste vacant, alors même qu'il s'agit d'une spécialité en tension au niveau national.

Une nouvelle organisation du travail a ainsi été définie : les médecins radiologues travaillent par spécialité d'organe. En fonction de leur expertise, chaque médecin est invité à se spécialiser dans les examens radiologiques d'un organe précis. Les horaires de travail ont été transformés pour être adaptés à cette nouvelle organisation. Les cliniciens de l'hôpital ont donc un référent expert par organe qu'ils contactent directement lorsqu'ils ont besoin d'échanger, ce qui facilite grandement l'interaction pluridisciplinaire et la rapidité des prises en charge. Ce projet de service, cette nouvelle organisation, sont stimulantes pour les praticiens et attirent aujourd'hui de nouveaux recrutements en radiologie au GHI Le Raincy-Montfermeil.

Le fait de développer des surspécialités ou des prises en charge spécifiques est particulièrement attirant selon la responsable de l'unité d'allergologie du CHI Robert Ballanger qui a souhaité également développer cette dimension dans son équipe. Cela lui permet en effet de valoriser le domaine d'expertise de chaque praticien et de les fidéliser. Cela permet également d'instaurer une complémentarité entre les praticiens de l'équipe.

Ce qui joue sur l'attractivité dans un CH, outre la taille de l'équipe, le charisme du chef de service, est le dynamisme du service est le fait de pouvoir développer des projets, de pouvoir faire de la formation, de prendre en charge des staffs pluridisciplinaires ou encore de faire des publications. Il existe également au sein du GHT GPNE une Unité de

recherche clinique (URC) en cours de développement, destinée à favoriser l'attractivité médicale.

Proposer une offre de formation en matière de management médical au niveau du GHT

Outre les formations proposées en matière de DPC qui restent peu attractives pour les médecins, il apparaît indispensable de pouvoir développer et proposer aux médecins des formations sur le management.

Le fait d'avoir une direction unique des affaires médicales est favorable au développement de ce management médical car cela peut être l'occasion de passer un marché de formation dédié au management médical, comme l'a fait par exemple le CHU de Reims avec son parcours « *Médecins managers* ».

La formation proposée aux médecins peut se dérouler en plusieurs temps, en petits groupes, sur les thématiques suivantes abordées par une société extérieure spécialisée dans le conseil et la formation dans le domaine de la santé, et dispensées par un médecin :

- Fondements de la politique de santé ;
- Outils du leadership, gestion d'équipe et mises en situation ;
- Management stratégique etc...

Une offre de formation en matière de coaching individuel, pour des besoins plus précis de certains médecins, pourrait par la suite être également proposée, ainsi que des ateliers de co-développement.

L'expérience du CHU de Reims démontre que ces formations connaissent un vif engouement et sont très appréciées des médecins. Elles pourraient être dans un premier temps réservées aux médecins chefs de pôles et de services qui en ont le plus besoin, puis ouvertes dans un second temps aux autres médecins.

Portées par la direction unique de l'attractivité et des affaires médicales, développer ces formations à l'échelle du GHT a un véritable intérêt. En effet, ces journées de formation pourraient être organisées à tour de rôle sur chacun des établissements du GHT et permettre ainsi des échanges entre médecins du GHT, ce qui serait source d'émulation et de cohésion pour les praticiens du GHT.

Ces formations peuvent être en outre financées sur des crédits ANFH car les trois établissements du GHT y sont adhérents.

Conclusion

Le GHT Grand Paris Nord-Est, instauré par la convention constitutive de 2016, a vu son déploiement s'accélérer avec l'installation d'une direction commune en septembre 2018 et notamment la mise en place d'une direction unique de l'attractivité et des affaires médicales, signe d'une volonté forte de promouvoir l'attractivité médicale au sein du GHT.

Situé en Seine-Saint-Denis dans le département du 93 en Ile-de-France, le GHT comprend les établissements publics de santé d'Aulnay-sous-Bois, de Montreuil et du Raincy-Montfermeil.

Si au niveau national, la France se caractérise par une densité médicale qui se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE, la pénurie médicale reste néanmoins très forte. L'Ile-de-France et la Seine-Saint-Denis n'échappent pas à ce constat, en particulier en raison d'une forte densité de population. Non seulement le taux de vacance d'emplois des postes de PH est élevée, mais l'offre libérale du territoire reste très faible, la densité médicale de Seine-Saint-Denis diminue et la moyenne d'âge des médecins généralistes y est élevée. Sur un territoire où la population augmente fortement et est caractérisée par un niveau de précarité élevé, l'offre de soins apparaît donc insuffisante et engendre une pression sur les établissements de santé, en particulier sur les services d'urgences des EPS.

Déjà fragilisés par une démographie médicale en berne ; en particulier sur certaines spécialités (anesthésie, radiologie...) ; les EPS ont dans ces conditions du mal à recruter mais aussi à garder et fidéliser leurs médecins.

