

EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Répondre au défi de l'attractivité
médicale –
L'exemple du Centre Hospitalier
Guillaume Régnier**

Marion BAZIN LABBE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Bernard Garin, Directeur Général du Centre Hospitalier Guillaume Régnier pour son accueil chaleureux, son accompagnement durant ce stage et sa confiance.

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Anaïs Jéhanno, directrice adjointe et maître de stage pour sa confiance, ses conseils et pour le temps consacré durant ces huit mois de stage.

Je tiens également à remercier le Docteur Elisabeth Sheppard, Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Guillaume Régnier pour son accueil et nos échanges très intéressants notamment dans le cadre de mon mémoire.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble de l'équipe de direction de l'établissement pour m'avoir fait bénéficier de leurs expériences et m'avoir si bien accueillie.

Pour leur accueil et les partages d'expérience, je remercie l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

Pour ses conseils avisés, je remercie Madame Anne-Marie Lorho, directrice-adjointe à l'ARS Bretagne qui m'a accompagné et orienté dans l'écriture de ce mémoire. Je tiens également à remercier ses équipes à l'ARS Bretagne qui m'ont si bien accueillie pendant mon stage extérieur et qui ont partagé leurs connaissances de la gestion des ressources médicales à l'hôpital.

Je remercie enfin vivement et sincèrement toutes les personnes, sans les nommer, directeurs, médecins du Centre Hospitalier Guillaume Régnier et des autres établissements sollicités pour avoir pris le temps de répondre à mes questions et d'échanger sur ce sujet. Ils m'ont permis de mieux appréhender les enjeux, les problématiques de l'attractivité, sujet qui m'a passionnée, et de me questionner sur les moyens d'y répondre.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	4
1 Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier confronté, comme de nombreux établissements publics de santé, à des difficultés d'attractivité du personnel médical.....	7
1.1 Une situation statutaire a priori favorable et un établissement qui présente un certain nombre d'avantages	7
1.1.1 Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, un établissement dynamique qui s'inscrit dans un territoire attractif.....	7
1.1.2 Le statut de praticien hospitalier et l'exercice hospitalier offrent par nature, un cadre protecteur, des possibilités d'évolution et un exercice diversifié.....	10
1.2 La gestion des ressources médicales, enjeux d'attractivité du personnel médical	12
1.2.1 Des difficultés relatives de recrutement et de fidélisation du personnel médical au CHGR, qui ne sont pas propres à cet établissement	12
1.2.2 Des conséquences importantes et plurielles pour le CHGR comme pour la plupart des établissements publics de santé	15
2 Face aux difficultés, des plans d'attractivité médicale sont instaurés au niveau national et au sein des établissements de santé.....	21
2.1 Les mesures d'attractivité visent à la fois à influencer sur des facteurs externes et sur des problématiques internes aux établissements de santé	21
2.1.1 Le déclin de la démographie médicale conjuguée à un manque d'attractivité du statut de praticien hospitalier ne favorise pas le recrutement de médecins à l'hôpital public	21
2.1.2 La dynamique interne de l'établissement, élément important dans l'attractivité des praticiens hospitaliers.....	26
2.2 Des mesures d'attractivité nécessaires sur le plan national et internes aux établissements de santé	29
2.2.1 De nombreux plans et mesures nationaux ont tenté de répondre au déficit d'attractivité de l'hôpital public.....	29
2.2.2 Les établissements publics de santé mettent en œuvre des plans d'attractivité internes	34

3	Le Ségur de la Santé, une réforme de plus ou une véritable réponse aux attentes des médecins hospitaliers ?	37
3.1	Le Ségur de la Santé, des avancées en matière de revalorisation des rémunérations et des carrières des personnels médicaux	37
3.1.1	Les mesures annoncées répondent à la demande d'une revalorisation salariale des personnels médicaux	37
3.1.2	Une revalorisation salariale d'un niveau suffisant pour contrer la perte d'attractivité de l'hôpital public ?	39
3.2	Certaines mesures d'attractivité liées à l'organisation et au fonctionnement de l'hôpital sont à consolider	40
3.2.1	Des mesures plus importantes apparaissent nécessaires pour améliorer la qualité de vie au travail et la diversification des conditions d'exercice	40
3.2.2	Des évolutions nécessaires des modalités de gouvernance et de participation institutionnelle sont également attendues	47
	Conclusion.....	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CESP	Contrat d'engagement de service public
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNG	Centre National de gestion
ECN	Épreuves Classantes Nationales
EPSM	Etablissement Public de santé Mentale
ETP	Equivalent Temps Plein
FFI	Faisant Fonction d'Interne
FHF	Fédération Hospitalière de France
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/07/2009)
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IESPE	Indemnité d'engagement de service public exclusif
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
PADHUE	Praticiens à diplôme hors Union Européenne
PCME	Président de Commission Médicale d'Etablissement
PECH	Prime d'engagement de carrière hospitalière
PET	Prime d'exercice territorial
PH	Praticien Hospitalier
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non-médical
PRS	Projet Régional de Santé
PU-PH	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
QVT	Qualité de Vie au Travail
RH	Ressources humaines
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RTT	Réduction du temps de travail

Introduction

La signature des accords du Ségur de la Santé par une partie des syndicats et par le gouvernement a eu lieu le 13 juillet dernier, après plusieurs semaines de négociations.

La crise sanitaire due à l'épidémie de Coronavirus a mis à mal et a révélé un certain nombre de fragilités du système de santé français. Elle a également mis en avant les grandes qualités de ce système et de ses acteurs : une grande adaptabilité des organisations et des professionnels, une solidarité importante, une certaine résilience et une capacité à innover. Durant cette crise, les français ont notamment démontré leur attachement à l'hôpital public. Selon un sondage réalisé par Odoxa¹, les Français ont en effet une très grande confiance en leur personnel soignant en général (96%) et dans les infirmières et les infirmiers en particulier (97%). Les applaudissements chaque soir à vingt heures en ont témoigné.

Mais, ce moment particulier, la pression mise sur le système hospitalier a remis en lumière les difficultés auxquelles font face les établissements de santé. L'hôpital est en crise : crise de son fonctionnement et de sa gouvernance, crise de son financement et de son attractivité.

Le Ségur de la Santé a été lancé officiellement le 25 Mai 2020 lors d'un discours du Premier Ministre² avec comme objectif d'apporter des réponses concrètes et adaptées aux attentes des professionnels hospitaliers. Devant l'ampleur des sujets mis sur la « table » des négociations, le Gouvernement semble prendre en considération de nombreuses revendications et vouloir y répondre.

Cependant, le sujet n'est pas nouveau. Des événements récents en témoignent tels que la démission, annoncée lors d'une conférence de presse, de 1 200 médecins hospitaliers de leurs fonctions d'administration, de gestion et de représentation, mais également la grève et les manifestations des médecins et des paramédicaux des services des urgences. Ces actions font suite à des annonces et mesures jugées insuffisantes par les professionnels hospitaliers. Selon André Grimaldi qui est à l'origine de cette action de démission collective, « *c'est un geste politique qui dit, que nous, médecins, on ne peut pas continuer comme ça* ».

Améliorer l'attractivité des établissements de santé pour favoriser le recrutement et la fidélisation du personnel médical est un enjeu important pour assurer des soins de qualité en toute sécurité. Les attentes, en la matière, sont importantes de la part des professionnels. Les piliers annoncés du Ségur (salaire et carrière, investissement, territorialité, gouvernance des établissements) ont fait l'objet durant les mois de juin et juillet

¹ Sondage réalisé pour la MNH par Odoxa, en partenariat avec Le Figaro Santé et France Info à partir d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon 1003 personnes représentatif de la population française âgées de 18 ans et plus interrogées par Internet les 8 et 9 avril 2020 et auprès de 2095 professionnels de santé hospitaliers interrogés par Internet du 3 au 6 avril 2020.

² Discours du Premier Ministre, Lancement du « Ségur de la santé », 25 Mai 2020.

de négociations importantes entre le Gouvernement, les syndicats et les fédérations notamment. Dès les premières annonces, les professionnels médicaux et paramédicaux font état de leur scepticisme quant aux résultats des négociations en cours. En témoigne la revendication des soignants pour un plan massif de recrutement alors que l'augmentation des effectifs ne fait pas partie en tant que telle des piliers. Pourtant, le problème de l'attractivité de l'hôpital, tant pour les médecins que pour les paramédicaux, rejoint souvent celui du manque d'effectifs. Zainab Riet, déléguée générale de la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) souligne ainsi que « *le problème, très souvent, tient au manque de candidats* ». En 2019, près de 30% des postes de médecins à l'hôpital sont vacants, selon la FHF.³

Face aux difficultés certaines de recrutement mais aussi de fidélisation du personnel médical, l'hôpital public, pour assurer sa pérennité de fonctionnement, met en œuvre de véritables stratégies pour attirer de nouveaux médecins. Souplesse, adaptation sont les maîtres mots. Les directions des ressources médicales sont confrontées à des exigences contradictoires, entre respect de la réglementation, équité, maîtrise financière et nécessité de recruter et de fidéliser pour assurer la continuité des soins mais aussi le développement d'activités.

L'hôpital ne peut pas fonctionner sans ses ressources humaines et cette question est très prégnante pour la ressource médicale du fait de sa rareté.

L'ensemble des établissements publics de santé ne sont pas dans une situation similaire en termes de difficultés de recrutement des médecins. Selon la taille des établissements, leur situation géographique, les difficultés peuvent varier. Toutefois, les spécialités en tension restent les mêmes. La plupart des établissements mettent en place des stratégies de recrutement et de fidélisation de leurs personnels médicaux. Les éléments vont varier selon les recrutements visés, l'intensité des difficultés et le contexte.

La concurrence entre établissements publics ou privés mais aussi avec la médecine libérale nécessite des actions en termes d'amélioration de la rémunération des médecins, mais pas seulement. Améliorer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins ne passe, en effet, pas seulement par une amélioration de leur rémunération. La plupart des stratégies d'attractivité médicale mettent en avant des éléments d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Si le Premier Ministre, Jean Castex, a salué un moment "historique" lors de la signature de ces accords, il m'est apparu intéressant de s'interroger sur l'impact que pourra avoir l'application de ces mesures sur l'attractivité de l'hôpital public.

Ainsi, il s'agit de répondre aux questions suivantes : les mesures signées dans le cadre du Ségur de la Santé répondent-elle aux attentes des professionnels médicaux ? Seront-elles suffisantes pour rendre l'hôpital public plus attractif ?

³ Article de Challenge.fr publié le 9 juin 2020.

Mon mémoire m'a permis, à partir de l'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régner dans lequel j'ai effectué mon stage de direction, de m'interroger sur les causes des difficultés d'attractivité médicale rencontrées par des établissements publics de santé (1). Puis, dans une seconde partie, j'ai tenté d'analyser les stratégies mises en place par les établissements et d'évaluer leurs impacts réels (2). Enfin, je me suis interrogée sur les mesures annoncées par le Ségur de la santé et, à la lecture des entretiens que j'ai pu réaliser auprès de praticiens hospitaliers et des directions d'établissements, d'évaluer et de réaliser une analyse critique de ces mesures (3).

Dans ce mémoire, j'ai volontairement, par nécessité liée aux règles de réalisation de ce travail, restreint mon analyse aux problématiques d'attractivité médicale. Cependant, il est primordial de lier ces enjeux à ceux relatifs à l'attractivité de l'hôpital pour les professionnels paramédicaux, qui sont souvent identiques et fortement liés.

Mon stage s'est déroulé au Centre Hospitalier Guillaume Régner (CHGR), établissement public de santé mentale situé à Rennes. Il s'agit d'un établissement de référence dans le département d'Ille-et-Vilaine et en Bretagne. Le CHGR est le troisième établissement monodisciplinaire en psychiatrie le plus important de France. Il occupe une place spécifique sur le plan territorial avec une offre de recours importante et une valence hospitalo-universitaire forte, se traduisant par la présence en son sein de pôles hospitalo-universitaires de psychiatrie. Ces caractéristiques font, par nature, du CHGR un établissement attractif pour les personnels médicaux. Pourtant, depuis peu, l'établissement est confronté à des difficultés dans le recrutement mais aussi dans la fidélisation de médecins y exerçant. Si ces difficultés restent relatives, comparées à celles d'autres établissements et territoires, elles ont un impact certain sur l'activité (réduction de capacités d'unités en période de vacances scolaires), d'un point de vue financier (recours à l'intérim, primes), en termes de qualité de vie au travail pour les professionnels médicaux en poste (sous-effectif dans certaines unités). Sur son territoire, l'offre libérale de psychiatrie y est particulièrement développée. D'autres causes peuvent également expliquer ces difficultés (démographie médicale, évolution des attentes des jeunes professionnels ...).

Le sujet étant éminemment stratégique, le pilotage des ressources médicales est du ressort des directeurs, notamment des directeurs des affaires médicales mais aussi des directions générales et des présidences de Commission Médicale d'Etablissement (CME). Mettre en place des plans d'attractivité relève donc des missions de directeur d'hôpital.

Méthodologie

Ma démarche méthodologique pour réaliser ce mémoire s'est organisée en quatre temps.

En premier lieu, j'ai mené des recherches documentaires autour de la notion d'attractivité médicale.

J'ai souhaité rechercher des éléments objectivant les difficultés de recrutement des établissements publics de santé et tenter d'en comprendre les causes et les principaux facteurs.

J'ai ensuite souhaité analyser les évolutions des différentes lois et plans nationaux relatifs à l'attractivité médicale.

Ces éléments m'ont permis d'établir un état des lieux des difficultés, des impacts et des actions mises en œuvre jusqu'à présent au niveau national et par certains établissements publics de santé.

Pour cela, j'ai mobilisé de nombreuses sources d'informations : ouvrages, articles de presse et universitaires, plans d'action de différents établissements.

En second lieu, j'ai mené des entretiens auprès de différents professionnels. Le tableau des entretiens réalisés est annexé à ce présent mémoire⁴.

D'une part, j'ai réalisé des entretiens auprès de directeurs des affaires médicales et de directions générales d'établissements, au sein de mon établissement de stage, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, mais également auprès de deux établissements publics de santé mentale (EPSM) bretons, de quatre établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) dont un CHU⁵.

D'autre part, j'ai réalisé des entretiens auprès de médecins. Il s'agissait essentiellement de praticiens de mon établissement de stage. J'ai souhaité diversifier les profils de médecins sollicités : internes, praticiens en début de carrière, médecins seniors. Je souhaitais également rencontrer des médecins ayant quitté l'établissement, mais mes demandes d'entretien auprès de deux d'entre-eux se sont révélées infructueuses.

J'ai également échangé avec la présidente de la CME de mon établissement de stage.

Une grille d'entretien m'a servi de fil conducteur pour mener à bien ces entretiens.

Ensuite, j'ai eu l'occasion d'échanger sur cette problématique avec d'autres professionnels.

⁴ Cf. Annexe 1, Tableau des entretiens bilatéraux réalisés.

⁵ Cf. Annexe 2, Grille d'entretien à destination des directions d'établissements publics de santé

Tout d'abord, lors d'un entretien téléphonique avec la correspondante locale de la FHF en Bretagne, j'ai pu recueillir des éléments de situation globaux sur la région.

Ensuite, j'ai eu l'occasion d'échanger avec deux agents de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne notamment sur les dispositions réglementaires en cours d'évolution.

Enfin, ma référente de mémoire est la directrice en charge de ces questions à l'ARS Bretagne, auprès de qui j'avais réalisé mon stage extérieur. J'ai ainsi pu, auprès d'elle, explorer la question de l'impact de l'évolution des études de médecine et des perspectives démographiques ainsi que des actions menées par les ARS dans ce domaine.

En dernier lieu, certaines des missions qui m'ont été confiées durant mon stage ont alimenté mes réflexions. J'ai notamment pu participer à une réunion des directeurs des affaires médicales de Bretagne. J'ai également été chargée de proposer un plan de formation relatif au management et à l'organisation hospitalière à destination des médecins de l'établissement. Les résultats de ce travail m'ont ainsi permis d'objectiver le rôle que doit avoir l'établissement pour accompagner les praticiens dans leurs postes et dans leurs responsabilités. Il s'agit à mon avis d'un élément d'attractivité important⁶.

⁶ Cf. Annexe 4 Proposition de plan de formation management et organisation hospitalière à destination des médecins du CHGR.

1 Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier confronté, comme de nombreux établissements publics de santé, à des difficultés d'attractivité du personnel médical

Malgré un territoire attractif, un établissement dynamique et un statut de praticien hospitalier qui présente de nombreux avantages (1.1), le Centre Hospitalier Guillaume Régnier n'échappe pas aux difficultés de recrutement et la fidélisation du personnel médical (1.2).

1.1 Une situation statutaire a priori favorable et un établissement qui présente un certain nombre d'avantages

1.1.1 Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, un établissement dynamique qui s'inscrit dans un territoire attractif

Élaborer un plan d'attractivité nécessite pour l'établissement de bien connaître son positionnement sur son territoire et la demande de soins.

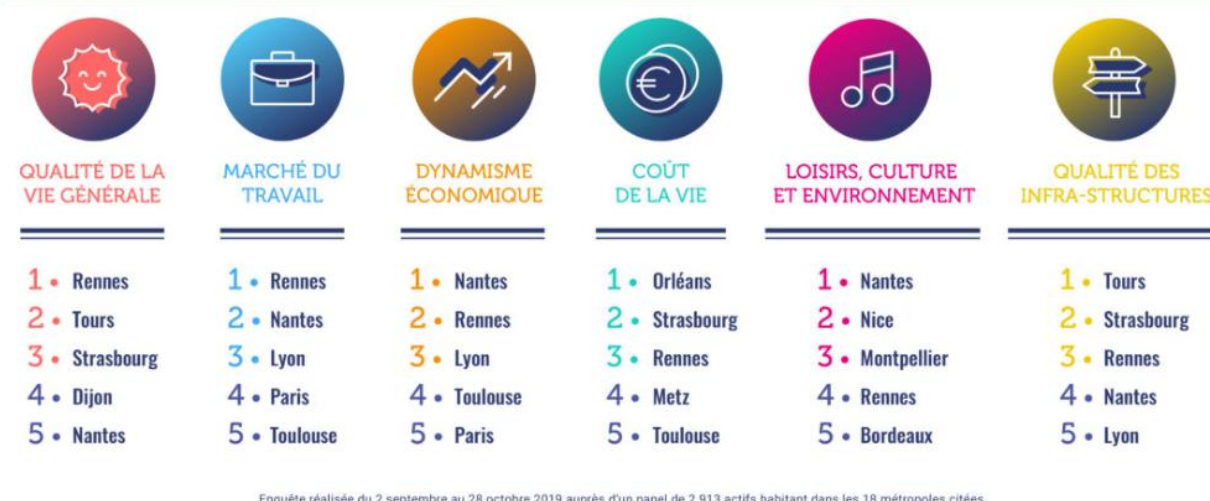
Le CHGR est implanté sur la Ville de Rennes. Ce territoire est attractif tant par sa situation géographique que par son dynamisme local.

Tout d'abord, le territoire rennais est un territoire attractif du fait de sa situation géographique. Rennes se trouve à moins d'une heure de la côte et bénéficie également d'une Ligne à Grande Vitesse qui la relie à Paris en 1 heure 25. Cette proximité est un réel atout pour la Ville.

Une enquête récente relative à l'attractivité des métropoles⁷ montre que Rennes est en tête des métropoles les plus recommandées par ses habitants à une personne cherchant à changer de région (89%).