Le statut de praticien hospitalier proposé à l'hôpital public apparaît en effet bien trop peu attractif pour les jeunes médecins : complexe, rigide, déconnecté de l'investissement professionnel du praticien et offrant une rémunération insuffisante en début de carrière là où le secteur privé propose des salaires particulièrement élevés, le statut hospitalier n'est plus guère attractif. La précarisation des lignes de garde en raison d'une diminution de la taille des équipes, le développement d'une plus grande aversion de la part des jeunes générations à l'exercice des missions de permanence des soins, sont des freins qui expliquent le départ de praticiens ou la difficulté actuelle à recruter des médecins.

Le GHT Grand Paris Nord-Est est également concerné. Néanmoins, dans ce contexte, il peut représenter une réelle opportunité pour promouvoir et favoriser l'attractivité médicale, et dont il convient de se saisir.

En effet, le GHT Grand Paris Nord-Est a fait de son Projet médical partagé un véritable axe stratégique face aux difficultés financières qu'il traverse et ce PMP offre des opportunités en termes de coopération médicale. Le développement d'activités partagées dès lors que des praticiens sont volontaires ; que ce soit via des équipes médicales de territoires ou dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière ou encore par le recrutement d'Assistants spécialistes à temps partagés ; permet de pérenniser certaines activités médicales, de développer des projets pour améliorer l'offre de soins sur le territoire mais aussi d'alléger le poids de la permanence des soins, en évitant autant que possible le recours à l'intérim médical. Cette coopération permet également le partage et l'émulation entre les équipes médicales du GHT, et renforce la cohésion de la communauté médicale du GHT. En ce sens, il apparaît donc indispensable de poursuivre la coopération territoriale au sein du GHT mais aussi avec l'extérieur, car elle représente une dimension essentielle de cette attractivité médicale.

Plus encore, c'est sans doute la direction unique de l'attractivité et des affaires médicales du GHT qui peut représenter un véritable levier et une opportunité pour promouvoir et améliorer l'attractivité médicale. Par l'harmonisation des recrutements qui doit être conduite au sein des trois établissements du GHT, par l'information et la communication à destination du PM qui doivent émaner de la direction unique, la fidélisation des personnels peut être améliorée.

Mais c'est seulement en mettant en œuvre une véritable politique de qualité de vie au travail à destination des médecins et des internes que le GHT GPNE sera en capacité d'être plus attractif et de recruter plus facilement, notamment sur les spécialités en tension. Favoriser des temps d'échanges informels avec la direction unique des affaires médicales et la communauté médicale paraît par exemple indispensable, tout comme la rénovation de matériels, locaux de travail etc.

Enfin, agir sur l'attractivité médicale implique la mise en œuvre d'une formation en matière de management médical. En effet, l'organisation interne du service, le charisme d'un chef de service, sa bienveillance, sont des facteurs essentiels pour attirer et fidéliser les praticiens. L'exemple du GHT GPNE démontre que même au sein de certaines spécialités en tension, les chefs de service peuvent arriver à recruter grâce à l'encadrement qu'il mette en place, au soin qu'ils apportent pour favoriser le travail en équipe et à la réflexion qu'ils développent pour concevoir des organisations qui soient les plus pertinentes possibles.

Le sondage sur l'attractivité et la qualité de vie au travail mené au sein du GHT GPNE auprès des trois communautés médicales, bien qu'incomplet, vient confirmer ces aspects et doit servir désormais à doter le GHT GPNE d'un véritable plan d'actions en matière d'attractivité médicale dès 2020.

Bibliographie

Ouvrages

BARBOT J.-M., ROSSIGNOL J., 2017, *GHT et GRH. Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, Décideur Santé, Bordeaux : LEH Edition, 275 p.

MAURY M., TAOUREL P., 2019, *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*, Toulouse : Erès, 251 p.

Mémoires professionnels

SCHERRER LA., « Favoriser l'attractivité médicale au sein de l'hôpital public : l'exemple du CHR d'Orléans », Mémoire de l'EHESP, 2017.

Articles de périodiques et revues

CALMES G., GRANIER M., VOLET S., 2019, « Qualité de vie au travail et attractivité médicale », *Gestions hospitalières*, n°584, pages 152-189.

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

DASSIER P., 2018, « Zoom sur la carrière de PH à tous âges », *PHARE Le Journal du syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi*, n°83, pages 9-14.

LE GUILLOU A., 2019, « Réforme du 2^{ème} cycle des études médicales : un levier pour l'attractivité des carrières hospitalières ? », *Revue hospitalière de France*, n°588, pages 24-26.

MOREL O., PINEY D., PERRIN O. et al., 2018, « Equipes médicales de territoire », *Revue hospitalière de France*, n° 581, pages 28-34.

PRADALIE G., 2016, « Constitution d'équipes médicales de territoire : identifier les principaux facteurs de succès », *Santé RH – la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n°80, pages 10-14.

Etudes et rapports institutionnels

AP-HP, LEBRUN L., PEAN J.-M., 2019, *Les conditions d'accueil et d'exercice des internes en médecine à l'AP-HP*.

ANAP, ARNAUD A., BLANCHET P., PTAKHINE E., 2017, *Equipes médicales de territoire – Fiches pratiques*.

ARS Ile-de-France, 2011, *Projet régional de santé. Schéma d'organisation des soins*.

ARS Ile-de-France 2016, Commission régionale d'experts urgences, *Activité des services d'urgences d'Ile-de-France*.

ARS Ile-de-France, 2018, Direction de l'offre de soins, Cellule des Soins non programmés, *Comité technique régional des urgences*.

ARS Ile-de-France 2018, *Schéma régional de santé 2018-2022*.

ARS Pays de la Loire, 2018, *Projet régional de santé 2018-2022*.

CNG, 2018, *Praticiens hospitaliers, Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires (PH), situation au 1^{er} janvier 2018*.

CNG, 2019, *Rapport d'activité 2018*.

CNOM, 2015, *Atlas régional de la démographie médicale*.

CNOM, 2018, *Atlas de la démographie médicale*.

Cour des comptes, 2013, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Chapitre XII*.

Cour des comptes, 2019, *Rapport public annuel. Tome II – Les urgences hospitalières*.

COUTY E., 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*.

DREES, 2018, *Dossier de presse. Démographie des professionnels de santé*.

FHF, 2014, Commission permanente de l'attractivité locale, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*.

FHF, 2019, *Avis contributif : 14 positions de la FHF Île-de-France sur le PRS2 2018-2022*.

France Assos Santé, 2017, *L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital*.

GRALL J-Y., Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2007, *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, La Documentation française, 46 pages.

HUBERT J. et MARTINEAU F., 2015, *Mission Groupements hospitaliers de territoire*, rapport intermédiaire.

IGAS, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*.

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

Observatoire régional de santé Île-de-France, 2018, *Les déserts médicaux en Île-de-France, de quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ?*

Observatoire régional de santé Île-de-France, 2019, *L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France*.

VERAN O., 2013, *Hôpital cherche médecins coûte que coûte*.

Supports et textes juridiques

Arrêté du 12 janvier 2017 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier, pris en application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Pages internet et ressources en ligne

ARS Ile-de-France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>

Cabinet Houdart : <https://www.houdart.org/simplifier-le-statut-des-praticiens-pour-plus-dattractivite/>

Confédération des syndicats médicaux français : <http://www.csmf.org>

Conseil national de l'ordre des médecins, cartographie interactive de la démographie médicale : <https://demographie.medecin.fr>

DREES : www.data.drees.sante.gouv.fr

OCDE : <https://data.oecd.org/fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire

ANNEXE 2 : Enquête Qualité de vie au travail et attractivité médicale destinée à l'ensemble du PM au sein du GHT Grand Paris Nord-Est (été 2019)

ANNEXE 3 : Résultats de l'enquête Qualité de vie au travail et attractivité médicale destinée à l'ensemble du PM au sein du GHT Grand Paris Nord-Est (été 2019)

ANNEXE 1

Liste des personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire

CH de Saint-Denis

- Mme Marie HIANCE, Directrice des affaires médicales [entretien réalisé le 27/06/2019]

CHU de Reims

- M. Simon RAOUT, Directeur des affaires médicales et de la recherche [entretien réalisé le 11/07/2019]

Fédération Hospitalière de France

- Mme Marie HOUSSEL, Responsable du pôle Ressources humaines hospitalières [entretien réalisé le 19/07/2019]

GH Nord-Essonne

- M. Aldric EVAIN, Directeur des affaires médicales [entretien réalisé le 15/07/2019]

GHT Grand Paris Nord-Est

CHI Robert Ballanger

- Dr Pierre CHARESTAN, Président de la CME et président de la conférence régionale des PCME des CH d'Ile-de-France [entretien réalisé le 15/07/2019]
- Mme Delphine LEBIGRE, Attachée responsable des affaires médicales [entretien réalisé le 01/07/2019]
- Dr Laurence MARTINEAU, PH, chef de service des urgences [entretien réalisé le 09/08/2019]
- Dr Ariane NEMNI, PH, Responsable de Allergologue, Responsable de l'unité d'Allergologie Adulte – Enfant [entretien réalisé le 22/07/2019]

CHI André Grégoire

- Dr Xavier BELENFANT, Président du Collège médical du GHT Grand Paris Nord-Est [entretien réalisé le 03/07/2019]
- M. Paul CHALVIN, directeur délégué [entretien réalisé le 06/06/2019]
- Dr Hocine SAAL, PH, chef de service des urgences [entretien réalisé le 09/08/2019]

GHI Le Raincy-Montfermeil

- Mme Souad BEN BELAID, Responsable de la gestion du personnel médical [entretien réalisé le 03/07/2019]
- Dr Philippe KHAFAGY, PH, Chef du service d'imagerie médicale [entretien réalisé le 25/07/2019]
- Dr Stéphane NAHON, PH, Chef du service d'Hépatologie et de Gastroentérologie [entretien réalisé le 03/07/2019]