Dans cette enquête, Rennes est également en tête en termes de marché du travail et de qualité de la vie en général.

⁷ Enquête relative à l'attractivité des métropoles, RegionsJob et ParisJob (éditées par HelloWork), en partenariat avec le cabinet Hays, 2019.



Le CHGR couvre un territoire présentant une augmentation importante et durable de sa population et pour laquelle les caractéristiques socio-économiques sont plutôt positives. Ces éléments ont été récemment objectivés par l'établissement dans le cadre d'une étude géopopulationnelle confiée au cabinet d'audit ACSANTIS. Cette étude est destinée à alimenter les réflexions d'une évolution de l'actuelle sectorisation de psychiatrie. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de l'élaboration du Projet d'Etablissement 2020-2024.

Le rapport du Cabinet ACSANTIS⁸ montre une forte progression démographique et une dynamique positive pour le territoire de prise en charge. L'évolution annuelle moyenne de la population est de 1,1% contre 0,4% en France. Cette progression est la plus forte en Bretagne. La population est principalement jeune avec environ 14 000 jeunes âgés de 18 à 24 ans qui rejoignent le département dans le cadre d'études ou d'un premier emploi. La moitié de la population de Rennes à moins de 38 ans.

Malgré des inégalités sur le territoire départemental, les caractéristiques socio-économiques sont relativement favorables. En effet, le revenu annuel des ménages est supérieur à la moyenne nationale⁹ et le taux de pauvreté dans le département est de 10,1%¹⁰, ce qui en fait le cinquième département comptabilisant le moins de personnes en grandes difficultés. La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est de 26,2% en 2017¹¹.

Le dynamisme économique est également reflété par un taux de chômage moins important que la moyenne nationale (6,4%¹²).

⁸ Rapport du Cabinet ACSANTIS dans le cadre de la mission confiée par le CHGR relative à l'évolution de la sectorisation du territoire du CHGR.

⁹ Données INSEE, revenu médian par unité de consommation, 2015.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Données INSEE, Statistiques et Etudes, 2017.

¹² Ibid.

Le CHGR est un établissement de référence dans la région Bretagne et il est le troisième plus important établissement public de santé mentale (EPSM) sur le plan national.

Avec en 2018 une file active de 29 194 patients, une activité ambulatoire de 28 441 et 369 255 journées d'hospitalisation, le CHGR est le premier EPSM breton.

Son offre de soins couvre neuf secteurs de psychiatrie adulte et trois inter-secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il propose également une activité de recours importante, assure la psychiatrie en milieu pénitentiaire à travers le service médico-psychologique régional (SMPR) et une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), ainsi que la prise en charge des addictions, et des activités de recherche avec une valence hospitalo-universitaire.

L'établissement est globalement dans une bonne situation financière. Le budget consolidé de l'établissement s'élève à 157 millions d'euros d'exploitation¹³, dont sept comptes de résultat annexes, couvrant notamment des activités médico-sociales diversifiées en matière de prise en charge du handicap (Maison d'Accueil Spécialisée, SESSAD) et des personnes âgées (EHPAD).

Ses effectifs s'établissent à 2 492 agents et 114 médecins en 2019.

Les orientations stratégiques de l'établissement sont en adéquation avec le Projet Régional de Santé (PRS). Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) reconnaît ainsi les spécificités de l'offre médico-soignante de recours et de recherche du CHGR. A ce titre, le CHGR mène de nombreux projets comme la création en 2020-2021 d'un centre support régional de réhabilitation psychosociale co-porté avec le CHU de Brest, l'approfondissement de l'action de la Filière Intersectorielle des Hospitalisations Prolongées (FIHP). Le CHGR poursuit également le renforcement de son offre ambulatoire avec la mise en place de Centres Thérapeutiques de Jour.

Le CHGR souhaite, dans le cadre de son Projet d'Etablissement 2020-2024 se projeter dans l'avenir et favoriser l'innovation technique, organisationnelle mais aussi managériale. Les travaux du Projet Médico-Soignant, socle du Projet d'Etablissement, débuteront en septembre 2020. Un co-pilotage (médecins, cadres supérieurs de santé et directeurs) est mis en place pour chacun des neuf groupes de travail.

L'activité du CHGR est en constante croissance en lien avec l'augmentation de la population prise en charge, ce qui lui permet d'asseoir son utilité mais ce qui constitue également un défi. Dans le cadre du Projet d'Etablissement et dans la continuité de l'étude géopopulationnelle, un groupe de travail intitulé « territorialité » questionnera la sectorisation actuelle et statuera sur des évolutions des périmètres des secteurs actuels.

Le CHGR s'inscrit également dans une politique de santé mentale territoriale, soutenue par l'ensemble des partenaires institutionnels dont la Ville de Rennes. Les travaux menés, dans

¹³ Données issues du Compte Financier 2019, Centre Hospitalier Guillaume Rénier.

le cadre du Conseil Rennais de Santé Mentale (CRSM), montre un dynamisme local et une véritable volonté politique. Les orientations sont claires : soutenir et accompagner l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique.

La démarche partenariale du CHGR s'illustre également par sa participation au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), tant dans les groupes de travail que dans la chefferie de projet.

Enfin, l'établissement s'inscrit dans le renforcement de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) départementale, par exemple avec la création d'un poste partagé de psychiatre entre le CHGR et le CH de Redon.

Ces atouts, associés à un statut de praticien hospitalier plutôt favorable et attractif, garantissent au CHGR une certaine attractivité des personnels médicaux.

1.1.2 Le statut de praticien hospitalier et l'exercice hospitalier offrent par nature, un cadre protecteur, des possibilités d'évolution et un exercice diversifié

Le statut de praticien hospitalier (PH) a été initié par la réforme Debré de 1958 avec l'instauration du plein temps hospitalier, ce qui permet de distinguer la médecine de ville et la médecine hospitalière.

En 1984, un décret¹⁴ crée les fondements du statut de PH ainsi que le concours d'entrée. Le concours de PH, alors même qu'il est questionné actuellement, est à mon sens, par nature protecteur car il permet une certaine indépendance et égalité des chances entre les médecins et favorise l'attribution de postes au regard des compétences et non pas par cooptation.

De plus, l'évolution par application d'une grille indiciaire (échelons) et l'application d'une grille de salaires unique permet un déroulement automatique de la carrière qui constitue une certaine indépendance et stabilité dans la carrière du praticien. La gestion centralisée par le Centre National de Gestion (CNG) constitue également une protection importante.

Les PH, à l'exception des praticiens universitaires, bénéficient ainsi d'un statut de « quasi-fonctionnaire ».

Les réformes suivantes ont amené certaines évolutions nécessaires pour s'adapter à la pratique et aux besoins comme la création d'un statut de PH à temps partiel ou la création de statut temporaire comme celui des praticiens contractuels.

Le statut de PH a également évolué pour permettre une diversification de leurs activités. À titre d'exemple, les PH ont la possibilité, dans le cadre de règles définies, de pratiquer une activité libérale à l'hôpital, d'avoir des activités d'intérêt général dans la limite de deux demi-journées par semaine.

¹⁴ Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers.

En 2008, le CNG est chargé de la gestion des PH ce qui montre la pérennité du statut et en permet une gouvernance nationale.

Ce statut de 1984, malgré certaines difficultés et des évolutions nécessaires, est apparu comme protecteur, permettant une indépendance des PH et une équité de traitement au sein des établissements public de santé.

Le statut garantit également une stabilité pour les médecins hospitaliers ce qui leur permet de s'investir sur des projets, des activités de plus long terme.

La crise sanitaire a montré également que le statut est un élément protecteur pour les praticiens du point de vue de la rémunération si l'on compare à des médecins libéraux.

Le statut de PH, avec les évolutions qui l'ont fait s'adapter, a ainsi permis jusqu'alors, malgré toutes les évolutions encore nécessaires et prévues pour une partie d'entre-elles dans le Ségur de la Santé, de façonner un corps de praticiens au service de l'hôpital public.

Également, le service public hospitalier a une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

L'exercice hospitalier permet aux médecins de diversifier leurs pratiques de soins, d'évoluer vers des postes à responsabilités institutionnelles (chefs de pôle, membres du Directoire, membres de la CME, voir même président et vice-président de la CME) mais également de s'engager dans des programmes de recherche, de porter des projets innovants. L'hôpital public, malgré les difficultés et la nécessité d'un financement plus important, est synonyme de qualité, d'excellence et de progrès.

Le CHGR a, à ce titre, de nombreux atouts. Il s'agit d'un établissement de recours, avec une valence d'enseignement et de recherche qui connaît une évolution certaine. L'établissement est ainsi composé de deux pôles universitaires, le premier en psychiatrie adulte et le second en pédopsychiatrie. L'établissement développe des projets innovants qui peuvent être engagés par tous les pôles, comme le prouve le projet du pôle G04-G06 qui s'inscrit clairement dans de l'innovation avec par exemple la mise en place d'une unité de soins intensifs ou encore l'expérimentation de la réalité virtuelle.

Malgré ce contexte, le CHGR est confronté à des difficultés pour pourvoir l'ensemble de ses postes médicaux ce qui a des conséquences importantes financièrement et présentent des risques en termes de continuité et de qualité des soins (1.2).

1.2 La gestion des ressources médicales, enjeux d'attractivité du personnel médical

1.2.1 Des difficultés relatives de recrutement et de fidélisation du personnel médical au CHGR, qui ne sont pas propres à cet établissement

Malgré des atouts, le CHGR est confronté à certaines difficultés dans le recrutement mais aussi dans la fidélisation du personnel médical. Depuis une dizaine d'années, cette situation touche, à des niveaux variables, la plupart des établissements publics de santé.

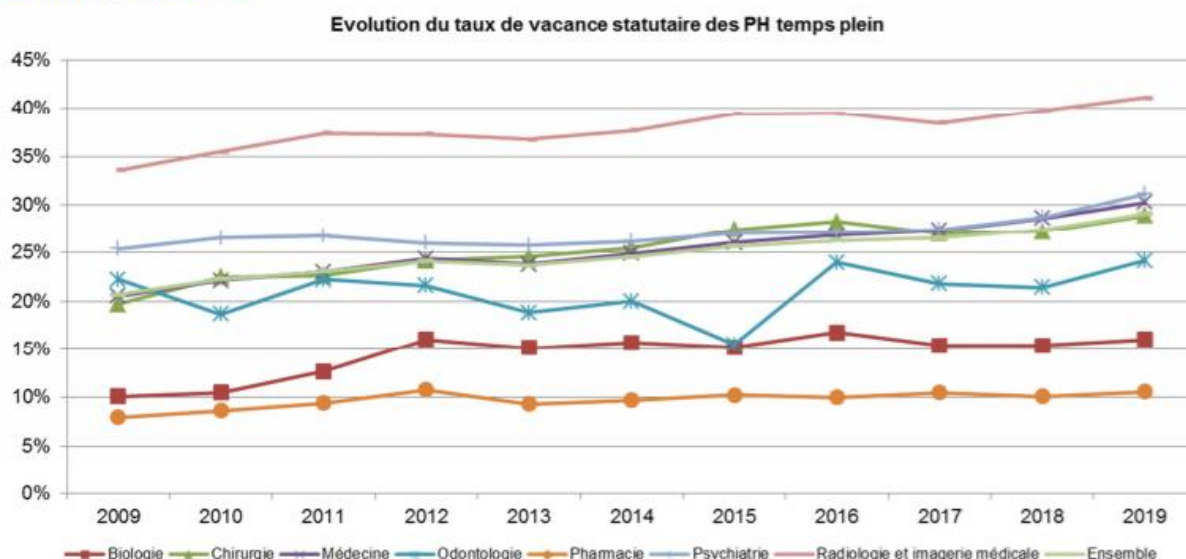
Afin d'améliorer l'attractivité d'un établissement, il est nécessaire d'en connaître la composition des ressources humaines médicales (vacances de postes, âge, sexe, statut des praticiens en poste).

Les disparités sont notables selon les régions et territoires, selon la taille des établissements, et entre les spécialités médicales.

De manière globale, le CNG, dans son rapport d'activité 2018¹⁵, confirme une progression de la pénurie médicale avec un taux de vacance statutaire des PH à temps plein 29,1 % au 1er janvier 2019. Le CNG note qu'il s'agit d'une progression de 1,7 point entre 2018 et 2019 (contre + 0,9 point entre 2017 et 2018).

Le graphique ci-dessous montre, pour les PH à temps plein, une évolution globale de 8 points entre 2009 et 2019.

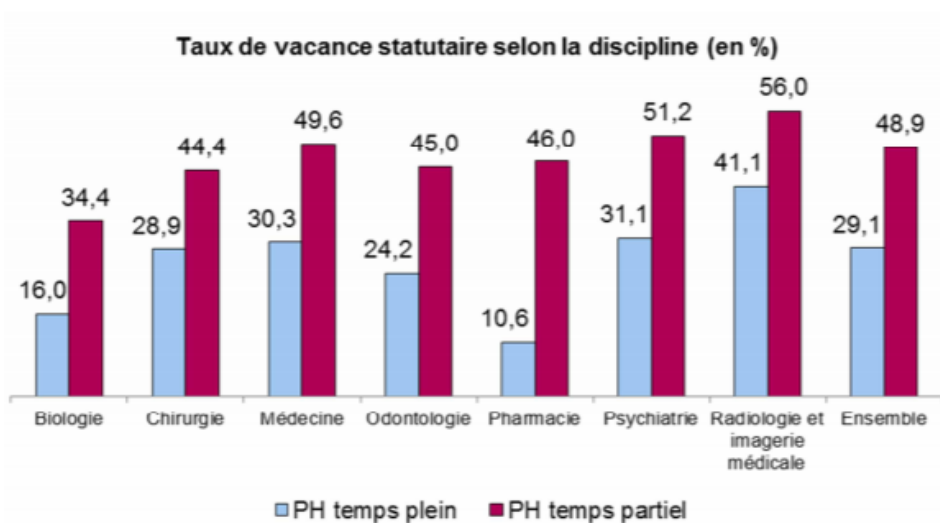
PH temps plein :



Mais, si cette augmentation concerne de nombreuses disciplines, il existe une forte hétérogénéité en fonction des spécialités. Trois spécialités sont fortement impactées : la radiologie et l'imagerie médicale, l'anesthésie-réanimation et la médecine d'urgence. La

¹⁵ Rapport d'activité – Tome 1, Centre National de Gestion, 2018.

psychiatrie affiche un taux de vacance statutaire de 31,1 %, soit une augmentation de 2,4 points % entre 2018 et 2019 (contre une augmentation de 1,2 point entre 2017 et 2018) ce qui confirme les difficultés globales de recrutement que peuvent connaître les établissements ayant une autorisation de psychiatrie.



Ensuite, la situation est également variable selon les régions et les territoires. En Bretagne, le taux de vacance statutaire pour les PH temps plein s'élève à 25,5%, soit une augmentation de 1,2 point entre 2018 et 2019

Enfin, la taille des établissements est un facteur supplémentaire. Les hôpitaux de petite taille sont depuis longtemps fortement touchés par des difficultés à recruter. Cependant, l'on observe aujourd'hui que des hôpitaux de taille plus importante sont également touchés. Une enquête réalisée par le CNG en 2017 montre notamment qu'un tiers des postes étaient provisoirement occupés par des praticiens contractuels.

L'analyse des entrées et des sorties montre que pour la psychiatrie le solde net des emplois (entrées-sorties) est positif pour les PH temps plein, assurant ainsi le renouvellement régulier du corps des PH. Toutefois, l'examen des motifs de sortie révèle que la démission constitue le deuxième motif après la mise à la retraite.

Les difficultés à recruter se rencontrent également dans les difficultés de certains établissements à « attirer » les internes. En effet, ils constituent pour les établissements un « vivier » de recrutement non négligeable. Or, la psychiatrie ne figure pas parmi les spécialités les plus choisies par les internes. Également, la règle de non-péréquation du nombre de stages pour les internes et l'organisation générale des ouvertures de stages, font que les internes ont un certain choix dans leur affectation. En dehors des CHU et établissements coordonnateurs, comme le CHGR pour la spécialité de psychiatrie, de nombreux établissements n'ont pas le nombre d'internes souhaité. La réputation et les retours des stages des internes précédents jouent un rôle important. L'encadrement et l'accueil des internes est donc un élément à ne pas négliger.

Si les difficultés dans le recrutement et la fidélisation des médecins est un sujet qui touche la grande majorité des établissements publics de santé, l'exemple de la psychiatrie en Bretagne montre des disparités réelles. En effet, le CHGR connaît certaines difficultés à pourvoir des postes médicaux malgré sa situation géographique, la taille de l'établissement et les projets qui peuvent y être développés (recherche, établissement de recours ...). D'autres établissements de taille plus modeste ne rencontrent pas ces difficultés.

Cependant, sans les minimiser, les difficultés du CHGR sont également à relativiser car l'établissement présente globalement un faible taux de vacances comparé aux données nationales en psychiatrie.

Les données d'effectifs issues du bilan social 2019 du CHGR¹⁶ montre des effectifs médicaux en légère baisse (- 1,58%) tous statuts confondus entre 2018 et 2019. Cependant, il faut noter que le nombre de PH à temps plein augmente (+ 4,83 %) et la baisse est essentiellement liée la catégorie des praticiens contractuels (- 25,6 %). On constate, en effet, une baisse de 4,30 ETP de praticiens contractuels et une augmentation de 3,62 ETP de PH temps plein. Ces données indiquent que l'établissement est en mesure de titulariser les médecins sous contrat. Les effectifs de PH à temps plein n'ont jamais été si importants qu'en 2019.

L'âge moyen au CHGR est stable et se situe autour de 45 ans, avec là encore une baisse de l'âge moyen des PH à temps plein.

Même si des difficultés persistent, ces indicateurs sont favorables et sont le signe d'une attractivité des postes médicaux au CHGR.

Au CHGR, l'étude des postes vacants montre qu'il s'agit de postes que l'on peut qualifier de plus « classiques » comme par exemple, des postes de services d'admission. Les entretiens et échanges avec de jeunes professionnels montrent en effet que ces postes attirent moins les nouvelles générations. Ceux-ci semblent plus attirer vers des postes plus transversaux, parfois avec des possibilités de développer de la recherche clinique. Au CHGR, de tels postes sont le plus souvent créés à la suite de réponses à des appels à projet (développement de la réhabilitation psychosociale, prise en charge en addictologie par exemple).

Une des particularités du CHGR est que les postes vacants ne concernent pas la pédopsychiatrie qui est pourtant une des spécialités où le manque de praticiens au niveau national est important.

Les chefs de pôle et la direction de l'établissement ont la volonté, par des mesures concrètes en termes d'attractivité médicale, d'anticiper les situations à risque, comme rencontrés dans certains services.

¹⁶ Bilan Social, Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 2019.

Les conséquences de ces difficultés sur l'organisation des soins, les conditions de travail et la qualité de vie au travail des professionnels sont réelles. La charge financière générée est également importante pour les établissements.

1.2.2 Des conséquences importantes et plurielles pour le CHGR comme pour la plupart des établissements publics de santé

Les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel médical peuvent engendrer des conséquences en termes de continuité des soins, de sécurité des prises en charge, pouvant aller parfois jusqu'à une remise en cause de la pérennité de certaines activités. La qualité de vie au travail des professionnels médicaux mais aussi paramédicaux est elle aussi impactée. Enfin, le poids financier des mesures pour y palier représente généralement une charge importante pour les établissements.