SRP - IMG

- Mme Hélène SOUCHU, présidente du SRP – IMG [entretien réalisé le 02/07/2019]

SIHP

- M. Sylvain GAUTIER, vice-président [entretien réalisé le 24/07/2019]

ANNEXE 2

Enquête Qualité de vie au travail et attractivité médicale destinée à l'ensemble du PM au sein du GHT Grand Paris Nord-Est (été 2019)

Cette enquête a été adressée à l'ensemble du personnel médical du GHT via un formulaire accessible en ligne pendant plus d'un mois. **91 réponses** ont été reçues.

Enquête QVT et attractivité médicale – GHT Grand Paris Nord-Est

Dans le cadre du développement d'une politique d'attractivité médicale sur le GHT Grand Paris Nord Est, une enquête est réalisée pour mieux cerner les attentes et les besoins du personnel médical. Cette enquête est anonyme et les réponses sont confidentielles.

Le sondage doit être rempli au plus tard pour le 25 août 2019.

Nous vous remercions par avance du temps que vous vous voudrez bien consacrer à cette enquête (environ 10 min).

❖ Informations administratives

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Vous avez :

- 25-35 ans
- 35-45 ans
- 45-55 ans
- 55-60 ans
- Plus de 60 ans

Vous êtes :

- Interne
- FFI ou stagiaire associé
- Assistant/ Assistant associé
- Praticien Contractuel
- Praticien Hospitalier Temps plein / Temps partiel
- Praticien attaché / Praticien attaché associé

Dans quel établissement du GHT travaillez-vous ?

- GHI Le Raincy-Montfermeil
- CHI Robert Ballanger
- CHI André Grégoire

Au sein de quel pôle travaillez-vous ? _____

Depuis combien de temps travaillez-vous au sein d'un des 3 hôpitaux du GHT Grand Paris Nord-Est :

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans
- Plus de 20 ans
- Plus de 30 ans

❖ **Organisation du travail et conditions d'exercice**

Vous travaillez actuellement :

- A temps plein
- A temps partiel : $\geq 50\%$
- A temps partiel : $< 50\%$

Avez-vous un exercice :

- Uniquement sur votre hôpital public de rattachement
- Sur votre hôpital public de rattachement mais également sur le GHT (exercice multisites)
- Partagé entre votre hôpital, un cabinet libéral ou un centre de santé

Avez-vous au sein de votre service des coopérations avec d'autres établissements (du GHT ou de CHU) :

- Oui
- Non

Si non, souhaiteriez-vous en développer :

- Oui
- non

Dans le cadre de votre activité, assurez-vous pour le service :

- Des gardes
- Des astreintes
- Des gardes et des astreintes
- Aucune garde ni aucune astreinte

Si vous assurez des gardes ou des astreintes, trouvez-vous que la pénibilité des gardes ou des astreintes ces dernières années a :

- Augmenté
- Diminué
- N'a pas changé
- Ne sait pas

Si vous assurez des gardes ou des astreintes, avez-vous le sentiment que celles-ci sont équitablement réparties au sein de votre équipe :

- Oui
- Non

Pensez-vous que la réglementation en matière de temps de récupération (post-garde, permanence du samedi) soit respectée au sein de votre pôle ?

- Oui
- Non

La programmation des congés est-elle suffisamment anticipée et organisée au sein de votre service :

- Oui
- Non

Le tableau de service prévisionnel vous est-il communiqué en temps et en heure ?

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non rarement
- Non jamais

Effectuez-vous du temps de travail additionnel (TTA) en plus de vos obligations de service :

- Oui toujours
- Oui souvent
- Non rarement
- Non jamais

Votre service est-il concerné par le recours à l'intérim médical ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Beaucoup
- Modérément
- Très peu

Aimeriez-vous avoir un exercice partagé entre l'hôpital et la ville ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Si vous êtes responsable d'une unité fonctionnelle, avez-vous bénéficié d'un poste d'Assistant spécialiste à temps partagé au sein de votre unité sur les 24 derniers mois :

- Oui
- Non

Si non, aimeriez-vous recruter un ASP ou un assistant partagé ville-hôpital :

- Oui
- Non

Faites-vous partie d'une équipe médicale de territoire

- Oui
- Non

Selon vous, développer des parcours professionnalisant dans le cadre du GHT (définition d'un projet professionnel, puis alternance d'exercice professionnel sur les différents établissements du GHT) serait :

- Tout à fait souhaitable
- Plutôt souhaitable
- Peu souhaitable
- Pas du tout souhaitable
- Ne se prononce pas

Selon vous, l'appartenance au GHT Grand Paris Nord Est Est :

- Une chance
- Une opportunité
- Une contrainte
- Ne sait pas

Diriez-vous que vos relations professionnelles avec les autres catégories de personnels de l'hôpital (administratifs, techniques, soignants,) sont :