Au regard de l'ensemble de ces enjeux, la gestion des personnels médicaux dans les établissements publics de santé n'est plus seulement statutaire, elle revêt désormais un fort enjeu stratégique.

Tout d'abord, le maintien d'un service public hospitalier de qualité en réponse aux besoins des patients nécessite pour les établissements d'avoir des équipes médicales de taille adaptée et stabilisées dans le temps. Le manque structurel de PH dans certains services peut engendrer des difficultés de prise en charge des patients avec un risque de détérioration de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins des patients.

Au CHGR, depuis deux années, une baisse capacitaire est appliquée durant les périodes de vacances scolaires du fait de postes médicaux vacants. Ces fermetures peuvent entraîner une tension sur les lits disponibles mais n'ont pas mis en péril la continuité des prises en charge.

Cependant, les conséquences dans certains établissements peuvent être plus importantes avec des impacts sur la pérennité des activités, pouvant aller jusqu'à la fermeture d'une activité de soins.

Le recours à des médecins intérimaires peut parfois poser des problèmes de qualité des soins. En effet, ces professionnels ne sont pas toujours au fait des procédures et des protocoles des établissements. Ils n'ont en effet pas d'obligations de formations et ne sont pas soumis à évaluation.

Ensuite, la vacance de postes médicaux peut avoir des conséquences en termes de qualité de vie au travail, voire de souffrance au travail. Ce qui est susceptible de générer dans une unité une charge de travail supplémentaire pour les médecins présents. Cette réalité m'a notamment été décrite lors des entretiens menés au CHGR. Cette situation ne favorise pas

par conséquent le recrutement de médecins sur de telles unités, pouvant même accélérer des départs supplémentaires.

Le recours à des médecins intérimaires ou encore des médecins Faisant Fonctions d'Internes (FFI) ne peuvent être que des solutions palliatives. En effet, leur efficacité est loin d'être satisfaisante. Pour l'intérim médical, la réalité montre que cette ressource est, difficile à trouver, mais également difficile à fiabiliser. Il n'est pas rare, du moins au CHGR, d'avoir des annulations de missions tardivement. Les FFI quant à eux ne peuvent pas réaliser certaines missions comme les gardes et la signature des certificats médicaux de soins sans consentement. Cette charge est alors reportée sur les autres praticiens.

L'augmentation de la charge de travail des praticiens ou la dégradation de leurs conditions de travail amènent certains médecins à rejoindre des établissements privés de santé ou à s'installer en activité de ville. L'attachement au service public que j'ai ressenti comme très fort chez la grande majorité des praticiens rencontrés semble parfois aujourd'hui mise à mal face à l'évolution des conditions de travail ou le ressentit d'une dégradation de celles-ci.

Enfin, l'impact financier direct est très important pour les établissements de santé puisque, pour y répondre, ils ont recours à différentes actions : l'intérim médical, propositions de postes de cliniciens, des médecins contractuels, l'allocation de primes spécifiques. La négociation salariale, même si les marges de manœuvre restent faibles du fait de l'encadrement réglementaire des statuts, est devenue courante pour les directions des affaires médicales.

Le recours à l'intérim médical, malgré un encadrement réglementaire des rémunérations, s'est fortement développé et représente un poids financier important pour les établissements.

Olivier Véran, à l'époque député, avait dans son rapport de décembre 2013 « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte » dénoncé les dérives de l'intérim médical, avec des recours au-delà des motifs initialement prévus. Cette mission parlementaire a notamment apporté une évaluation de ce que représente financièrement l'intérim médical pour les établissements. Selon Olivier Véran, « 6 000 médecins seraient concernés et le surcoût pour les hôpitaux s'élèverait à 500 millions d'euros par an » en prenant en compte le nombre total de médecins occupant, par des missions temporaires, des postes vacants et le coût journalier d'une mission¹⁷.

En 2003, une mission de l'IGAS¹⁸ rapportait qu'aucun contrat d'intérim n'avait été conclu, du moins officiellement mais alertait sur le risque de développement de cette pratique.

¹⁷ VERAN O., Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

¹⁸ COSTARGENT G. et LE COZ G., Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires, Rapport IGAS, 2003.

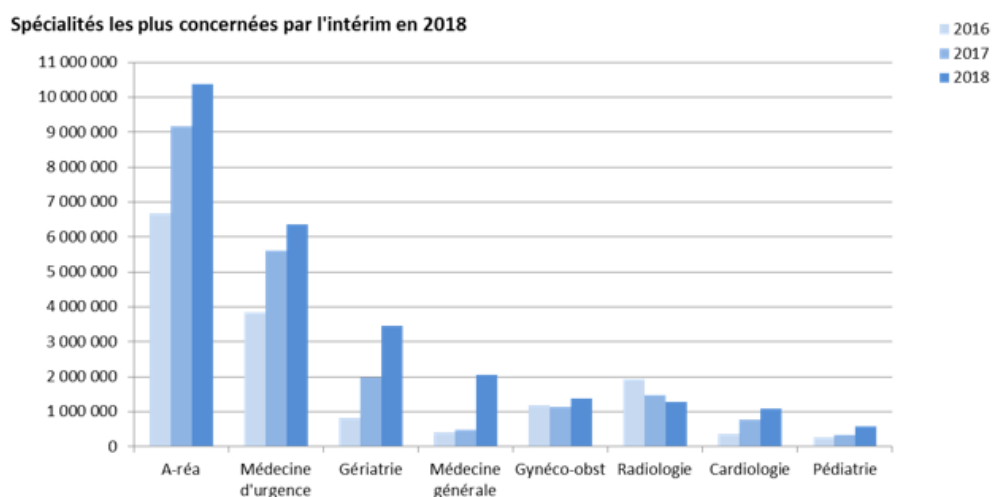
En dix ans, peu d'alerte ont eu lieu et le développement de ce phénomène a été considérable, en corrélation avec l'augmentation des difficultés des établissements à recruter sur des postes de praticiens hospitaliers.

Désormais, cette pratique est très répandue. De plus en plus d'hôpitaux y font appel en réponse à un problème structurel et non pas seulement pour palier un manque de praticien de manière conjoncturelle. L'intérim médical permet, le plus souvent en dernier recours, aux établissements de proposer des rémunérations supérieures à celles prévues et limitées par les statuts. Cette pratique répond notamment au fait que pour les praticiens contractuels le plafond de rémunération prévoit une rémunération limitée au 4e échelon de la grille des praticiens hospitaliers temps plein augmenté de 10%.

Au niveau national, les hôpitaux ont déclaré en 2012, 76 millions d'euros au titre des charges d'intérim médical, ce qui représente une hausse de 50% en trois ans¹⁹.

En Bretagne, en 2018, le recours à l'intérim représentait, un coût total de plus de 29 millions d'euros (pour dix-neuf établissements publics), soit une augmentation de près de 26% par rapport à 2017²⁰. Ces données de l'ARS Bretagne montre que cette augmentation est essentiellement due à une forte progression en anesthésie-réanimation et en médecine d'urgence mais également en gériatrie et en médecine générale, comme le montre le schéma ci-dessous.

Spécialités les plus concernées par l'intérim médical en 2018



Une journée d'intérim médical coûte en moyenne 1 370 euros soit plus du triple du coût normal d'une journée de travail pour un PH.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Données ARS Bretagne en Commission Régionale Paritaire du 17 septembre 2019. Ces données ont issues d'une enquête régionale et repose sur la base d'éléments déclaratifs des établissements de santé. Il s'agit en l'occurrence de la charge brute, non atténuée de la charge que l'établissement aurait à supporter si les postes avaient été pourvus.

Pourtant, au niveau national, un décret et un arrêté pris en application de l'article 136 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé sont venu encadrer cette modalité²¹. Ces deux textes sont entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Le décret vient sécuriser les conditions de mise à disposition des praticiens par les agences de travail temporaire. Elles doivent fournir aux établissements publics de santé, au plus tard lors de la signature du contrat de mise à disposition, plusieurs attestations permettant de s'assurer que le praticien est régulièrement autorisé à exercer, qu'il possède les qualifications et les expériences nécessaires pour le poste, qu'il est physiquement et mentalement apte à exercer son métier, qu'il n'est pas déjà employé dans un établissement sous un statut médical hospitalier, et qu'il a bénéficié des repos suffisants entre deux contrats de mise à disposition.

Le texte fixe le prix plafond d'une mission d'intérim médical qui comprend le salaire brut pour une journée de travail effectif ainsi que l'indemnisation des congés payés, des jours de réduction du temps de travail (RTT) et l'indemnité de fin de mission. L'arrêté a fixé à 1 170,04 euros bruts le plafond de vingt-quatre heures de travail effectif. Cependant, est prévue une dégressivité dans l'application de cette mesure avec une majoration dégressive sur deux ans du montant du plafond journalier : 20% pour l'année 2018, soit 1 404,05 euros bruts pour vingt-quatre heures et 10% pour l'année 2019, soit 1 287,05 euros bruts. Le plafond de 1 170,04 euros bruts fixé par l'arrêté a pris effet officiellement en 2020.

En Bretagne, afin de pallier les situations de concurrence entre établissements, les hôpitaux ont mis en place un marché d'intérim médical respectant les dispositions nationales. Pourtant, force est de constater que ces dispositions ne sont pas, par nécessité, totalement appliquées par les établissements. Les difficultés à recruter mettent en effet les médecins intérimaires en position de choix vis-à-vis des établissements. Ne pas respecter les dispositions financières du marché n'est pas une volonté de la part des établissements mais une nécessité pour pourvoir les postes vacants. Le développement de médecins « mercenaires » révèle les difficultés à encadrer le recours à l'intérim médical. En Bretagne, les établissements, avec l'appui de la FHF Bretagne, réfléchissent à la mise en place d'une bourse à l'emploi. Ce dispositif, déjà développé dans d'autres régions comme le GHT 44, serait une étape intermédiaire avant de recourir à l'intérim médical pour rechercher un remplacement médical.

²¹ Décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé et Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

Créés par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009²², les postes de cliniciens sont également une des mesures mises en œuvre par les établissements pour attirer les professionnels médicaux, notamment sur les spécialités à forte tension. Toutefois, ce recours reste encadré et compensé financièrement par les ARS.

Enfin, les établissements sont amenés, pour recruter de nouveaux médecins, à « optimiser » les possibilités de rémunérations (temps de travail additionnels, primes ...).

Au CHGR, l'intérim médical reste une pratique récente et limitée. Toutefois, l'évolution des dépenses de personnel médical est forte alors même que les effectifs stagnent. Cela s'explique principalement par une augmentation des rémunérations, tous statuts confondus des personnels médicaux, à la suite des mesures d'attractivité (prime d'exercice territorial, prime d'engagement dans la carrière hospitalière), par le versement d'indemnités de temps de travail additionnel mais également de l'intérim médical.

En effet, le Bilan social 2019 indique que les dépenses en intérim médical ont augmenté de plus de 466 000€, soit une augmentation de 92% par rapport à 2018. Au CHGR, le recours à l'intérim médical ne concerne que la psychiatrie adulte, et plus ponctuellement la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

En 2019, le coût moyen d'un ETP médical au CHGR est de 115K€. Celui d'un médecin intérimaire est de 351K€. 692 journées d'intérim médical ont été réalisées en 2019, soit l'équivalent de 2,77 ETP médical.

C'est pourquoi, face à ses difficultés dans le recrutement des personnels médicaux, la question de l'attractivité d'un établissement est majeure. Les plans d'attractivité mis en place par les différents gouvernements puis déclinés dans les établissements ont apporté des améliorations notables mais qui s'avèrent insuffisantes (2).

²² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2 Face aux difficultés, des plans d'attractivité médicale sont instaurés au niveau national et au sein des établissements de santé

Les difficultés d'attractivité du personnel médical ont des causes multifactorielles. J'ai tenté dans ce mémoire d'en identifier certaines et d'en comprendre les mécanismes à partir de l'exemple du CHGR.

Il me semble ainsi, à la lecture des entretiens que j'ai menés, que la dynamique interne et l'image de l'établissement influent considérablement sur l'attractivité et la fidélisation du personnel médical. Mais, la démographie médicale ainsi que des éléments intrinsèques au statut de praticien hospitalier et aux règles de gouvernance de l'hôpital sont également à interroger (2.1).

Pour tenter de rendre l'hôpital plus attractif, des plans nationaux et des mesures internes aux établissements de santé sont instaurés (2.2).

2.1 Les mesures d'attractivité visent à la fois à influencer sur des facteurs externes et sur des problématiques internes aux établissements de santé

2.1.1 Le déclin de la démographie médicale conjuguée à un manque d'attractivité du statut de praticien hospitalier ne favorise pas le recrutement de médecins à l'hôpital public

Au 1er janvier 2019, le CNG, dans son rapport d'activité²³, dénombre 44 470 PH en exercice, contre 44 534 PH au 1er janvier 2018, soit une baisse de 0,1 %.

Selon le CNG, l'effectif des PH temps plein est en légère progression, passant de 39 965 au 1er janvier 2018 à 40 048 au 1er janvier 2019, soit une augmentation de 0,2 %.

L'effectif des PH temps partiel diminue depuis dix ans avec une diminution importante en 2019 (4 569 en 2018 contre 4 422 en 2019).

Il faut noter que l'effectif des PH a cependant augmenté entre 2009 et 2019 de 12,2%. Mais cette augmentation, comme précisé dans le rapport du CNG, ne se traduit pas pour autant par une évolution équivalente du temps médical à l'hôpital puisque l'augmentation résulte d'une part, de la création nette d'emplois de praticiens liée notamment à la mise en place de l'aménagement et réduction du temps de travail (ARTT) et de la transformation d'emplois de PH à temps partiel ou d'emplois de praticiens contractuels en emplois de PH à temps plein.

²³ Rapport d'activité 2018 Tome 1, Centre National de Gestion.

En ce qui concerne les praticiens à temps partiel, on observe une baisse progressive avec une diminution des effectifs de 20,7 % sur dix ans.

L'Atlas de la Santé Mentale en France de mai 2020 produit par l'IRDES²⁴ présente un état de la démographie en psychiatrie. Pour les psychiatres libéraux, ce rapport montre que leur nombre total a augmenté depuis les années 1980 de plus 15 000 praticiens en 2017 contre 8 418 professionnels en 1984. En ce qui concerne plus particulièrement les pédopsychiatres, la situation est critique. La densité nationale est de 6,7 médecins pour 100 000 enfants et adolescents. Plusieurs départements sont, de plus, dépourvus de toute offre de pédopsychiatres libéraux.

De manière globale, les projections démographiques réalisées par le ministère en charge de la santé prévoient une légère baisse du nombre de psychiatres de 2016 à 2021 avec ensuite une hausse jusqu'en 2040. Cette projection suit celles de la plupart des autres spécialités médicales.

Les données présentées par le CNG montrent que les psychiatres représentent 11,9% des effectifs rémunérés de PH temps plein et 12,5% pour les PH temps partiel²⁵.

La répartition de ces effectifs par tranches d'âge et par sexes montre une progression continue de la part des femmes puis une stabilité en 2018. Les femmes représentent ainsi 51,9% des effectifs de PH temps plein.

La moyenne d'âge des PH temps plein est de 49,1 ans. Chez les femmes, la moyenne d'âge est inférieure de 3,8 ans à celui des hommes. Le rajeunissement de ces effectifs est une tendance qui se confirme puisque la part des moins de 40 ans augmente (21,2 % en 2019, contre 20,9 % en 2018, soit +0,3 point).

Tranches d'âges	PH temps plein				PH temps partiel			
	Femme	Homme	Ensemble	Sex-ratio	Femme	Homme	Ensemble	Sex-ratio
25-29 ans	3	1	4	0,3			0	-
30-34 ans	1 590	741	2 331	0,5	74	40	114	0,5
35-39 ans	3 814	2 334	6 148	0,6	292	124	416	0,4
40-44 ans	3 450	2 338	5 788	0,7	348	196	544	0,6
45-49 ans	3 259	2 464	5 723	0,8	331	253	584	0,8
50-54 ans	3 150	3 059	6 209	1,0	373	356	729	1,0
55-59 ans	3 026	3 928	6 954	1,3	371	562	933	1,5
60-64 ans	2 116	3 438	5 554	1,6	294	623	917	2,1
65 ans ou +	371	966	1 337	2,6	45	140	185	3,1
Ensemble	20 779	19 269	40 048	0,9	2 128	2 294	4 422	1,1
%	51,9	48,1	100	-	48,1	51,9	100	-
Age moyen	47,3 ans	51,1 ans	49,1 ans	-	49,4 ans	54,3 ans	52,0 ans	-
Age médian	47,0 ans	53,0 ans	50,0 ans	-	50,0 ans	56,0 ans	54,0 ans	-

Rapport d'activité du Centre National de Gestion, 2018.

²⁴ Atlas de la santé mentale en France, IRDES, Mai 2020.

²⁵ Ibid.

Le CNG présente également ces données par spécialités.

Les psychiatres sont en moyenne âgés de 50 ans en 2019 contre 50,3 ans en 2018.

Pour la psychiatrie, la part des femmes est encore plus marquée avec une progression qui se poursuit entre 2018 et 2019 avec une augmentation de 1 point. Les femmes représentent alors 57,8% des effectifs.

Cette hausse en 2019 de la part des femmes confirme la féminisation des corps de PH.

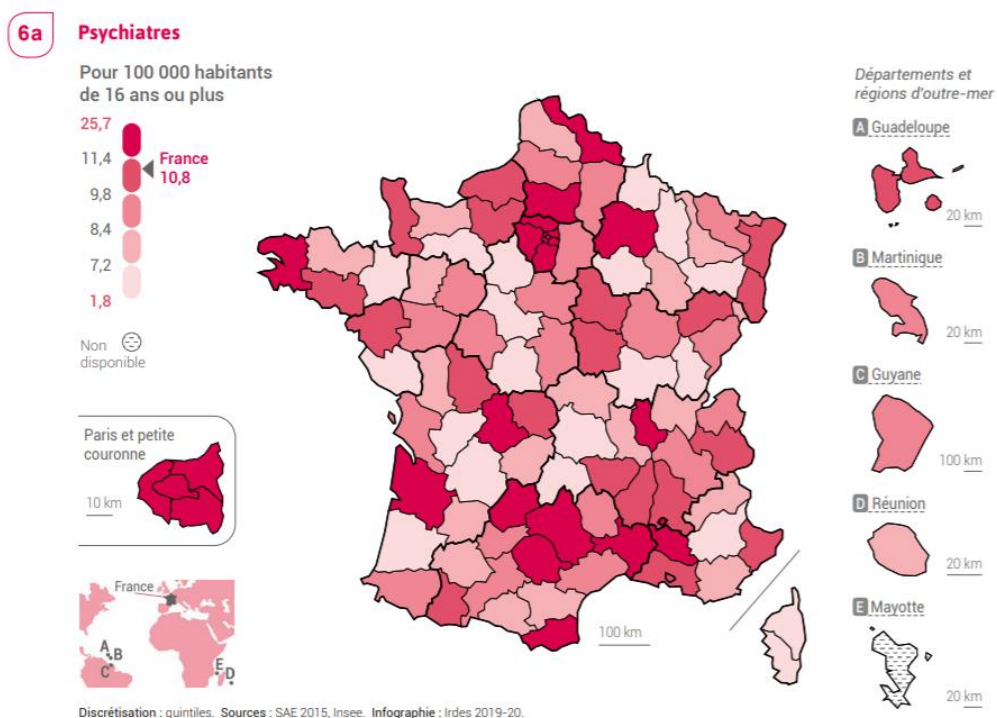
Toutefois, elle s'accompagne d'une disparité entre les hommes et les femmes dans la répartition par échelon. En effet, selon le CNG, les femmes sont 19,3 % à être positionnées au 13ème échelon contre 31,1 % pour les hommes. Cette disparité s'explique par une féminisation qui s'effectue essentiellement aux âges les plus jeunes.