- Excellentes
- Bonnes
- Plutôt satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Mauvaises
- Ne sait pas

❖ **Attractivité et reconnaissance du travail**

Quels sont les raisons qui vous ont amené à travailler au sein de votre hôpital : *(plusieurs réponses possibles)*

- Les valeurs du service public
- Le Projet Médical Partagé (PMP) du GHT Grand Paris Nord-Est
- L'image et/ou la réputation de l'établissement
- Le plateau technique de l'établissement
- La localisation géographique de l'hôpital (le temps de trajet, moyens de transport pour accéder à l'hôpital)
- Les avantages en nature de l'établissement : crèche, logement, restaurant du personnel, parking...

- La possibilité de faire de la recherche clinique
- Les possibilités offertes en matière de formation
- La rémunération
- Les possibilités d'évolution de carrière
- Les coopérations du service avec d'autres établissements
- La réputation du chef de service
- Le travail en équipe et/ou l'organisation du service (nb de gardes/mois, nb d'astreintes/mois, nb de médecins dans l'équipe)
- Les pathologies des patients pris en charge
- Autre :

Connaissez-vous le service de conciergerie *Happytal* installé au sein de votre hôpital :

- Oui
- Non

Si oui, en êtes-vous :

- Très satisfait
- Plutôt satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Avez-vous plaisir à venir travailler dans votre service ?

- Oui toujours
- Oui fréquemment
- Parfois
- Non jamais

Diriez-vous que l'ambiance globale au sein de votre service est :

- Très bonne
- Plutôt bonne
- Plutôt mauvaise
- Très mauvaise
- Ne se prononce pas

Vous sentez-vous intégré à votre service et/ou à votre équipe :

- Oui
- Un peu
- Pas du tout
- Ne se prononce pas

Etes-vous fier du travail que vous réalisez à l'hôpital public ?

- Oui beaucoup
- Oui un peu
- Non pas tellement
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

Avez-vous le sentiment que votre travail au quotidien est :

- Très bien reconnu
- Suffisamment reconnu
- Insuffisamment reconnu
- Pas reconnu du tout

Bénéficiez-vous d'un logement par l'hôpital ?

- Oui
- Non

Utilisez-vous la crèche si votre établissement en dispose :

- Oui
- non

❖ **Vie institutionnelle**

Avez-vous le sentiment d'appartenir à une communauté hospitalière ?

- Oui
- Non

Avez-vous le sentiment d'appartenir :

- A votre hôpital (Aulnay, Montreuil ou Montfermeil) :
 - o Oui
 - o Un peu
 - o Pas du tout
 - o Ne se prononce pas
- Au GHT Grand Paris Nord Est :
 - o Oui
 - o Un peu
 - o Pas du tout
 - o Ne se prononce pas

Etes-vous responsable d'une unité fonctionnelle ou chef de pôle ?

- Oui
- Non

Etes-vous membre de la Commission médicale d'établissement (CME) ?

- Oui
- Non

Participez-vous à la CME de l'établissement ?

- Oui
- non

Si oui :

- A chaque CME
- Régulièrement
- Parfois

Vous sentez-vous partie prenante (via la CME) des évolutions de l'institution et des projets du GHT ?

- Oui
- Non

Si non, quelles évolutions seraient souhaitables selon vous pour mieux y être associé :

.....

Etes-vous membre d'un comité ou d'une autre commission sur votre établissement ou sur le GHT :

- Oui un(e) seul(e)
- Oui plusieurs
- Non

Avez-vous le sentiment que la communication et la transmission des informations au sein de votre hôpital et du GHT est :

- Très satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

En cas de besoin, vous sentez-vous suffisamment accompagné par les affaires médicales pour traiter vos demandes quelles qu'elles soient :

- Oui tout à fait
- Oui un peu
- Non pas assez
- Non pas du tout

Selon vous, la mise en place d'un espace dédié au personnel médical sur l'intranet de l'établissement (avec des fiches pratiques sur les différents statuts existants, la rémunération etc.) serait :

- Très utile
- Plutôt utile
- Plutôt pas utile
- Pas du tout utile

❖ **Formation**

Partez-vous en formation (congrès, colloques, DU, développement professionnel continu...) :

- Oui plusieurs fois par an
- Oui une fois par an
- Oui moins d'une fois par an
- Non

Si non, pour quelles raisons :

- Manque de temps
- Manque de connaissances de l'existence de formations
- Pas de formation adaptée à mes besoins
- Pas le désir de se former

Connaissez-vous les modalités de demande de formation médicale et de remboursement des frais liés à la formation au sein de votre établissement :

- Oui
- Non

Si vous êtes chef de service ou chef de pôle, avez-vous bénéficié de formations au management médical (gestion d'équipe, résolution de conflits, leadership, outils de pilotage, fondements de la politique de santé dans le contexte national hospitalier, conduite du changement...) :