Cette tendance à un rajeunissement des effectifs médicaux dans les établissements de santé en général et dans les établissements autorisés en psychiatrie en particulier, s'oppose à la tendance inverse pour les psychiatres libéraux. En effet, les données de l'Atlas de la Santé Mentale en France de Mai 2020 présente une pyramide des âges de ces professionnels défavorables. En moyenne, 66 % des psychiatres libéraux sont âgés de plus de 55 ans et, dans plus de la moitié des départements, ce taux est supérieur à 50 %. Cet état va générer une diminution des effectifs de psychiatres libéraux dans les prochaines années.

Du point de vue de la densité médicale générale par habitant, le CNG comptabilise 66,7 PH pour 100 000 habitants au 1er janvier 2019, contre 67 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2018, soit une diminution de 0,3. La Bretagne fait partie des régions où la densité est plus élevée que la moyenne nationale avec 71 praticiens hospitaliers pour 100 000 habitants.

En psychiatrie générale, la densité de psychiatres varie de manière importante selon les territoires. Elle va de moins de 5 praticiens pour 100 000 habitants (Saône-et-Loire, Jura, Dordogne) à plus de 15 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris, Val-de-Marne, Rhône ou Haute-Vienne.

En Bretagne, la densité de psychiatres varie également selon les départements avec une densité plus importante dans le Finistère et le Morbihan et moindre en Ille-et-Vilaine et dans les Côtes-d'Armor. Ces données correspondent d'ailleurs aux situations en termes de vacances de postes dans les EPSM. En effet, dans des établissements du Morbihan et du Finistère, des échanges avec les directions de ces établissements ont montré qu'ils rencontrent peu de difficultés en la matière, alors que des établissements des deux autres départements bretons y sont confrontés.



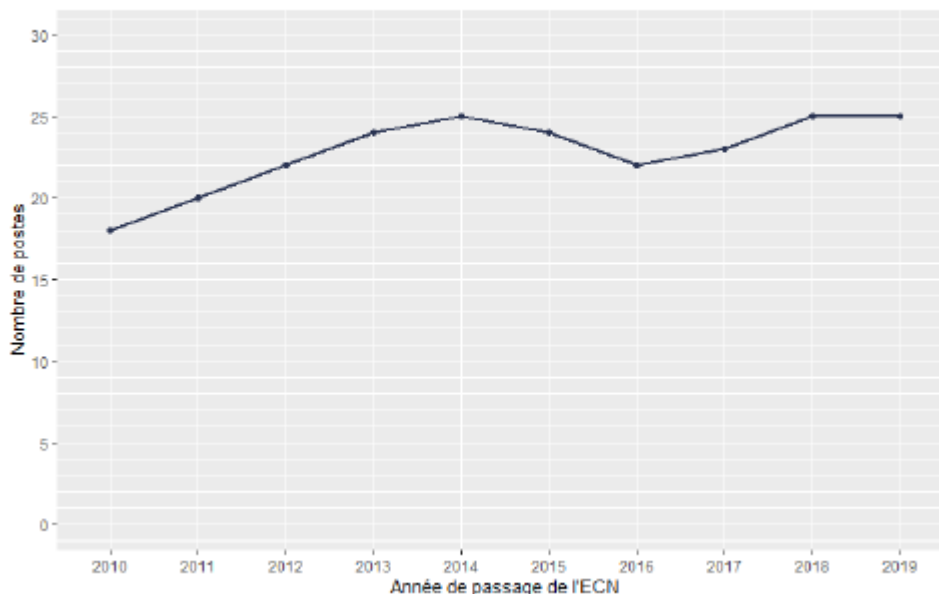
Au sein des études de médecine, la répartition des étudiants est également un élément important. La psychiatrie fait partie des spécialités « préservées » au niveau national et régional quant au nombre de postes ouverts aux Épreuves Classantes Nationales (ECN). Toutefois, selon une étude de Marie Anguis en 2017²⁶, la psychiatrie figure parmi les spécialités qui peinent à attirer les étudiants lors des ECN. En effet, les données le corroborent. En Bretagne, en 2019, sur les vingt-cinq postes ouverts dans les deux subdivisions rennaise et brestoise, seulement dix-neuf ont été pourvus²⁷.

Le taux de renouvellement des psychiatres en Bretagne est alors de 70%, ce qui reste insuffisant pour répondre à la demande. Toutefois, cette donnée est à relativiser car si l'on prend en compte les flux d'internes « entrants » en Bretagne, ce taux s'élève à 87%. Ce taux semble correct et démontre que le problème d'attractivité de certains établissements psychiatriques en Bretagne ne semble pas lié à la démographie médicale. Le graphique ci-dessous montre une stabilité du nombre de postes ouverts aux ECN pour la psychiatrie en Bretagne.

²⁶ ANGUIS M., « En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », DREES avec la collaboration du Centre national de gestion, Études et Résultats, n°1006, mars 2017.

²⁷ Rapport DEMOPS-Formation de l'Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne, année universitaire 2019-2020.

Psychiatrie



En comparaison, les deux autres spécialités ayant des niveaux de postes ouverts comparables sont l'anesthésie-réanimation (22) et la médecine d'urgence (23).

Cette raréfaction des ressources médicales due à une politique de régulation durant les trente dernières années pose la question des politiques et mesures à mettre en œuvre pour maintenir un recrutement efficace des médecins à l'hôpital.

Ainsi, la démographie médicale actuelle ne facilite pas le recrutement de professionnels médicaux mais les difficultés semblent plutôt liées au déficit d'attractivité du statut et de l'exercice hospitalier.

Le statut de PH présente des avantages mais ne semblent plus adapté ou du moins attractif, pour les jeunes générations notamment.

D'une part, de nombreuses enquêtes, comme celle de la FHF en 2017²⁸, montrent que les attentes des professionnels des nouvelles générations ont évolué. Ils ne recherchent pas les mêmes avantages, ni la même sécurité que leurs prédécesseurs. Ils ne souhaitent pas non plus s'investir de la même manière dans l'institution. Si cela peut paraître caricatural, il n'en demeure pas moins que cela semble se confirmer. Ce constat suit d'ailleurs les évolutions de la société en général.

A titre d'exemple, l'enquête menée par la FHF²⁹ souligne que les principaux leviers d'attractivité pour les médecins sont le travail en équipe, les valeurs du service public et l'intérêt clinique. Alors que celles mises en avant par les étudiants en médecine sont essentiellement l'accès à des plateaux techniques et le travail en équipe.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

Le concours de PH a permis une certaine égalité d'accès en limitant la cooptation mais ce statut, selon les revendications portées par les syndicats de PH, ne s'est pas suffisamment adapté à l'évolution des métiers. Ainsi, même si certaines spécialités (métiers postés comme les urgentistes) ont obtenu le décompte du temps de travail afin de définir un ratio optimal du nombre de postes, la pénibilité ou l'expertise particulière d'un poste n'est pas suffisamment prise en considération. Les demandes portent notamment sur l'intégration dans les tableaux de service des activités non cliniques.

La rigidité du statut, notamment du point de vue de la rémunération, constitue aujourd'hui un frein à l'attractivité médicale à l'hôpital face à une concurrence privée accrue.

Également, l'empilement des différents statuts et des primes afférentes n'apporte pas la lisibilité souhaitée par de nombreux médecins.

A titre d'illustration, les internes et jeunes praticiens rencontrés lors de mes entretiens font part d'une connaissance relative de ces différents statuts.

Cependant, si la démographie médicale et la rigidité statutaire constituent un élément à prendre en considération, il apparaît, notamment dans les entretiens menés, que la dynamique interne de l'établissement est un déterminant dans le choix de postes des praticiens.

2.1.2 La dynamique interne de l'établissement, élément important dans l'attractivité des praticiens hospitaliers

Les revendications, grèves et manifestations des soignants comme des médecins ont montré ces dernières années que l'hôpital public fait face à un déficit d'attractivité. Les établissements s'interrogent alors sur leur stratégie de recrutement et de fidélisation médicale.

Au-delà des causes propres aux statuts de PH ou de démographie médicale vu précédemment, il est important pour pouvoir construire une politique d'attractivité de s'interroger sur les marges de manœuvre internes aux établissements.

Ces facteurs internes semblent multiples et potentiellement différents selon les établissements. Toutefois, trois peuvent être à mon sens mis en avant et semblent correspondre assez bien à la situation que j'ai rencontré au CHGR.

Tout d'abord, parmi les facteurs associés à l'attractivité des établissements de santé figure celui de la qualité du lien relationnel entre la direction et la communauté médicale. Or il apparaît que ce lien est mis à mal et se distend.

De nombreux rapports et commentaires font état de la distorsion de ce lien. Le sentiment de ne pas être écouté, que les intérêts divergent entre les catégories de professionnels à l'hôpital est un sentiment assez récurrent.

Certains médecins interrogés font en effet ressentir le souhait d'une plus grande proximité, de partages et de rencontres plus fréquents entre les différentes catégories professionnelles de l'établissement. A titre d'exemple, certaines instances souffrent d'un manque de participation. La CME a des difficultés à atteindre le quorum et le Directoire mobilise moins les praticiens qui en font partie. Cette participation moindre semble toutefois le plus souvent liée à un manque de temps et moins à un manque de considération pour celles-ci.

Les praticiens interrogés font part de leur attachement aux valeurs du service public et à leur établissement. Ce ressenti s'est notamment confirmé lors de la crise sanitaire qui a permis un rapprochement des différents professionnels avec un but commun bien identifié et des décisions concertées et partagées. Le manque de connaissance des différents métiers qui composent l'hôpital mais surtout des contraintes et des attendus de chacun est semble-t-il une des causes de la distanciation qui a pu se créer. La gestion de la crise sanitaire a montré que les intérêts sont convergents, que la co-construction est un moyen efficace et que les responsabilités sont partagées. L'objectif est alors de maintenir cette dynamique, de la renforcer et de la faire perdurer.

Au CHGR, les travaux pour l'élaboration du futur projet d'établissement 2020-2024 vont débuter en septembre 2020 et sont à mon sens une occasion d'aller dans ce sens. La participation du corps médical est assez importante. Ce temps d'élaboration permettra de créer un projet commun et partagé. Un séminaire sur les valeurs de la psychiatrie avait été organisé en décembre 2019 en préambule de ces travaux, La participation a été importante et la dynamique, très positive. L'élaboration du projet d'établissement entend s'inscrire et poursuivre cette voie.

Ensuite, la qualité de vie au travail est un élément important comme le démontre l'étude réalisée par la FHF et le cabinet Arthur Hunt en 2017³⁰. Cette enquête avait pour objectif d'identifier les besoins et les attentes des médecins hospitaliers et des étudiants en médecine en matière de management et de gestion des ressources humaines médicales. Cette étude a fortement mobilisé puisque plus de 5 600 participants y ont répondu. Les résultats montrent qu'une majorité de praticiens estime que les priorités du service font sens, qu'ils se sentent soutenus dans leur exercice professionnel et en capacité d'agir, mais seuls 26% se disent satisfaits de l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. À l'hôpital, les conditions de travail, de manière générale, sont souvent jugées comme trop contraignantes. Les nouvelles générations notamment souhaitent des conditions de travail équilibrées avec la possibilité de concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

³⁰ Cf. Annexe 5 Dossier de presse de l'enquête FHF- Arthur Hunt, réalisée du 15 mai 2017 au 27 juin 2017 relative à l'attractivité médicale.

Le « sacerdoce » de l'exercice hospitalier semble aujourd'hui révolu et la sécurité de l'emploi ne semble plus être un facteur aussi décisif.

Pour les établissements, il s'agit de s'adapter et d'accompagner ces nouvelles demandes. Les hôpitaux ont la possibilité de se démarquer sur ce point et de favoriser ainsi l'attractivité médicale. La plupart des établissements commencent à appréhender ces nouvelles demandes en permettant par exemple aux médecins d'accéder à des places en crèches, de les accompagner dans la recherche d'un logement et parfois même en accompagnant la recherche de postes du conjoint. Le CHGR s'est récemment démarqué en proposant aux personnels médicaux l'accès à des œuvres sociales, Plurélya. L'établissement propose également des places en crèches, élément fortement apprécié par certains praticiens interviewés.

Les parcours professionnels des praticiens sont longs et souvent au sein d'un même établissement. Les praticiens souhaitent plus de diversité et d'évolution dans leurs parcours et modes d'exercice, comme le relevait l'enquête commanditée par la FHF en 2017. Il s'agit par exemple de permettre plus de flexibilité et d'évolution avec la possibilité d'un mode de travail à temps partiel, un accompagnement individualisé dans les choix et évolutions professionnels, permettre, par des moyens adaptés, aux praticiens de s'investir dans des projets institutionnels ou en dehors même de l'institution.

Les médecins revendiquent également des conditions d'exercice plus équilibrées. Les établissements de santé peuvent connaître des difficultés à recruter du fait des obligations légales qui pèsent en grande partie sur les établissements publics (gardes, obligations médico-légales ...) et plus particulièrement sur certaines spécialités qui ont par exemple une forte pénibilité liée aux obligations de la permanence des soins. Il s'agit notamment des spécialités urgences, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique.

De manière plus spécifique, les EPSM, à la différence des établissements privés à but lucratif et non lucratif, prennent en charge les patients ayant les pathologies les plus complexes. Ils sont par exemple les seuls autorisés à accueillir les patients pour des soins sans consentement. Les obligations médico-légales liées par exemple aux contrôles des mises en chambres de soins intensifs représentent des contraintes réelles dont m'ont fait part de nombreux praticiens.

Également, la difficulté à recruter sur certains postes entraîne de fait une augmentation de la charge de travail des PH en poste et la dégradation de leur qualité de vie au travail. Certains entretiens menés ont mis en lumière ce schéma. En effet, le départ de praticiens ou la difficulté à recruter peut engendrer une charge supplémentaire de travail pour les praticiens en poste, ce qui en retour ne favorise pas le recrutement sur ces postes.

Enfin, le dernier facteur qui me semble décisif dans l'attractivité d'un établissement est celui de la communication de l'établissement sur ces projets, ses activités mais également sur la

gestion institutionnelle des carrières des praticiens. Cet aspect est également applicable au niveau du pôle voire davantage au niveau du service. Les établissements publics de santé sont mis en concurrence entre-eux mais également par rapport à d'autres modes d'exercice professionnels. Par conséquent, les mesures mises en œuvre sont primordiales ainsi que la communication de celles-ci. Cela me paraît d'autant plus important que le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication et notamment les réseaux sociaux sont largement utilisés pour rechercher des informations sur tel ou tel établissement. Le choix des praticiens à exercer dans un lieu ne semble pas déroger à ce principe, même si la communication directe entre praticiens est un élément essentiel. Les meilleurs recruteurs pour des médecins sont semble-t-il leurs pairs, c'est-à-dire les médecins de l'établissement. Il ne faut donc pas négliger, l'image de l'établissement. Le CHGR a investi récemment les réseaux sociaux et mène une politique de communication active. Des projets comme la refonte du site internet sont également prévus et permettront de communiquer encore davantage sur les nombreux projets et actions portés par l'établissement.

Face à ces problématiques, les gouvernements successifs ont tenté d'agir sur les principaux facteurs et les établissements ont déployés des stratégies d'attractivité (2.2).

2.2 Des mesures d'attractivité nécessaires sur le plan national et internes aux établissements de santé

2.2.1 De nombreux plans et mesures nationaux ont tenté de répondre au déficit d'attractivité de l'hôpital public

Des réformes successives ont eu lieu dans le champ hospitalier depuis une décennie. La gestion des ressources médicales a été réformée à chaque fois. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », la loi de modernisation de notre système de santé puis la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ont toutes affiché l'objectif de rendre l'hôpital public plus attractif pour les personnels médicaux. Cependant, les mesures prises ont créé un empilement complexe de dispositifs, mais sans résoudre les difficultés de recrutement du personnel médical. Le Ségur de la Santé fera-t-il exception à la règle avec la réforme du statut de praticien hospitalier. Il n'a en effet pas vocation à être une réforme de plus mais souhaite créer un véritable « choc d'attractivité ».

De nouveaux dispositifs ont tout d'abord été créés sans apporter de modifications aux statuts existants.

La loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST » a institué le contrat de clinicien hospitalier, pour des emplois « présentant une difficulté particulière à être pourvus », qui s'ajoute aux différents dispositifs existants. Désormais, conformément à l'article L.6152-1 du code de la santé publique, les professionnels médicaux, non universitaires, des hôpitaux sont soit dans une position statutaire sur des postes de PH temps plein ou temps partiel, soit sur des statuts de praticiens contractuels, assistants des hôpitaux, praticiens attachés ou praticiens contractuels, soit lié par un contrat de clinicien hospitalier. Ce contrat permet ainsi aux établissements de proposer des postes spécifiques à des niveaux de rémunérations plus élevés. En effet, la marge de négociation apparaît relativement importante puisque la rémunération totale, constituée d'une part fixe et d'une part variable liée à la performance, est librement fixée sous réserve de ne pas dépasser le dernier échelon du corps de PH temps plein majoré de 65%. S'il s'agit d'un outil managériale et stratégique important, notamment pour permettre de pourvoir des postes à fort impact, les établissements de santé en font le plus souvent une utilisation raisonnée. Ce contrat, outre l'impact financier, est le plus souvent limité à certaines situations (anesthésistes par exemple) ou services afin de ne pas créer de différences notables de rémunération au sein d'un établissement ou d'un service. De plus, il s'agit d'un contrat « précaire » car il est limité dans le temps et ne bénéficie pas de la stabilité et de la protection offert par le statut de PH. En effet, un contrat de clinicien hospitalier peut être conclu pour une durée de six mois à trois ans, renouvelable une fois et est soumis à accord entre l'établissement de santé et le praticien. Ce dispositif a toutefois permis aux établissements une marge de manœuvre supplémentaire pour recruter des médecins et éviter parfois de recourir à l'intérim médical. La loi « HPST »³¹ a également créé le contrat d'engagement de service public (CESP). Ce dispositif est destiné à pallier les difficultés de recrutement de PH dans des zones géographiques en manque d'attractivité. Ce dispositif prévoit initialement la possibilité d'attribution d'une allocation mensuelle de 1 200 euros pour les étudiants en médecine à partir de la deuxième année des études médicales en échange d'un engagement à s'installer dans une zone sous-dense, c'est-à-dire une zone caractérisée par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins telles que définies par l'ARS. Le CESP a été réformée par l'article 8 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Le décret n° 2020-268 du 17 mars 2020 prévoit ainsi que ce dispositif ne sera plus conclu avec les étudiants du premier cycle des études médicales mais seulement avec des étudiants des deuxième et troisième cycles. Il est également désormais possible pour les praticiens à diplôme étranger hors Union Européenne (PADHUE) de signer un CESP. Pour rappel, ce dispositif a été créé initialement pour répondre aux difficultés d'installation de médecins généralistes dans des

³¹ Ibid.

zones sous-dense. Il a été élargi à quelques spécialités mais n'est pas, en l'occurrence, ouvert à la spécialité psychiatrique en Bretagne.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé³² a tenté également d'apporter certaines réponses avec, par exemple, la création de la pratique avancée, la rénovation de la formation continue des professionnels avec le développement professionnel continu (DPC) mais également par des mesures destinées à favoriser rapidement l'attractivité médicale comme la prolongation d'activité jusqu'à soixante-dix ans, le cumul emploi-retraite jusqu'à soixante-douze ans. Cette loi a créé également les groupements hospitaliers de territoire (GHT) puis un décret du 14 mars 2017³³ est venu préciser les dispositions relatives à l'activité partagée des PH et instaurer la prime d'exercice territorial (PET) destinée à favoriser le recours à ce mode d'exercice.