- Oui
- Non

Si non, seriez-vous intéressé pour en bénéficier :

- Oui
- Non

Estimez-vous que votre hôpital vous offre la possibilité de suivre des formations à la hauteur de vos attentes (information suffisante sur les formations offertes, modalités d'inscription, financement, absences pour congé de formation etc.) :

- Oui
- Non

Seriez-vous intéressé pour participer à un séminaire des cadres du GHT 1 journée/an réunissant l'ensemble des cadres (paramédicaux, logistiques, techniques, sociaux, médicaux...) et présentant des retours d'expériences managériales par d'autres établissements, des outils et des ateliers pluri-professionnels de mise en situation :

- Oui
- Non

❖ **Internes**

Si vous êtes interne, êtes-vous satisfait de la journée d'accueil en début de semestre ?

- Oui très satisfait
- Oui plutôt satisfait
- Non moyennement satisfait
- Non pas du tout satisfait
- Non concerné

Lors de la journée d'accueil des internes au début de votre stage, avez-vous été satisfait des informations qui vous ont été données quant aux procédures internes en vigueur dans l'établissement/le GHT, à la présentation de l'établissement, à la distribution de cartes et badges accès (restauration,...)

- Oui
- Non
- Non concerné

En tant qu'interne, avez-vous eu au cours de votre stage un entretien avec votre chef de service ou un médecin de l'équipe :

- Oui
- Non
- Non concerné

Si oui :

- En début de stage
- En milieu de stage
- En fin de stage
- En début et en fin de stage
- Autre :

Si non, auriez-vous aimé en avoir un ?

- Oui
- Non

Si vous êtes interne, avez-vous participé à des staffs à destination des internes organisés par votre service ?

- Oui une fois
- Oui plusieurs fois
- Non
- Non concerné

En tant qu'interne, seriez-vous intéressé pour participer à un temps d'échange convivial 1 fois par trimestre avec les autres internes de l'hôpital, des représentants de la Commission médicale d'établissement et de la Direction, pour évoquer certaines difficultés de stage, recevoir des informations sur la vie de l'établissement ou du GHT etc...

- Oui
- Non
- Peut-être
- Ne se prononce pas
- Non concerné

Si vous êtes interne, souhaiteriez-vous disposer d'un lieu de rencontre à l'hôpital dédié aux internes :

- Oui
- Non
- Non concerné

❖ **Conditions de travail**

Trouvez-vous que les locaux dans lesquels vous travaillez et le matériel dont vous disposez sont :

- Très satisfaisants
- Plutôt satisfaisants
- Peu satisfaisants
- Pas du tout satisfaisants

Pensez-vous que l'accueil et l'intégration de nouveaux praticiens soient :

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Pas du tout satisfaisantes

Diriez-vous que votre charge de travail est :

- Importante
- Normale
- Modérée
- Trop lourde

Diriez-vous que la charge de travail au sein de votre service ces derniers mois a :

- Augmenté
- Diminué
- Est restée la même
- Ne sait pas

Diriez-vous que vos conditions de travail au cours de ces dernières années se sont :

- Améliorées
- Maintenues
- Dégradées
- Ne se prononce pas

Avez-vous déjà eu recours à la médecine du travail au cours de votre carrière ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Vous estimez-vous protégé contre les risques professionnels (troubles musculo-squelettiques, risques liés à la nature de l'activité exercée, risques psychosociaux, risques médicaux et médico-légaux...) :

- Oui très bien protégé
- Oui un peu protégé
- Pas vraiment protégé
- Non pas du tout protégé
- Ne se prononce pas

Vous sentez-vous en insécurité au travail :

- Oui toujours
- Oui parfois
- Non rarement
- Non jamais

Quelles propositions feriez-vous pour améliorer la qualité de vie au travail du personnel médical et l'attractivité médicale au sein du GHT Grand Paris Nord Est ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

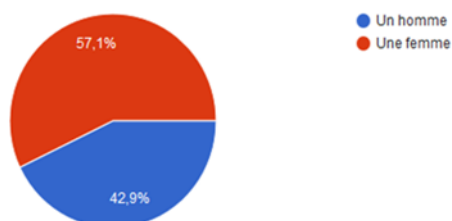
MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE RENSEIGNER CE QUESTIONNAIRE

ANNEXE 3

Résultats de l'enquête Qualité de vie au travail et attractivité médicale destinée à l'ensemble du PM au sein du GHT Grand Paris Nord-Est (été 2019)

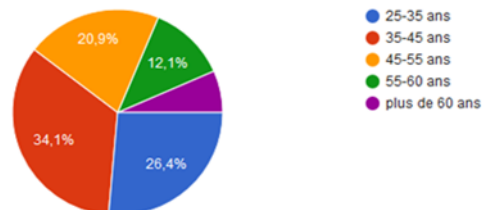
1. Vous êtes :