Marisol Touraine, en application du Plan d'Attractivité des carrières médicales hospitalières de 2015³⁴, qui reprend les principales propositions du rapport Le Menn³⁵, a également instauré la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH). Cette prime est destinée à favoriser le recrutement de médecins non hospitaliers et à les fidéliser en les inscrivant dans un parcours hospitalier. En effet, ce dispositif peut s'appliquer aux praticiens contractuels et aux assistants des hôpitaux. Ils s'engagent auprès d'un établissement public de santé, par la signature d'une convention d'engagement de carrière hospitalière, à exercer sur un poste dans une spécialité pour laquelle l'offre de soins est insuffisante dans l'établissement ou correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement. Le médecin s'engage à se présenter au concours national de praticien hospitalier et à effectuer trois ans de services effectifs en cas de réussite au concours dans l'établissement avec lequel il a signé la convention. Les spécialités concernées sont déterminées sur deux niveaux :

- Au niveau national, par une liste fixée pour trois ans par l'arrêté du 14 mars 2017 qui introduit le dispositif pour l'anesthésie-réanimation et la radiologie.
- Au niveau local, par une liste des postes fixée par le Directeur Général de l'ARS (DGARS) sur propositions des directions des établissements et après avis de la Commission régionale paritaire.

Le montant de la prime afférente n'est pas négligeable puisque qu'il s'élève à 10 000 euros pour un engagement dans une spécialité figurant sur la liste nationale, 20 000 euros pour un engagement dans une spécialité figurant sur la liste arrêtée localement par le DGARS

³² Ibid.

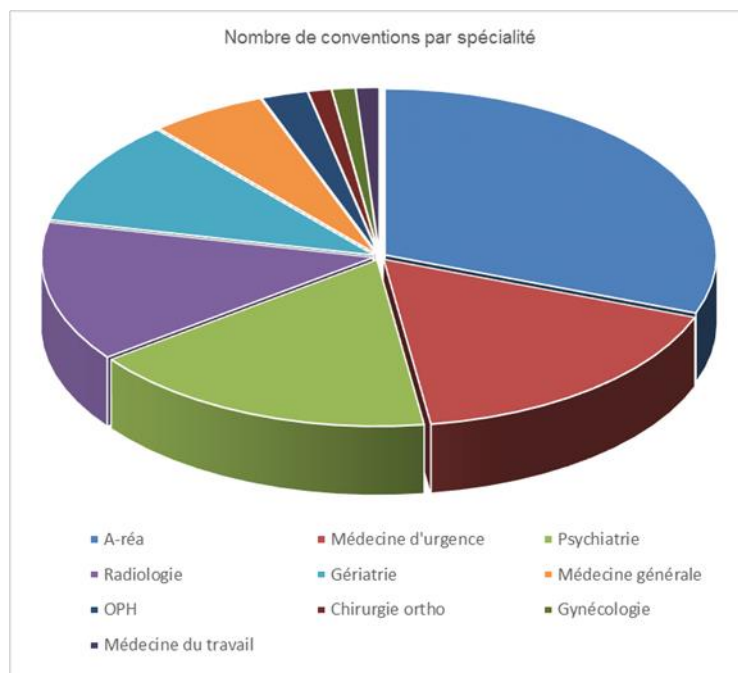
³³ Décret n°2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux.

³⁴ Attractivité de l'exercice médical – Plan d'action pour l'hôpital, novembre 2015.

³⁵ LE MENN J., CHALVIN P., L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, juin 2015.

ou 30 000 euros pour un praticien recruté dans une spécialité figurant sur les listes nationale et locale. L'appréciation des établissements sur le déploiement du dispositif est positive. Il permet une réelle fidélisation de praticiens et participerait à la consolidation des équipes médicales et à diminuer les dépenses d'intérim. L'ARS Bretagne, comptabilise, depuis octobre 2017, 88 conventions signées et 56 médecins ont été nommés PH par la suite. Les spécialités en tension qui ont le plus fait l'objet de signature de conventions sont l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence et la psychiatrie.

Pour la période allant de septembre 2017 à septembre 2018, une enveloppe de 250 000 euros y a été allouée.



Ces réformes ont tenté d'apporter des outils pour rendre l'hôpital public plus attractif. Ces dispositifs n'ont pas répondu à toutes les attentes des praticiens, notamment sur l'évolution des statuts, mais semblent constituer « une boîte à outils » pour les établissements. Cependant, la simplification de cet empilement administratif semble aujourd'hui souhaitable. Olivier Verran, dans son rapport parlementaire de 2013³⁶ soulignait d'ailleurs que « *la jungle des statuts rend le début de carrière peu lisible et peu attractif* » et proposait « *d'harmoniser les statuts de médecins non praticiens hospitaliers* » et de revaloriser le début de carrière du statut de PH pour le rendre davantage attractif.

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, issue de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) baptisée « Ma santé 2022 » présentée par le Président de la République en 2018, a dès le début des négociations, émis le souhait de répondre aux attentes des professionnels et de

³⁶ VERRAN O., rapport parlementaire « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte : Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », décembre 2013.

rendre l'hôpital public plus attractif. En effet, elle part du constat que le système de santé français n'est plus adapté et nécessite des réformes en profondeur.

Elle vise, en la matière, à créer un choc de simplification par la fusion des statuts de PH et la création d'un statut unique pour les titulaires et d'un statut de praticiens contractuels. Les objectifs affichés dans l'article 13 de la loi sont de «*faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières*» et de «*simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital*»³⁷. Actuellement, les PH recrutés à temps plein ne peuvent cumuler que quelques activités accessoires, à la différence des praticiens à temps partiels qui peuvent exercer une activité libérale en dehors de l'établissement. Les médecins souhaitent aujourd'hui davantage de diversité et de flexibilité dans leur pratique et notamment la possibilité de cumuler plus facilement des activités en établissement et en ville. Il est nécessaire de rendre les carrières hospitalières plus lisibles, notamment pour les jeunes générations, et qu'elles soient davantage compétitives par rapport à celles proposées par les structures privées. Les textes d'application sont aujourd'hui en attente.

Ensuite, la loi «*Ma Santé 2022* » prévoit de réformer les études médicales pour diversifier les parcours et avoir un impact sur la démographie médicale. Est en effet prévue la réforme du premier cycle des études médicales avec la suppression du numerus clausus et, plus significatif pour avoir un impact sur la démographie médicale, la modification des modalités de détermination des capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années. Ces capacités seront déterminées par les universités selon des objectifs pluriannuels d'admission au second cycle de ces formations fixés par les besoins de santé du territoire et arrêtés par les universités sur avis conforme des ARS. La création du statut de Docteur junior et la réforme du troisième cycle pourront également avoir un retour positif sur l'organisation des soins dans les établissements de santé. Toutefois, il faut attendre la mise en place effective de ces Docteurs juniors pour en connaître l'impact réel. Les enjeux de répartition des internes entre les établissements d'une même subdivision, voir au sein d'un établissement de santé, sont importants. L'accueil des internes représente en effet, une opportunité pour attirer de nouveaux médecins. En psychiatrie, la réforme du troisième cycle prévoit que les internes doivent faire trois stages en services hospitalo-universitaires, au lieu d'un seul auparavant. Cette modification peut générer un déséquilibre d'affectation entre les services universitaires et les autres services de l'établissement. A cela s'ajoute,

³⁷ Article 13, loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

une volonté de renforcer les stages chez les spécialistes de ville. Les services non universitaires étant moins bien dotés en internes, peuvent par ricochet avoir davantage de difficultés à « recruter » ces jeunes professionnels sans avoir pu, durant leur phase de formation, leur montrer l'intérêt de l'exercice de psychiatrie dans leurs services. Au CHGR, la majorité des internes sont en effet recrutés par l'établissement à l'issue de leur formation. Ensuite, la loi de 2019 introduit de nouvelles dispositions relatives aux PADHUE. Le décret d'application de l'article 70 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, en ce qui concerne les procédures d'autorisation d'exercice (PAE) a été publié au journal officiel le 3 juin 2020. Le texte prévoit que ces professionnels ne pourront plus être directement recrutés par les hôpitaux sur des statuts d'attachés associés ou d'assistants associés. Un « parcours de consolidation des compétences » est instauré. Pour le réaliser, les professionnels s'inscrivant dans la PAE feront l'objet d'une affectation ministérielle, selon leur rang de classement aux épreuves de vérification des connaissances (EVC). Cette évolution est une sécurisation importante du dispositif.

Le calendrier d'application de la loi « Ma Santé 2022 » prévoyait un cadencement des mesures sur quatre années avec une mise en œuvre complète d'ici 2022. Cependant, la crise sanitaire est venue perturber son application. Elle a mis sur le devant de la scène un certain nombre d'insuffisances du système de santé, malgré la reconnaissance de sa grande réactivité et de sa capacité à gérer les conséquences de cette épidémie. Les professionnels médicaux, en l'occurrence, ont exprimé leurs mécontentements et leur souhait d'une réforme rapide et profonde pour rendre l'hôpital public plus attractif. Emmanuel Macron, a, lui-même, reconnu lors d'un déplacement à la Pitié-Salpêtrière, en abordant les réformes en cours, que « *c'était une super stratégie mais à faire dix ans plus tôt* ». Les négociations et premiers accords du Ségur de la Santé ont vocation à répondre à ces attentes.

2.2.2 Les établissements publics de santé mettent en œuvre des plans d'attractivité internes

Les établissements publics de santé, afin de répondre aux difficultés de recrutement et de fidélisation de personnels médicaux, instaurent depuis plusieurs années des plans d'attractivité interne et une communication renforcée en la matière.

Les thèmes les plus souvent abordés dans les plans d'attractivité des établissements portent sur les atouts de l'activité de l'établissement (établissement de recours, valence universitaire, recherche, plateaux techniques ...) mais également sur les conditions d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, le management, les actions en termes d'amélioration des conditions de travail, la diversification des activités (postes partagés ...),

l'accompagnement professionnel. Les établissements n'hésitent plus à mettre en avant les avantages de leur situation géographique (ville attractive, bord de mer ...).

Il s'agit pour les établissements de se démarquer des autres hôpitaux et de concurrencer les établissements privés.

L'utilisation des réseaux sociaux pour promouvoir ces mesures en faveur de l'attractivité est devenue une nécessité notamment pour attirer de jeunes professionnels. La campagne « Adopte un PU-PH » mise en place par le CHU d'Angers en 2015 a ainsi permis au travers d'une série de quatre vidéos de promouvoir l'internat de médecine à Angers.

Pour donner de la lisibilité aux actions entreprises, la FHF a pour sa part créé le prix Attractivité. Celui-ci permet, chaque année, de récompenser lors du salon SANTEXPO, plusieurs établissements qui réalisent une démarche innovante ou particulièrement intéressante en termes d'attractivité des professionnels et de mettre en avant leurs actions. Les établissements primés lors de la troisième édition sont le Centre Hospitalier Intercommunal de Redon-Carentoir, le CHU de Tours et le CH de Morlaix.

Le CH de Redon-Carentoir a en effet mis en place une démarche globale d'attractivité médicale et d'amélioration des conditions de travail des médecins.

Le jury a également récompensé la démarche de conférences hospitalo-universitaires (HU) portée par le CHU de Tours en partenariat avec la FHF Centre Val de Loire, l'ARS et la Faculté de Médecine. Cette démarche a ainsi « permis aux équipes de mieux se connaître, de porter des projets à l'échelle régionale et d'accompagner la réforme du 3^{ème} cycle sur le territoire »³⁸. Il a enfin primé, « partant du principe que l'accueil en stage est une condition de l'attractivité des territoires »³⁹, le projet d'internat rural du CH de Morlaix qui vise à attirer des étudiants en stage dans des zones éloignées géographiquement des universités de médecine.

Quelques établissements ont souhaité également mettre en œuvre une stratégie de *marque-employeur*. Il s'agit de faire connaître les caractéristiques de l'établissement en termes de gestion des ressources humaines médicales en l'occurrence, par une communication adaptée et renforcée à destination à la fois des professionnels de l'établissement mais également des partenaires externes et potentiels futurs collaborateurs. La communication du CH de Redon-Carentoir pour développer une marque-employeur passe par des actions concrètes telles que la participation de professionnels à des compétitions sportives avec des maillots au nom de l'établissement, des campagnes de recrutement sur les réseaux sociaux et une communication digitale renforcée.

Le développement d'une marque-employeur passe notamment par la valorisation de l'établissement en améliorant son image et en communiquant sur les projets, les atouts de

³⁸ Communiqué de presse FHF, 22 mai 2019.

³⁹ Ibid.

l'hôpital. Elle permet également de renforcer le sentiment d'appartenance des professionnels à l'établissement et ainsi d'améliorer le vivre-ensemble.

Au CHGR, une sous-commission de la CME est chargée de l'amélioration de la qualité de vie au travail. Des actions concrètes ont été mises en place, comme, une procédure de compensation des temps médicaux vacants afin de limiter, autant que de possible, l'impact sur les médecins des postes médicaux vacants, la possibilité de bénéficier de places de crèche, la mise en place d'un prestataire d'œuvres sociales à destination des médecins.

Le président de cette sous-commission pense, ainsi, qu'une politique d'amélioration de la QVT passe dans un premier temps par des actions très concrètes qui assure la visibilité d'un changement de paradigme.

Des actions en termes de rémunération sont également mises en œuvre par les établissements pour attirer de nouveaux médecins. Il s'agit le plus souvent d'octroyer des primes selon les situations, de permettre l'accès à du temps de travail additionnel ou encore permettre l'exercice d'une activité libérale. Les contrats de cliniciens, comme abordé précédemment, sont également une mesure d'attractivité utilisée pour certaines spécialités.

L'ensemble de ces mesures n'a semble-t-il pas eu les effets escomptés puisque les problématiques du manque d'attractivité de l'hôpital public n'ont pas cessé. Le recrutement de médecins, notamment dans certaines spécialités médicales, reste un sujet majeur pour les établissements. L'effet de la crise sanitaire et les négociations puis les décisions prises dans le cadre du Ségur de la Santé permettront-elles d'aller plus loin et ainsi de répondre aux attentes des médecins hospitaliers ? (3)

3 Le Ségur de la Santé, une réforme de plus ou une véritable réponse aux attentes des médecins hospitaliers ?

Selon le Premier Ministre, Jean Castex, la signature du Ségur de la santé est « un effort historique » en faveur de l'hôpital.

Les mesures annoncées dans le cadre du Ségur de la Santé portent, en matière d'attractivité médicale, essentiellement sur des augmentations de rémunération des praticiens (3.1). Si cette mesure est nécessaire, les difficultés pour attirer et fidéliser les médecins à l'hôpital ne sont pas seulement liées au niveau de rémunération. Parmi les autres facteurs à interroger figurent la participation institutionnelle, la qualité de vie au travail et les conditions de travail, l'accompagnement et la formation des professionnels médicaux (3.2).

3.1 Le Ségur de la Santé, des avancées en matière de revalorisation des rémunérations et des carrières des personnels médicaux

3.1.1 Les mesures annoncées répondent à la demande d'une revalorisation salariale des personnels médicaux

La revalorisation des rémunérations et un meilleur déroulement des carrières sont des revendications portées depuis de nombreuses années par les représentants des personnels médicaux.

Les différences en la matière avec le secteur privé sont un des facteurs du manque d'attractivité de l'hôpital public. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a ainsi noté dans son panorama annuel que « *le salaire mensuel net moyen des personnels médicaux était, en 2016, en moyenne moins élevé dans le secteur public, où il était de 5 491 €, que dans le secteur privé, où il était de 5 993 €* ». Mais, la Drees émet cependant des précautions indispensables puisque « *les comparaisons des salaires moyens des médecins en fonction des différents secteurs se révèlent délicates en raison de la spécificité des modes de rémunération. Dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent le plus souvent en tant que libéraux. Ainsi, les personnels médicaux salariés ne sont pas nécessairement représentatifs de la situation du personnel médical intervenant dans le secteur hospitalier privé* »⁴⁰.

Lors du discours d'ouverture des négociations du Ségur de la Santé, le Premier Ministre, Edouard Philippe a annoncé sa volonté de voir le statut des médecins évoluer par ces propos : « *S'agissant des médecins, la crise est l'occasion de débloquer la question des*

⁴⁰ Panorama de la Drees, Les établissements de santé, édition 2020

statuts du médecin à l'hôpital. Tel qu'il existe aujourd'hui, je ne suis pas convaincu que le statut de praticien hospitalier soit le seul adapté aux besoins et aux aspirations de la nouvelle génération de médecins. Nous devons adapter les conditions d'exercice à la variété des parcours ; reconnaître aussi l'engagement dans les activités non cliniques, de recherche, d'enseignement ou de management ».

Dans le cadre du premier pilier du Ségur de la santé portant sur la transformation des métiers et la revalorisation de ceux qui soignent, des négociations, confiées à Nicole Notat, se sont ouvertes avec les organisations syndicales représentatives des praticiens, la FHF et le Ministère des solidarités et de la santé. Elles ont abouti à un accord relatif à la revalorisation des rémunérations et des carrières et à la transformation des environnements de l'exercice médical avec pour objectif selon les termes de l'accord « *d'agir sur l'attractivité de l'exercice médical* »⁴¹.

Cet accord a été validé par trois syndicats représentatifs sur les cinq et comporte seize mesures organisées en deux axes.

Le premier porte sur la réévaluation des carrières et des rémunérations et le deuxième sur le développement et la valorisation des compétences tout au long de la carrière. Le montant totale de l'enveloppe allouée à ces mesures s'élève à 450 millions d'euros.

La mesure phare est la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) à 1010 euros bruts mensuels contre 490 euros actuellement. La loi de modernisation de notre système de santé⁴² avait amorcé une évolution avec la création d'un deuxième palier à cette indemnité afin de valoriser l'engagement des praticiens à l'hôpital et destiné aux praticiens réalisant un service public exclusif depuis au moins 15 ans. Elle doit permettre de valoriser les praticiens qui s'engagent à ne travailler que dans les établissements publics de santé et à ne pas appliquer de dépassement d'honoraire.

Une revalorisation des grilles de rémunération est également prévue. La suppression des trois premiers échelons était déjà une mesure annoncée antérieurement. Elle est donc reprise dans cet accord. Il s'agit d'une revendication des syndicats pour rendre l'exercice hospitalier plus attractif dès le début de carrière et éviter les « fuites » vers l'exercice libéral ou en établissements privés plus rémunérateurs. La création de trois nouveaux échelons en fin de grille constitue également une avancée et une valorisation nécessaire des professionnels ayant effectué leur carrière à l'hôpital. Ce point a été soulevé par plusieurs praticiens que j'ai pu interroger sur ce thème au CHGR.

L'accord de juillet 2020 prévoit également une revalorisation financière à destination des internes. 200 millions d'euros par an sont destinés notamment à la revalorisation des indemnités des internes et des étudiants des filières médicales. Les internes verront ainsi

⁴¹ Accord relatif aux personnels médicaux. Refonder le service public hospitalier : Revaloriser les rémunérations et les carrières – transformer les environnements de l'exercice médical, Ministère des Solidarités et de la Santé, 13 juillet 2020.