91 réponses



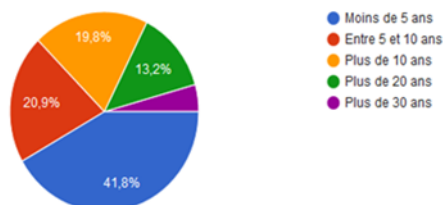
2. Vous avez :

91 réponses



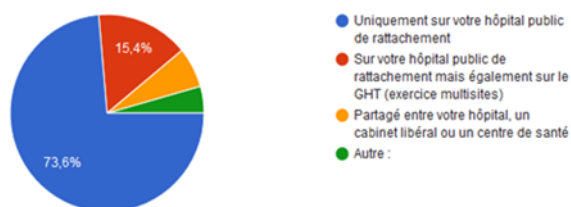
6. Depuis combien de temps travaillez-vous au sein d'un des trois hôpitaux du GHT Grand Paris Nord-Est ?

91 réponses



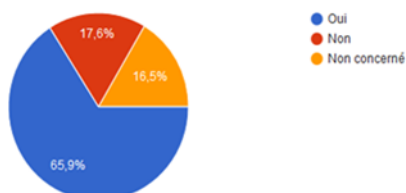
8. Avez-vous un exercice :

91 réponses



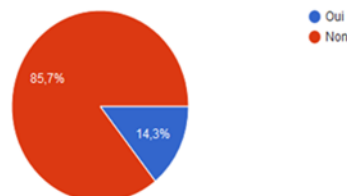
12. Si vous assurez des gardes ou des astreintes, avez-vous le sentiment que celles-ci sont équitablement réparties au sein de votre équipe ?

91 réponses



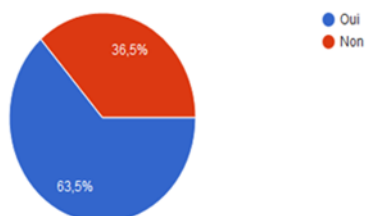
19. Si vous êtes responsable d'une unité fonctionnelle, avez-vous bénéficié d'un poste d'Assistant spécialiste à temps partagé (ASP) au sein de votre unité sur les 24 derniers mois ?

63 réponses



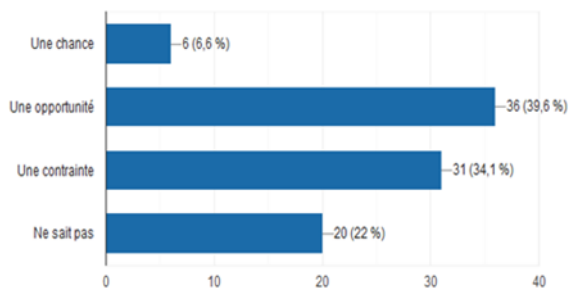
Si non, aimeriez-vous recruter un ASP ou un assistant partagé ville-hôpital ?

52 réponses



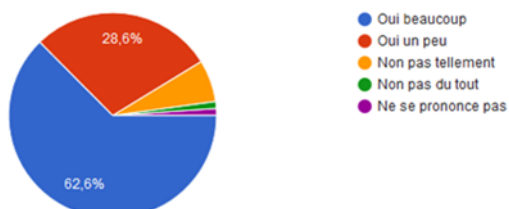
22. Selon vous, l'appartenance au GHT Grand Paris Nord-Est est :

91 réponses



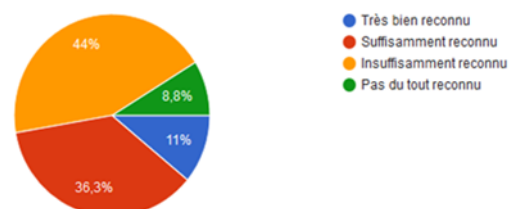
29. Êtes-vous fier du travail que vous réalisez à l'hôpital public ?

91 réponses



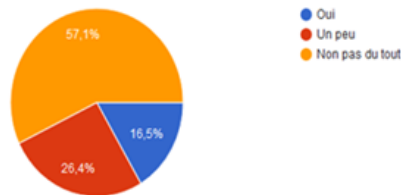
30. Avez-vous le sentiment que votre travail au quotidien est :

91 réponses



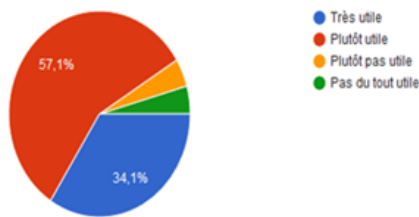
35. Avez-vous le sentiment d'appartenir au GHT Grand Paris Nord-Est ?

91 réponses



42. Selon vous, la mise en place d'un espace dédié au personnel médical sur l'intranet de l'établissement (avec des fiches pratiques sur les différents statuts, la carrière, la rémunération etc..) serait :

91 réponses



44. Si vous êtes chef de service ou chef de pôle, avez-vous bénéficié de formations au management médical (gestion d'équipe, résolution de conflits, leadership, outils de pilotage, fondements de la politique de santé, conduite du changement...)?

91 réponses



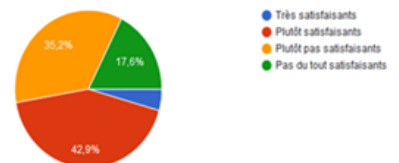
Si non, seriez-vous intéressé pour en bénéficier ?

25 réponses



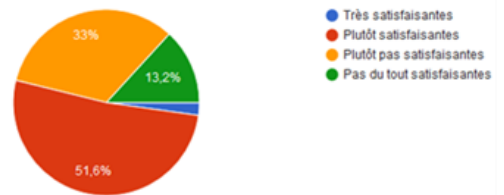
53. Trouvez-vous que les locaux dans lesquels vous travaillez et le matériel dont vous disposez sont :

91 réponses



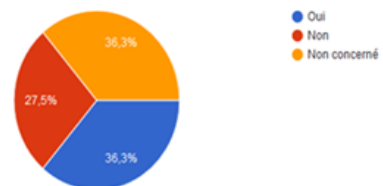
40. Avez-vous le sentiment que la communication et la transmission des informations au sein de votre hôpital et du GHT sont :

91 réponses



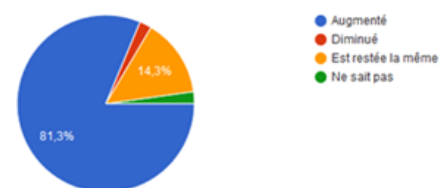
46. Seriez-vous intéressé par la mise en place d'un séminaire des cadres du GHT qui aurait lieu 1 journée/an réunissant l'ensemble des cadres (paramédicaux, logistiques, techniques, sociaux, médicaux...) et présentant des retours d'expériences managériales, des ateliers et des mises en situation... ?

91 réponses



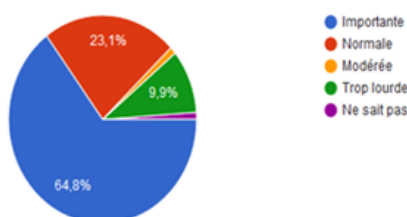
56. Diriez-vous que la charge de travail au sein de votre service ces derniers mois a :

91 réponses



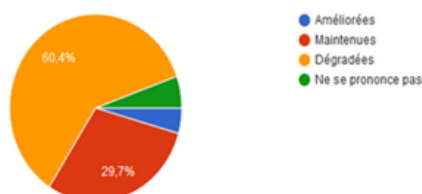
55. Diriez-vous que votre charge de travail est :

91 réponses



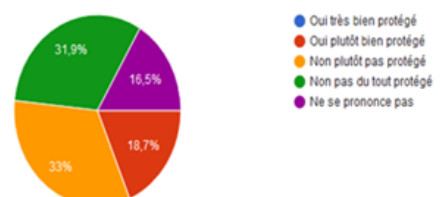
57. Diriez-vous que vos conditions de travail au cours des dernières années se sont :

91 réponses



59. Vous estimez-vous protégé contre les risques professionnels (troubles musculo-squelettiques, risques liés à la nature de l'activité exercée, risques psychosociaux, risques médicaux et médico-légaux...)?

91 réponses



COUDEL	Laure	Octobre 2019
Directeur d'hôpital Promotion 2018 - 2019		
Le GHT, une opportunité pour favoriser l'attractivité médicale ? <i>L'exemple du GHT Grand Paris Nord-Est (93)</i>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes.		
<p>Résumé :</p> <p>Le GHT Grand Paris Nord-Est est confronté à d'importantes difficultés de recrutement médical ; reflet d'une situation observée tant au niveau national que local ; et vraisemblablement aggravée par la forte précarité sociale du territoire sur lequel le GHT est implanté.</p> <p>Cette pénurie médicale a des répercussions significatives sur les services hospitaliers contraints de faire face à une demande de soins toujours plus importante, alors même qu'ils assistent au départ de leurs praticiens pour lesquels l'hôpital public n'est plus suffisamment attractif : recours massif à l'intérim médical, statut de PH trop complexe et rigide, précarisation des lignes de garde et aversion à la permanence des soins.</p> <p>Dans ce contexte, le GHT GPNE représente une véritable opportunité pour favoriser l'attractivité médicale. Il offre en effet un cadre propice aux coopérations territoriales qui permettent par exemple d'alléger le poids de la permanence des soins.</p> <p>Plus encore, la direction unique de l'attractivité et des ressources médicales représente un atout en ce qu'elle porte l'harmonisation des recrutements médicaux au niveau du GHT, promeut les parcours professionnels et peut définir une véritable politique QVT, associée à une offre de formation sur le management médical qui est un facteur essentiel de fidélisation et d'attractivité pour les praticiens juniors comme seniors.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Attractivité, territoire, management, médecins, rémunération, fidélisation, recrutement, statut, permanence des soins, direction unique</p>		
<i>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.</i>		