⁴² Ibid.

leurs émoluments de base revaloriser de 5 à 10%, ce qui correspond à une évolution de 112 euros mensuels brut à 155 euros selon les années, ainsi qu'une revalorisation des gardes de 25%.

3.1.2 Une revalorisation salariale d'un niveau suffisant pour contrer la perte d'attractivité de l'hôpital public ?

La nécessité de rendre le statut de PH plus attractif mais également plus simple et plus lisible est partagée par l'ensemble des acteurs.

Cet accord a vocation à apporter des réponses concrètes aux attentes des médecins afin de rendre l'hôpital plus attractif.

Si le montant alloué à l'ensemble de ces mesures n'est pas négligeable et répond à une partie des revendications, comme le prouve la signature de l'accord par trois syndicats représentatifs, l'enveloppe souhaitée initialement était plus importante. Rachel Bocher, présidente de l'INPH, souligne dans un article du quotidien *Le Monde*, « *on n'a pas eu tout ce qu'on voulait* » mais « *ce n'est pas une fin, c'est un début* »⁴³. Pour les internes, les montants décidés sont assez loin des attentes des syndicats qui demandaient 300 euros net mensuels.

Également, la réforme annoncée du statut de PH ne permet pas une valorisation financière liée à l'investissement ou à des objectifs. Le statut permet, en effet, une égalité de rémunération qui constitue une protection, mais ne permet pas de valoriser davantage et de façon individualisée. Par exemple, il n'est pas prévu de valorisation financière des fonctions d'encadrement ou de l'implication sur des projets institutionnels. Se pose alors la question du véritable équilibre et de l'attractivité de ce statut, malgré les revalorisations financières prévues. Le statut de clinicien, qui n'est pas abordé, continuera probablement à servir d'élément compensatoire d'une partie des attentes de certains praticiens, avec toutes les limites associées à ce contrat.

Il ne me semble pas que ces mesures seront suffisantes pour constituer un véritable « choc d'attractivité » comme annoncé par le Gouvernement et souhaité par les professionnels.

De plus, il est important de souligner qu'une partie de ces annonces étaient déjà prévues dans les réformes précédentes.

Un collectif « Santé en danger », apolitique et non syndiqué, constitué à l'initiative du médecin Arnaud Chiche, regroupe des professionnels qui se disent déçus des propositions du Ségur de la Santé et demandent l'ouverture de nouvelles négociations.

⁴³ Ségur de la santé : accord majoritaire des syndicats sur la rémunération des médecins hospitaliers *Le Monde avec AFP*, 13 juillet 2020.

Toutefois, les mesures annoncées s'inscrivent dans un tout qui constitue l'ensemble des propositions du Ségur de la Santé pour lesquelles il est difficile à ce stade d'en définir l'impact.

La différence de rémunération de l'exercice hospitalier avec une activité libérale ou en établissement de santé privé est un frein à l'attractivité de l'hôpital public. Cependant, comme le souligne le rapport de Jacky Le Menn en 2015⁴⁴, « *la rémunération des praticiens constitue un enjeu incontournable de l'attractivité, particulièrement prégnant dans certaines spécialités ou encore pour un exercice partagé sur plusieurs sites, mais elle n'en est pas le facteur premier* ».

3.2 Certaines mesures d'attractivité liées à l'organisation et au fonctionnement de l'hôpital sont à consolider

L'accord du 13 juillet 2020⁴⁵, au-delà de la revalorisation salariale, souhaite s'inscrire dans « *un contexte qui doit d'une part faciliter l'implication des praticiens et d'autre part améliorer leur vie au travail* ». Toutefois, dans cette réforme, l'évolution de la rémunération apparaît comme la mesure phare destinée à rendre l'hôpital public plus attractif. Les principaux facteurs des difficultés de recrutement des professionnels semblent pourtant, tout autant, liés à l'organisation et au fonctionnement des établissements en termes de gouvernance, de participation institutionnelle (3.2.1) et aux conditions et à la qualité de vie des professionnels médicaux (3.2.2).

3.2.1 Des mesures plus importantes apparaissent nécessaires pour améliorer la qualité de vie au travail et la diversification des conditions d'exercice

Relever le défi de l'attractivité du personnel médical passe, selon moi, par l'activation de nombreux leviers. Celui de l'évolution du statut et de l'amélioration des carrières en est un. L'amélioration des conditions d'exercice et de la qualité de vie au travail apparaît, à la lumière des entretiens réalisés, un facteur également décisif.

Selon le collectif à l'initiative de la démission des 1 200 médecins de leurs fonctions d'administration et de gestion, « *la dégradation des conditions de travail des professionnels est telle qu'elle remet en cause la qualité des soins et menace la sécurité des patients* »⁴⁶.

Lors des entretiens que j'ai réalisés au CHGR, les praticiens soulignent que l'amélioration des conditions de travail serait un facteur d'attractivité. Sans nier les contraintes pesant sur l'hôpital public, beaucoup pensent que des marges d'amélioration sont possibles. Même si être praticien hospitalier est toujours reconnu comme prestigieux et source de fierté, les

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ BEGUIN F., Crise de l'hôpital public : 1 200 médecins hospitaliers démissionnent de leur fonction d'encadrement, *Le Monde*, 14 janvier 2020.

conditions de travail et le cadre général démotivent un certain nombre de médecins pourtant farouchement attachés au service public hospitalier.

Ainsi, de ces entretiens, j'ai acquis la conviction que les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel médical, me semblent, autant, voire davantage liées aux difficultés, stress et parfois souffrance au travail qu'au niveau de rémunération.

Dans son rapport, Olivier Véran soulignait également ce point. Selon lui, « *le départ d'un médecin est souvent la conséquence d'une souffrance au travail, liée à des conditions de vie au travail, à une charge de travail excessive (notamment la permanence des soins) ou un conflit au sein de l'équipe* »⁴⁷.

La difficulté à pourvoir l'ensemble des postes médicaux entraîne d'ailleurs une dégradation des conditions d'exercice par une surcharge de travail pour les praticiens en poste.

Il s'agit de ne pas négliger ces situations, de dépister les situations de surcharge de travail et de dégradation des conditions d'exercice. Mais également d'identifier et de limiter les « *irritants* » du quotidien, comme confier à la mission Claris. Améliorer l'écoute, donner des garanties de recherche de solutions pérennes, travailler la gestion des conflits, alléger les contraintes administratives et organisationnelles peuvent être des pistes intéressantes.

Quatre aspects me semblent notamment intéressants.

Accueillir les internes et les nouveaux médecins

Les conditions dans lesquelles les internes et les praticiens nouvellement recrutés sont accueillis sont primordiales. Il s'agit de permettre une intégration réussie de ces nouveaux professionnels. Les internes, notamment, sont une cible privilégiée car ils construiront durant leurs stages une image et une opinion de l'établissement.

Ce moment doit remplir sa vocation première qui est celle d'accueillir de nouveaux professionnels au sein de l'établissement. Il doit également, au-delà du geste symbolique, leur transmettre les valeurs de l'établissement, leur donner les premières clés de compréhension du fonctionnement de l'hôpital et de sa politique. Ce moment est également propice à la valorisation de l'intérêt de poursuivre par la suite une carrière hospitalière. Cet accueil doit être co-construit entre la direction et le corps médical pour une cohérence et une continuité dans les éléments apportés. Il peut s'appuyer sur une Charte d'accueil des internes et des nouveaux praticiens qui reprendrait les principaux engagements de l'établissement en la matière et les moyens organisationnels. Elle pourra s'appuyer sur la « Charte d'accueil et de formation des internes » élaborée par la FHF, en lien avec les

⁴⁷ Ibid.

conférences de Doyens, de présidents de CME, et de directeurs, et avec les organisations syndicales représentatives des internes⁴⁸.

Deux temps sont à mon sens importants.

Tout d'abord, le temps de l'accueil individuel d'un nouveau praticien recruté, à la fois par le directeur, le président de CME et par la direction des affaires médicales.

Puis, une journée d'accueil institutionnelle, différenciée pour les internes et pour les nouveaux praticiens, qui permette de présenter plus largement l'établissement. Cette journée d'accueil doit s'adapter aux attentes des professionnels et ne pas être seulement une présentation rapide des différentes directions et services de l'établissement. Elle peut par exemple être l'occasion d'un « mot » du directeur général et du président de la CME, puis d'une présentation de l'établissement, des enjeux et stratégies ainsi que de son environnement. Un temps doit également être accordé pour expliquer le déroulement de la carrière, les évolutions possibles, la formation mais également présenter leurs interlocuteurs et l'organisation de la direction des affaires médicales.

D'autres mesures peuvent être mises en place pour accompagner, valoriser l'arrivée de ces jeunes médecins, telles que le compagnonnage ou le tutorat.

Également, les conditions d'accueil ne doivent pas être négligées (modalités de logement ou de restauration).

Mettre en place une gestion individualisée des carrières

Il s'agit d'accompagner les professionnels médicaux tout au long de leur carrière par une politique et une gestion des ressources humaines médicales adaptées et individualisées aux attentes des praticiens. Ce point a été souvent soulevé lors de entretiens que j'ai réalisés.

L'accord négocié dans le cadre du Ségur de la Santé prévoit la généralisation des entretiens professionnels ainsi que l'ouverture d'un droit à un entretien de carrière tous les cinq ans au CNG.

Au-delà, l'accompagnement individualisé et de proximité m'apparaît indispensable. Il peut s'agir par exemple de formaliser un entretien régulier avec le directeur des affaires médicales pour aborder la situation individuelle du médecin, ses souhaits d'évolution (concours de praticien hospitalier, temps partiel, carrière universitaire, poste partagé ...). A titre d'exemple, le CH de Gonesse a, dans son projet social médical, créé un « contrat d'engagement moral » qui permet de définir conjointement entre le médecin concerné et la direction une évolution de carrière à cinq ans⁴⁹.

⁴⁸ Cf. Annexe 6 Charte d'accueil et de formation des internes, FHF.

⁴⁹ PIHOUEE L., VENUTOLO F., Les leviers de l'attractivité – Bilan du projet social médical au centre hospitalier de Gonesse. *Revue Hospitalière de France*, juillet-août 2019, n°589.

Il est également important de permettre l'accès à des formations, notamment pour accompagner les médecins dans la prise de responsabilités par des formations adaptées. En effet, la plupart des médecins hospitaliers sont amenés à avoir des responsabilités managériales. Une mission m'a été confiée dans ce sens durant mon stage de direction. Il s'agissait de proposer un plan de formations à destination des médecins relatif au management et au fonctionnement de l'hôpital⁵⁰. Cette idée a reçu un accueil très favorable de la part des médecins consultés. Ce projet partait du constat que les médecins sont peu, voire pas du tout, formés au management et à l'organisation hospitalière et qu'il apparaît nécessaire et de la responsabilité de l'établissement, de les accompagner dans leurs prises de responsabilités.

Le projet médical du CH Cherbourg souligne, par exemple, dans le chapitre consacré à la qualité de vie au travail, que « *la CME et la direction des affaires médicales se sont organisées pour répondre à une demande plus importante de suivi des carrières et des situations individuelles : sont ainsi prodiguées dès l'internat (via un membre désigné de la CME), pendant l'assistantat (au travers des chefs de pôle), à la prise de poste et quelques mois après, la plus grande attention et une écoute permanente, en somme un accompagnement personnalisé* »⁵¹.

Faciliter la vie quotidienne et répondre aux évolutions sociétales en matière d'équilibre vie professionnelle et vie personnelle

La question de la conciliation des temps professionnels et personnels a longtemps été sous-estimée, comme le souligne l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)⁵². Pourtant, il est nécessaire pour les établissements de prendre en considération les changements du rapport au travail des professionnels. Les personnels hospitaliers en général et plus spécifiquement les jeunes médecins revendiquent un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. En 2016, l'Inter Syndical Nationale des Internes (ISNI) a élaboré un rapport relatif à « l'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public »⁵³ réalisé à partir d'une enquête menée auprès de 1 400 internes. Les résultats sont favorables à l'exercice hospitaliers puisqu'il ressort que « 52% des internes souhaitent avoir un exercice hospitalier et parmi eux 87 % souhaitent pratiquer dans le secteur public ». Cependant, le rapport souligne que « les mesures d'attractivité les plus importantes pour les internes portent davantage sur les conditions de travail, le temps

⁵⁰ Cf. Annexe 4 Proposition de plan de formation management et organisation hospitalière à destination des médecins du CHGR.

⁵¹ Projet Médical 2016-2021 Centre Hospitalier Public du Cotentin, <https://www.ch-cotentin.fr/chpc/projet-medical>.

⁵² <https://www.anact.fr/themes/vie-professionnelle-vie-personnelle>

⁵³ ISNI, *L'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public, des mesures prioritaires pour les internes*, 17 novembre 2016.

de travail permettant un bon équilibre entre vie professionnelle et vie professionnelle ainsi que la place de la formation ». Les résultats de l'enquête menée au sein du CHGR à destination des internes⁵⁴ vont également dans ce sens.

Désormais pris en considération à l'hôpital, des actions concrètes pour améliorer le bien-être au travail des praticiens hospitaliers sont mises en œuvre et peuvent constituer un avantage concurrentiel : mesures de soutien à la parentalité (moyens de garde d'enfant ...), avantages sociaux, accompagnement à l'installation, temps partiel facilités,

Ne pas négliger cet aspect dans la gestion des ressources médicales devient une nécessité pour les établissements. La réalisation d'un plan d'attractivité, créé avec les professionnels médicaux, doit d'une part présenter les grands engagements de l'établissement et d'autre part prévoir des actions concrètes en termes d'accueil, d'accompagnement professionnel, de droits sociaux, de garde d'enfants, de politiques de ressources humaines (accès aux temps partiels ...), de diversification des activités, des modalités de participation institutionnelle et leur reconnaissance La liste des actions possibles peut être importante et l'innovation en la matière la bienvenue. Il s'agit de créer un climat de confiance, de reconnaissance et d'écoute des besoins et de tenter d'y répondre afin d'influer sur les conditions et la qualité de vie au travail des professionnels médicaux.

Prévenir les risques psychosociaux et permettre un environnement de travail collaboratif

La montée des risques psychosociaux (RPS), qui peuvent être définis comme les contraintes professionnelles qui sont susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'une personne, n'épargne pas les personnels médicaux. Pourtant, les RPS ont été longtemps « *soit passées sous silence, soit non décelés voire niés* »⁵⁵. Ces dernières années, les cas de suicide de médecins à l'hôpital ont mis en avant la nécessité de les identifier et de les prévenir. Le suicide du Professeur Mégrien en décembre 2015 à l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) a constitué une prise de conscience. A la suite de ce drame, la ministre de la santé chargeait l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'un rapport et un plan d'action⁵⁶. Les conclusions de l'IGAS rendues en décembre 2016 soulignent des RPS accrues du fait d'un environnement mouvant généré par des modifications importantes des organisations de travail à la suite des dernières réformes (loi

⁵⁴ Cf. Annexe 3 Grille d'entretien et résultats de l'enquête menée au sein du CHGR à destination des internes.

⁵⁵ DUBOIS D, COLOMBAT P., N'DIAYE A., La qualité de vie au travail du personnel médical, *Gestions Hospitalières*, Mars 2018, n°574.

⁵⁶ DESAILLY-CHANSON M., SIAHMED H. (membres de l'IGAS). *Etablissements de santé – Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, décembre 2016.

de 2009, loi de 2016 avec les GHT ...). L'IGAS souligne également comme facteurs de RPS le manque d'implication des médecins dans la gestion des établissements de santé ainsi que le peu de formation des praticiens au management. La mission propose différents niveaux d'action. Au niveau national, la mission recommande la structuration d'un pilotage national avec la création d'une Mission nationale sur les risques psychosociaux et d'un observatoire. Au niveau des établissements, est préconisé la mise en place d'une « véritable politique de santé en revisitant les modes de management, d'organisation, de relation au travail au sein des pôles, mais aussi d'action sociale »⁵⁷. A ce titre, la mission recommande la création d'une sous-commission qualité de vie au travail et prévention des RPS au sein de la CME. Elle souligne également l'importance du management médical et pour cela préconise des formations managériales et l'accompagnement des praticiens en responsabilité. Ces recommandations ont été en grande partie reprises dans la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail lancée par Marisol Touraine : " prendre soin de ceux qui nous soignent " ⁵⁸. La CME du CHGR a souhaité agir dans ce sens en créant une sous-commission de la CME chargée de la qualité de vie au travail. Les jeunes médecins et internes sont identifiés comme une population particulièrement à risques. En 2017, une enquête de l'ISNI sur la santé mentale des jeunes médecins⁵⁹ a notamment montré que 66,2% d'entre eux souffraient d'anxiété, 27,7% de dépression, et 23,7% avaient déjà eu des idées suicidaires dont 5.8% d'idées suicidaires dans le mois précédant l'enquête. Pour y répondre, les internes et les jeunes praticiens, chefs de cliniques et assistants des hôpitaux, ont fait l'objet d'un guide « Prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) réalisé en 2016 dans le cadre du programme d'actions relatif aux conditions de travail des étudiants, internes, chefs de clinique et assistants hospitaliers arrêté par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en mars 2012. Ce guide définit, à partir de publications nationales et internationales et de partages d'expériences, les principales contraintes psycho-organisationnelles ou les principaux facteurs de risque psychosociaux chez cette catégorie de professionnels autour de six axes : charge de travail, charge psychologique, autonomie et marge de manœuvre, support social et manque de reconnaissance, conflit éthique et de valeur, difficultés économiques et sociales. Le guide souligne que l'impact de chacune de ces contraintes à un impact différent selon les facteurs de vulnérabilité personnels et individuels des personnes. L'effet de seuil va ainsi varier selon les individus et leur faculté d'adaptation. Il s'agit ainsi pour chacun de ces six facteurs d'en diminuer l'intensité mais également de « renforcer parallèlement les capacités professionnelles et

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Enquête Santé Mentale des jeunes médecins, ISNI, 2017

personnelles de l'individu pour faire face à ces contraintes »⁶⁰. A titre d'exemple, il est nécessaire d'être vigilant sur la charge de travail confiée aux internes, s'assurer du respect du repos de garde, s'assurer également d'un encadrement suffisant des internes. Pour faire face à la charge psychologique, il est également souhaitable, selon ce guide, de former de manière continue les internes sur la gestion de situations difficiles (groupes d'analyse de pratiques ...). Ce guide met en avant l'impact modérateur du soutien social, notamment des pairs, autres internes ou seniors, sur les autres risques. Il est nécessaire de favoriser un encadrement bienveillant des internes, de former les seniors à la pédagogie, mettre en place par exemple un livret d'accueil⁶¹.

Permettre l'échange et la réflexion interdisciplinaires ou, inter-pôles dans un établissement monodisciplinaire tel que le CHGR, mais également interprofessionnel me paraît important. Il s'agit de favoriser les lieux d'échanges, d'expression et de dialogue afin de créer des dynamiques polaires mais également une dynamique institutionnelle. Améliorer et favoriser l'esprit d'équipe, créer un collectif médical au sein de l'établissement, est un facteur de qualité de prise en charge des patients mais également facteur d'attractivité pour de nouveaux médecins et de fidélisation des médecins en postes.

Les praticiens du CHGR ont récemment souhaité redynamiser le collège médical mais sa pérennisation doit encore se confirmer. La création de groupes d'analyse des pratiques a également été abordée par certains médecins.

Permettre un exercice diversifié

Enfin, permettre un exercice davantage diversifié peut être un élément d'attractivité des postes hospitaliers. Il s'agit notamment de favoriser les projets, les initiatives, l'exercice territorial par des postes partagés.

Dans le cadre des entretiens que j'ai mené, la possibilité d'effectuer des activités diversifiées comme exercer en poste partagé dans un autre établissement ou encore avoir des activités d'intérêt général est apparue comme un élément important pour les professionnels.

Au sein des GHT, la territorialisation de certains postes est un facteur d'attractivité. Dans des établissements périphériques, le recrutement de médecins, notamment pour certaines spécialités, devient difficile. La possibilité d'un poste à temps partagé avec un établissement de taille plus importante est un élément fort d'attractivité pour ces établissements. A titre d'exemple, une étude a été menée en 2017-2018 par des professionnels du CHU de Nancy pour comprendre les enjeux et les facteurs du choix d'installation des obstétriciens

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

lorrains⁶². Les résultats de cette étude soulignent que les « *conditions salariales ne sont un critère de choix que pour 25% des répondants* ». Pour 90% des internes interrogés, un poste à temps partagé est envisageable.

L'ARS Bretagne mène une campagne de soutien financier aux créations de postes d'assistants spécialistes partagés (ASP) avec plus de 3,5 millions d'euros mobilisés. Les objectifs sont de favoriser l'installation des jeunes praticiens en Bretagne et dans le public, d'offrir des possibilités de post-internat, de développer les coopérations, de limiter l'impact des sous-effectifs et d'accompagner des projets de maintien et de développement d'activités. Le dispositif a été lancé en 2012 avec déjà près d'une centaine de projets financés en 2019. Cette enveloppe permet notamment d'accompagner le financement de postes de PH partagés.

Cette forte dimension territoriale existe depuis longtemps en psychiatrie. La mise en place des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et des Communautés psychiatriques de territoire (CPT) en sont la preuve. La psychiatrie a ainsi forte propension partenariale à engager les acteurs, établissements et acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans cette démarche. Celle-ci doit se poursuivre, se renforcer avec notamment la création de postes de praticiens partagés entre plusieurs établissements autorisés en psychiatrie. En psychiatrie, en Ile-et-Vilaine, quelques postes ont été créés entre le CHGR et d'autres centres hospitaliers partenaires comme le CHU de Rennes ou encore récemment le CH de Redon.

Ainsi, l'attractivité des postes hospitaliers passera probablement pour une partie d'entre eux par une dimension territoriale importante.

Cette diversification passe également par la valorisation et le soutien à la recherche médicale et à l'innovation. La psychiatrie se distingue des autres disciplines médicales par la faible proportion de praticiens hospitalo-universitaires, qui représentent moins de 2% des ETP du personnel médical salarié, contre 8% pour la médecine, chirurgie, obstétrique⁶³. Il peut être ainsi intéressant de permettre une modularité des carrières avec un exercice clinique, de l'enseignement, de la recherche et l'accès à des postes managériaux.

3.2.2 Des évolutions nécessaires des modalités de gouvernance et de participation institutionnelle sont également attendues

La FHF a publié en 2018 les résultats d'une enquête, réalisée avec le cabinet Arthur Hunt auprès de 5.600 médecins hospitaliers et étudiants en médecine, sur l'attractivité médicale des hôpitaux⁶⁴. Elle a également proposé, dans ce cadre, des MOOC⁶⁵ sur les bonnes

⁶² HONORE-ROUGE L., CHAMAGNE M., MARNAT M., MOREL O., Evaluation des critères de choix du lieu d'exercice chez les internes lorrains de gynécologie -freins et leviers. *Cairn*, 2018/6 Vol.30, p.833-843.

⁶³ Atlas de la Santé Mentale en France, IRDES, Mai 2020.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ <http://mooc-attractivite.fhf.fr/>

pratiques à adopter. Les résultats de cette enquête démontrent notamment que la rémunération n'est pas le seul facteur d'attractivité. D'autres facteurs, la qualité de vie au travail globalement, mais également le soutien, l'accompagnement, la participation représentent un ensemble indissociable, à mon sens, de facteurs à analyser et à exploiter pour une amélioration de l'attractivité et de la fidélisation du personnel médical.

Il s'agit de favoriser un climat apaisé et de confiance. La relation de confiance entre les directions hospitalières et les médecins hospitaliers est mise à mal. Une amélioration de ces relations peut passer par une évolution du management vers davantage de confiance et de connaissance mutuelle, une valorisation de l'implication des professionnels et des équipes, une atténuation des contraintes de gestion, une délégation des responsabilités à tous les niveaux.

Edouard Philippe, lors du discours d'ouverture des négociations du Ségur de la Santé, ne prône pas une remise en cause de la gouvernance hospitalière. Selon lui, « *la réponse réside bien plus dans le mode de management que dans les règles de gouvernance. Ce qui a fonctionné dans la crise est un mode de management efficace. Un mode de management qui responsabilise chacun, dans son rôle, avec de vraies possibilités d'agir* ». Il propose par exemple de davantage aller vers un renforcement des délégations de gestion. Il soumet d'ailleurs cette proposition en désignant comme délégataire les services en plus des pôles. Le service, depuis la loi de 2019 mais également dans les conclusions du Ségur de la Santé, est identifié comme l'échelle de lieu de vie de l'équipe et par conséquent un niveau de management à redynamiser.

Les mesures issues du Ségur de la Santé en la matière s'inscrivent dans la ligne des propositions formulées par la mission conduite par le Professeur Olivier Claris relative à la gouvernance et à la simplification de l'hôpital lancée le 20 novembre 2019.

Le pilotage des établissements de santé est jugé comme lourd et trop rigide par les conclusions de la mission Claris.

Pour cela, il est nécessaire de permettre une implication institutionnelle des praticiens plus adaptée à leurs attentes.

En l'occurrence, l'évolution des attentes des nouvelles générations doit être prise en considération pour adapter la gouvernance de l'hôpital et l'organisation des prises de décisions. Une enquête menée dans le cadre d'une formation en management des organisations sanitaires et sociales a permis d'interroger 77 personnes sur les attentes de la génération Z dans les organisations sanitaires et sociales⁶⁶. La génération Z est déjà connue pour sa recherche d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Les résultats montrent également la volonté de la génération Y et Z de créer une nouvelle forme

⁶⁶ Enquête menée par Bertrand Pauget, maître de conférence à l'université de Karlstad (Suède) et Ahmed Dammak, Professeur associé et responsable du département Management, Stratégie, Système à l'European Business School de Paris, 2015.

d'organisation, plus horizontale et plus flexible. Les auteurs soulignent ainsi qu'« *apparaissent des demandes pour plus de relationnel, d'écoute* ». Le recours aux nouvelles technologies est également un point central. Face à ces constats, les établissements hospitaliers doivent à mon sens réinterroger leurs organisations pour créer de nouveaux espaces et moyens d'échanges autour de projets par exemple, au-delà des instances existantes.

Les entretiens réalisés auprès de jeunes médecins et d'internes sont en corrélation avec les résultats de cette enquête. Ceux-ci sont actuellement peu enclin à participer à la vie institutionnelle de l'établissement, jugent les organisations trop rigides. Ils ne semblent pas se retrouver dans la gouvernance, la trouvent peu lisible et trop complexe. Il est nécessaire pour les hôpitaux de trouver les moyens d'intéresser ces jeunes médecins à cette gouvernance, de favoriser leur participation.

De manière concrète, plusieurs actions peuvent être menées.

Favoriser et accompagner les délégations de gestion

Il s'agit, par exemple, de contractualiser les relations et d'approfondir les délégations de gestion (projets et contrats de pôle mais également projets de service) ce qui permettraient de responsabiliser l'ensemble des interlocuteurs. Il faut cependant veiller à établir une relation équilibrée, c'est à dire que chaque partie aient des objectifs à atteindre avec des indicateurs de suivi. La direction de l'établissement doit de ce fait, également, s'engager auprès des pôles et services à améliorer certains aspects (allègement des contraintes de gestion, transmission de tableaux de bord, amélioration des circuits administratifs ...). En la matière, le CH de Valenciennes a mis en place une organisation managériale innovante très décentralisée en accordant une autonomie importante aux pôles. En effet, au CH de Valenciennes les délégations aux chefs de pôles sont très importantes. Ils bénéficient ainsi d'un droit de signature (passer commande, recruter...). Les pôles ont ainsi par exemple l'autorisation d'engager en toute autonomie des dépenses jusqu'à 75 000 euros sans demander l'accord de la direction. La gestion des ressources humaines médicales est également déléguée : propositions de recrutement, organisation de la permanence de soins, suivi des contrats, gestion du temps de travail. Pour accompagner cette autonomie de gestion et de décision, chaque pôle, administratif, technique et médical, a un budget, des moyens humains et matériels pour fonctionner mais également des objectifs et des règles de gestion. Toutefois, il ne s'agit pas d'un modèle de gestion atomisé. Le projet institutionnel de l'établissement est prépondérant mais co-construit et partagé. Le modèle de Valenciennes prône « *les notions d'équipe et de multidisciplinarité [qui] sont, plus*

*qu'ailleurs, consubstantielles du travail hospitalier »*⁶⁷. Les résultats de cette gestion semblent positifs avec notamment un budget excédentaire, un investissement sur fond propre, un absentéisme limité et une attractivité médicale qui permet à l'établissement de ne pas recourir à l'intérim médical.

Dans la délégation de gestion, il apparaît nécessaire de prévoir un appui et un accompagnement de cette gestion, des projets et des porteurs de ces projets. La mise en place de tableaux de bord de pilotage partagés entre la direction et les pôles est un élément important. Cela peut également passer par une reconnaissance du temps institutionnel et des projets. Donner de la visibilité aux projets et réalisations est essentiel en termes de reconnaissance mais également de communication interne et externe sur le dynamisme de l'établissement. Les pôles et les services doivent porter un projet médical reconnu et l'incarner pour attirer les professionnels médicaux. Il s'agit à mon sens d'un facteur important d'attractivité mais également d'efficacité.

Dynamiser le management interne et la gouvernance de l'établissement

De nombreux médecins ont salué la flexibilité et l'efficacité du mode de management mis en œuvre durant la crise sanitaire. Dans une tribune collective publiée le lundi 4 mai 2020 dans le Figaro, vingt médecins exerçant à l'hôpital plaident pour l'instauration d' *« un fonctionnement collégial et démocratique, comme cela a été le cas durant cette crise, impliquant tous les métiers de l'hôpital et les patients »*⁶⁸. En effet, pendant cette période, des médecins interrogés ont souligné qu'une relation de confiance mutuelle s'était recréé entre les différentes catégories de professionnels à l'hôpital par une connaissance mutuelle des difficultés et contraintes et par une recherche de solutions partagées. Le CHGR a instauré pendant cette période des cellules de veille élargie réunissant les membres de la cellule de veille restreinte ainsi que les chefs de pôles et cadres supérieurs de santé. Ces réunions ont été l'occasion de débattre et de prendre des décisions relatives à l'organisation de l'établissement pour faire face à la crise sanitaire (organisation des activités, des visites, des stratégies internes de tests ...). Ces cellules ont été très bien suivies par les participants, ce qui a permis une prise de décisions collective et partagée efficace.

Dans un article relatif à l'«Hôpital apprenant»⁶⁹, Denis Bismuth, s'interroge sur les changements organisationnels nécessaires et apportent des éléments comparatifs et des exemples d'expériences d'innovations managériales. Il souligne, comme de nombreux professionnels, que *« le système de santé s'est révélé dans sa complexité et ses failles au*

⁶⁷ MEJDOUBI M., COUSEIN E., BOURRET R., Le modèle de Valenciennes, hôpital public de demain ?, *Réseau Hôpital et GHT*, 10 décembre 2019.

⁶⁸ Tribune collective, Libérons l'hôpital du fléau bureaucratique !. *Le Figaro*, 4 mai 2020.

⁶⁹ BISMUTH D., L' « Hôpital apprenant » serait-il une solution pertinente en situation de crise pour accompagner le changement organisationnel, *ManagerSante.com*, 21 août 2020.

cours de cette crise de la Covid-19 ». Selon lui, « *la lourdeur des procédures est source de démotivation et de désengagement* ». A contrario, il pense que responsabiliser les professionnels amène à renforcer leur engagement. Enfin, il souligne, très justement, que l'administration doit remplir sa mission d'organisation en accompagnant les transformations et « *se mettre au service de ceux qui l'élabore au quotidien* ». Il s'agit d'impulser le changement et d'être le « *garant du cadre et de la stratégie* ».

Au CH de Valenciennes, la gestion s'est largement médicalisée, au-delà des délégations de gestion. Les médecins sont fortement impliqués dans la vie institutionnelle : participation à des instances institutionnelles « classiques » (CME et sous-commissions), mais également par la mise en place de trois instances décisionnelles : « *une commission stratégie et projets, une cellule médico-économique et une commission des systèmes d'information hospitaliers* »⁷⁰.

Comme le disait Pierre Rosanvallon lors du colloque « La Justice du XXIème siècle » en 2014 « *la confiance est un économiseur d'institution* ».

Des médecins et représentants de médecins, tel que Thierry Godeau, Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME de CH, ont, dans le cadre du Ségur, réaffirmé leur souhait d'une remédicalisation de la gouvernance des hôpitaux. Il souligne que « *dans la crise, les médecins ont montré de facto l'importance de leur rôle dans la chaîne de décision* »⁷¹. Toutefois, la gestion de la crise dans les hôpitaux a pourtant montré que la chaîne décisionnelle et les responsabilités administratives et médicales actuelles ont permis de répondre efficacement à l'urgence de la situation. Les difficultés de l'hôpital ne sont donc peut-être pas liées aux modalités de gouvernance, qui permettent en l'occurrence une prise de décision concertée via notamment les fonctions du Directoire. Il est toutefois nécessaire de faire fonctionner cette gouvernance et de favoriser la concertation dans les décisions prises.

Il s'agit ainsi dans un premier temps de permettre de conserver une partie de la méthode mise en œuvre durant la crise en organisant des prises de décisions plus participatives et collégiales. Sur certains sujets décisifs pour l'établissement, des réunions pourraient être organisées pour recueillir les avis de professionnels, échanger sur la stratégie et pourquoi pas soumettre des propositions. Puis, de renforcer les délégations de gestion, pourquoi pas sur un modèle plus décentralisé tel que le CH de Valenciennes.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ NAYRAC C., La crise sanitaire pointe la nécessité de remédicaliser la gouvernance hospitalière. *Hospimédia*, 24 avril 2020.

Conclusion

Annoncé par le gouvernement et espéré par les professionnels médicaux, le Ségur de la santé devait entraîner un choc d'attractivité pour l'hôpital public. Les accords signés en juillet partagent les représentants des médecins. Il faudra toutefois attendre l'application de ces mesures pour en déterminer l'impact réel.

Les attentes sont grandes de la part des praticiens hospitaliers et des établissements de santé. En effet, les difficultés liées au manque d'attractivité de l'hôpital sont importantes. Les conséquences de ces difficultés sur l'organisation des soins, les conditions de travail et la qualité de vie au travail des professionnels sont réelles. La charge financière générée est également importante pour les établissements.

Jusqu'à présent les mesures mises en œuvre ont fourni des outils d'attractivité pour les établissements mais n'ont pas permis l'amélioration significative attendue. Les établissements publics de santé, pour la plupart, connaissent toujours des difficultés à recruter et à fidéliser le personnel médical. Ces difficultés varient toutefois selon les spécialités, la taille des établissements, leur situation géographique mais également selon leurs politiques internes en termes de gestion des ressources médicales.

Ces difficultés d'attractivité ont fait évoluer la gestion des ressources humaines médicales qui n'est plus seulement statutaire. Elle revêt désormais un fort enjeu stratégique.

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier est un établissement attractif pour les praticiens du fait de son environnement géographique et de ses activités (hôpital de recours, valence universitaire et de recherche). Mais, l'établissement connaît cependant certaines difficultés à pourvoir l'ensemble de ses postes de praticiens hospitaliers. Pour y faire face, comme de nombreux établissements, le CHGR met en place des actions pour améliorer son attractivité et fidéliser le personnel médical.

L'amélioration des éléments de rémunération, si elle apparaît importante, n'est pas le seul facteur d'attractivité. Les plans d'attractivité internes doivent répondre à des causes multifactorielles liées à l'évolution des attentes des praticiens et à la dégradation ressentie des conditions d'exercice. Malgré un sentiment d'appartenance et d'attachement des praticiens à l'hôpital public, l'exercice hospitalier attire moins.

Pour améliorer l'attractivité d'un établissement, il est nécessaire de s'interroger et de connaître les principales causes de désaffection des professionnels. Cette analyse, pour que les réponses soient adaptées, doit être réalisée au niveau de l'établissement et de son territoire.

Trois aspects apparaissent majeurs : l'accueil des nouveaux professionnels, dont les internes, l'amélioration des conditions d'exercice et de la qualité de vie au travail, ainsi que l'évolution des modalités de gouvernance et de participation institutionnelle.

La mise en place d'une politique de ressources humaines médicales ambitieuse et partagée est devenue une nécessité pour attirer les médecins. Il s'agit notamment de mettre en place une gestion prévisionnelle annuelle des effectifs médicaux, des circuits de recrutements adaptés, de prévoir les modalités de remplacement, d'accompagner les médecins dans leur parcours professionnel.

Enfin, il apparaît aujourd'hui clairement que l'aspect territorial est primordial. Que ce soit au travers des GHT, des CPT ou d'autres modes de coopération, l'exercice médical doit s'inscrire dans un cadre territorial, entre établissements de santé mais également entre établissements de santé et médecine de ville. Lors d'un entretien pour la revue Whatsupdoc, Stéphane Mulliez, Directeur Général de l'ARS Bretagne, soulignait ainsi que « *le PH de demain ne sera plus celui d'un centre hospitalier, mais plutôt celui d'un territoire de santé* »⁷².

⁷² GERVAIS J-B., interview de Stéphane Mulliez, DG de l'ARS Bretagne. *Whatsupdoc*, 18 juin 2020.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux.
- Décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.
- Arrêté du 24 novembre 2017 fixant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- Ségur de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Santé, juillet 2020.
- Accord relatif aux personnels médicaux. Refonder le service public hospitalier : Revaloriser les rémunérations et les carrières – transformer les environnements de l'exercice médical, Ministère des Solidarités et de la Santé, 13 juillet 2020.

Ouvrages

- MAURY M., TAOUREL P., *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*, Eres, 2019, 237p.

Etudes, rapports

- ANGUIS, M., *En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées*, DREES avec la collaboration du Centre national de gestion, Études et Résultats, n°1006, mars 2017.
- *Attractivité de l'exercice médical – Plan d'action pour l'hôpital*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, novembre 2015.
- Bilan PMSI 2018 - Psychiatrie (RIM-P) des établissements bretons : https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Bilan_RIMP_2018.pdf

- CLARIS O., *Rapport de la Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2020, 156p.
- COSTARGENT G. et LE COZ G., *Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires*, IGAS, 2003.
- DESAILLY-CHANSON M., SIAHMED H. (membres de l'IGAS). *Etablissements de santé – Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge – Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, décembre 2016.
- ISNI, *L'attractivité des jeunes médecins à l'hôpital public, des mesures prioritaires pour les internes*, 17 novembre 2016.
- LE MENN J., CHALVIN P., *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, juin 2015.
- *Livre blanc 12 actions pour rendre l'hôpital attractif de nouveau*, medGo, 2020
- Rapport d'activité - Tome 1, Centre National de Gestion, 2018.
- Rapport DEMOPS-Formation de l'Observatoire de la démographie des professionnels de la santé de Bretagne, année universitaire 2019-2020.
- VERAN O., *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte*, décembre 2013.

Articles de périodique et revues professionnelles

- BEGUIN F., Crise de l'hôpital public : 1 200 médecins hospitaliers démissionnent de leur fonction d'encadrement. *Le Monde*, 14 janvier 2020.
- BISMUTH D., L' « Hôpital apprenant » serait-il une solution pertinente en situation de crise pour accompagner le changement organisationnel, *ManagerSante.com*, 21 août 2020.
- COPIN J-Y, Ma Santé 2022 : quels impacts sur la gestion de personnel médical ?. *Gestion Hospitalière*, 28 janvier 2019, disponible sur *gh-formation.fr*.
- DUBOIS D., COLOMBAT P., N'DIAYE A., La qualité de vie au travail du personnel médical, *Gestions Hospitalières*, Mars 2018, n°574.
- HONORE L., CHAMAGNE M., BAUMANN C., MOREL O., Choix du lieu d'installation des obstétriciens lorrains -freins et leviers. *Revue Hospitalière de France*, Mai-juin 2019, n°588, p.32-37.
- LEFEBVRE V., SAUGRIN E., Qualité de vie au travail et innovations managériales. *Gestions hospitalières*, octobre 2019, n°158, pp. 494-499.
- MEJDOUBI M., COUSEIN E., BOURRET R., Le modèle de Valenciennes, hôpital public de demain ?, *Réseau Hôpital et GHT*, 10 décembre 2019.
- NAYRAC C., La crise sanitaire pointe la nécessité de remédicaliser la gouvernance hospitalière. *Hospimédia*, 24 avril 2020.

- PAUGET B., DAMMAK A., L'arrivée de la génération Z dans les organisations sanitaires et sociales : premiers constats. *Santé RH*, octobre 2019 n°120, pp.10-12.
- REYDELLET A., RIOM I., FONTAINE A., DENORMANDIE Ph., SANCHEZ S., L'attractivité des structures hospitalière pour les internes et jeunes praticiens. *Gestions hospitalières*, octobre 2019, n°158, pp. 509-512.
- Ségur de la santé : accord majoritaire des syndicats sur la rémunération des médecins hospitaliers. *Le Monde avec AFP*, 13 juillet 2020.
- Tribune collective, Libérons l'hôpital du fléau bureaucratique !. *Le Figaro*, 4 mai 2020.
- VOLET S., GRANIER M., CALMES G., Qualité de vie au travail et attractivité médicale. *Gestions Hospitalières*, mars 2019, n°584.

Sites internet et ressources en ligne

- ANACT : <https://www.anact.fr/#>
- FHF : <http://mooc-attractivite.fhf.fr>
- HAS : <https://www.has-sante.fr/portail/>
- Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

- Annexe 1 : Tableau des entretiens bilatéraux réalisés entre janvier et août 2020.
- Annexe 2 : Grille d'entretien à destination des directions des établissements publics de santé.
- Annexe 3 : Grille d'entretien et résultats de l'enquête menée au sein du CHGR à destination des internes.
- Annexe 4 : Proposition de plan de formations au management et à l'organisation hospitalière à destination des médecins du CHGR.
- Annexe 5 : Dossier de presse de l'enquête FHF- Arthur Hunt, réalisée du 15 mai 2017 au 27 juin 2017 relative à l'attractivité médicale.
- Annexe 6 : Charte d'accueil et de formation des internes, FHF.

Annexe 1 : Tableau des entretiens bilatéraux réalisés

Docteur Sheppard	Présidente de la CME du CHGR
Professeur Drapier	PU-PH Chef de pôle CHGR
Docteur Roubini	Praticien hospitalier - Chef de pôle CHGR
Docteur Guillery	Praticien hospitalier CHGR
Docteur Di Maggio	Praticien hospitalier CHGR
Docteur Cressan	Praticien hospitalier CHGR
Docteur Levoyer	Praticien hospitalier CHGR
Docteur Priol	Praticien hospitalier CHGR
Docteur Seddiki	Praticien hospitalier (PADHUE) CHGR
Docteur Levenez	Praticien hospitalier - Chef de pôle CHGR
Docteur Chevalier-Latreuille	Praticien hospitalier - Chef de pôle CHGR
Docteur Guérineau	Médecin responsable du Département d'Information Médicale du CHGR
Mme Alexia Mauguin	Internes CHGR
M. Tristan Mahouet	Internes CHGR
Mme Julia Berger	Internes CHGR
M. Pascal Bénard	Directeur Général de l'EPSM du Morbihan
Mme Sonia Lemarié	DAM du Centre Hospitalier de Redon-Carentoir
Mme Marie De Laclos	DAM du Centre Hospitalier Avranches-Granville
Mme Séverine Karrer	Directrice Générale du Centre Hospitalier Public du Cotentin
M. Yann Dubois	Directeur Général de l'EPSM Etienne Gourmelen – Quimper
M. Julien Charles	DAM du CHU de Rennes

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination d'établissements publics de santé

Etablissement :

Directeur :

1/- Rencontrez-vous des difficultés dans le recrutement de médecins ? Avez-vous beaucoup de postes vacants ?

2/- Si oui, est-ce une situation ancrée depuis longtemps ou une situation nouvelle ?

3/- Si oui, y a-t-il un impact conséquent sur la continuité des soins ? sur le développement d'activité ? sur le maintien de certaines activités ? sur le plan financier (recours à l'intérim notamment) ?

4/- Comment expliquez-vous cette situation ? Votre territoire a-t-il une ou des particularités qui puissent l'expliquer ? Y a-t-il un contexte interne particulier, identifié ?

5/- Quel stratégie avez-vous mise en place pour rendre votre établissement plus attractif ?

6/- Avez-vous eu des résultats à la suite de ces actions ?

7/- Dans le cadre de votre GHT, y a-t-il une stratégie commune ?

8/- Comment appréhendez-vous les évolutions réglementaires ? (évolution statut PH et simplification des conditions de recrutement des contractuels, favoriser l'exercice mixte ville/hôpital, valence non clinique, Docteur Junior, IPA ...) Quelles conséquences auront-elles selon-vous sur la gestion des effectifs médicaux ?

9/- Quelle stratégie d'attractivité pour demain ?

Annexe 3 : Grille d'entretien et résultats de l'enquête menée au sein du CHGR à destination des internes

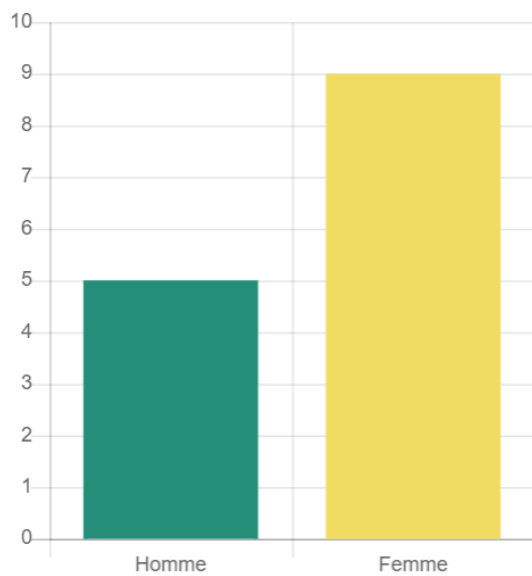
20 questions – 15 répondants

Utilisation d'un questionnaire en ligne.

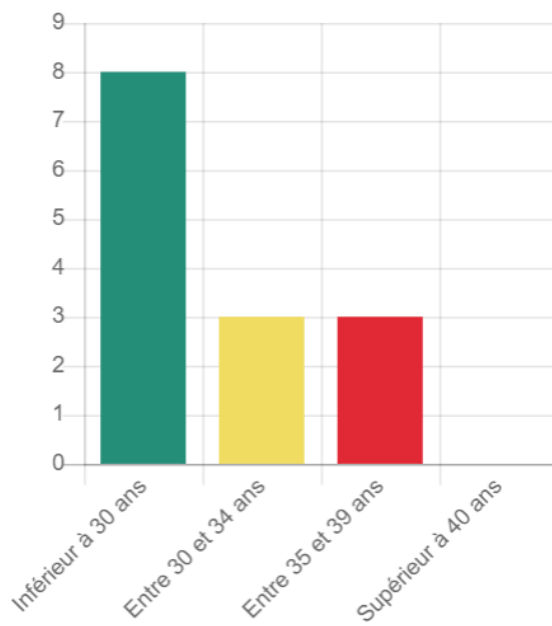
- 1) Quelle est votre nom et prénom (facultatif) et année d'internat ?
- 2) Quel est votre sexe ?
- 3) Quel est votre âge ?
- 4) Etes-vous satisfait de votre accueil au CHGR ?
- 5) Avez-vous bénéficié de la journée d'accueil ?
- 6) Si oui, les thèmes abordés et son organisation ont-ils répondu à vos attentes ?
Qu'attendiez-vous de cette journée ?
- 7) Etes-vous globalement satisfait de votre poste ?
- 8) Trouvez-vous que l'ambiance dans votre service est :
- 9) Les conditions matérielles (équipements du service ...) de votre activité professionnelle répondent-elles à vos attentes ?
- 10) Estimez-vous avoir une formation suffisante en management et en organisation hospitalière ?
- 11) Souhaiteriez-vous que l'hôpital propose une formation en management et organisation administrative et financière hospitalière ?
- 12) Trouvez-vous que l'organisation hospitalière laisse suffisamment de latitude aux médecins pour prendre des initiatives, avoir des responsabilités, participer aux orientations prises ?
- 13) Trouvez-vous que la communication institutionnelle vous permet de connaître et de comprendre les orientations de l'établissement ?
- 14) Que pensez-vous de l'organisation en pôle ? pensez-vous que cette organisation donne plus de latitude au corps médical ?
- 15) Quels sont vos principaux critères dans le choix de votre futur poste ?
- 16) Envisagez-vous de rester au CHGR ?
- 17) Les établissements de santé mettent en place de plan d'attractivité. Quels sont, selon vous, les principaux thèmes à aborder dans ceux-ci ?
- 18) Pensez-vous que les statuts médicaux sont un frein à l'attractivité de l'hôpital ? si oui, comment devraient-ils évoluer ?
- 19) Pensez-vous que permettre aux praticiens un exercice territorial (GHT, CPT ...) pourrait-être un élément d'attractivité ?
- 20) Que pensez-vous de l'évolution en cours des études de médecine ?

Résultats du questionnaire :

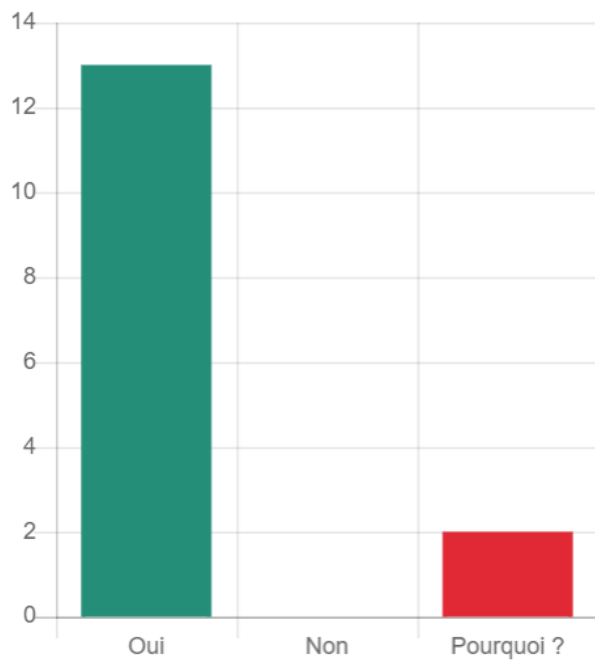
2) Quel est votre sexe ?



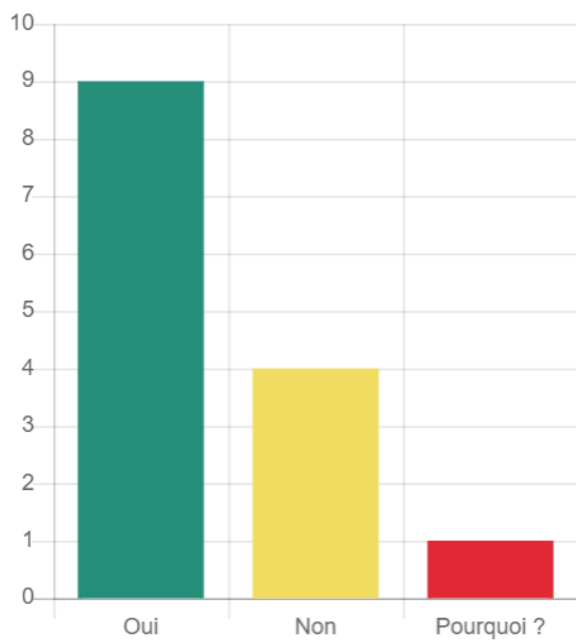
3) Quel est votre âge ?



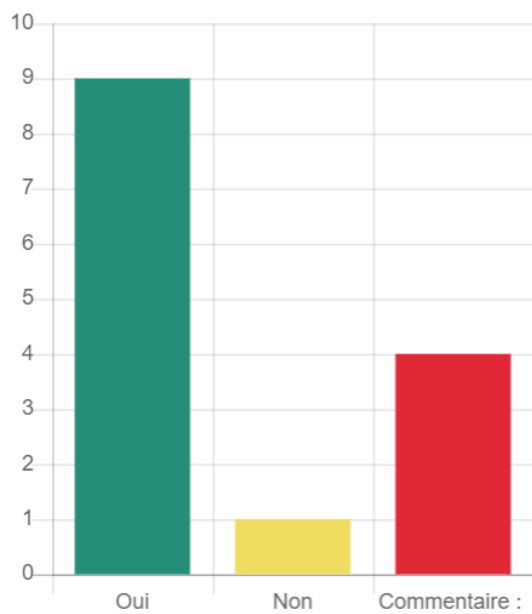
4) Etes-vous satisfait de votre accueil au CHGR ?



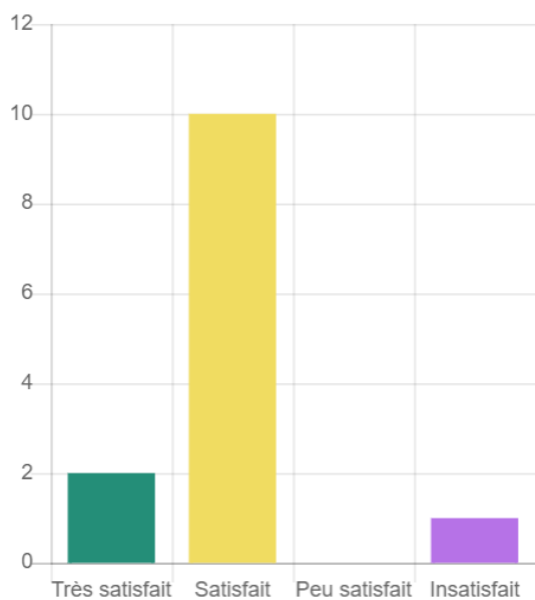
5) Avez-vous bénéficié de la journée d'accueil ?



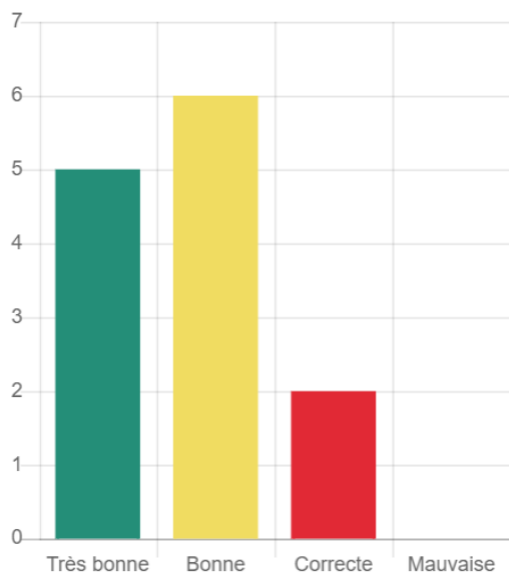
6) Si oui, les thèmes abordés et son organisation ont-ils répondu à vos attentes ?
 Qu'attendiez-vous de cette journée ?



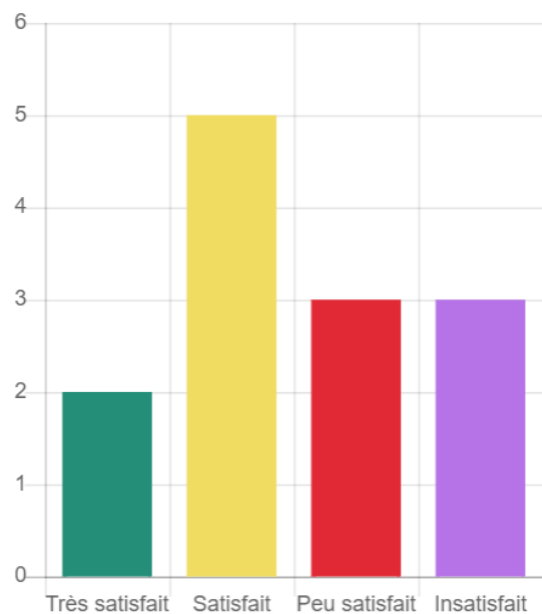
7) Etes-vous globalement satisfait de votre poste ?



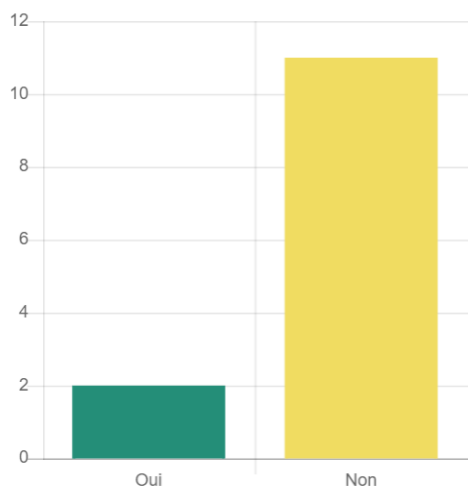
8) Trouvez-vous que l'ambiance dans votre service est :



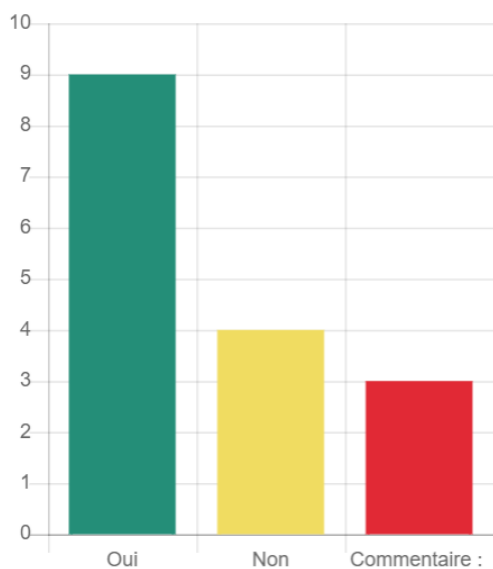
9) Les conditions matérielles (équipements du service ...) de votre activité professionnelle répondent-elles à vos attentes ?



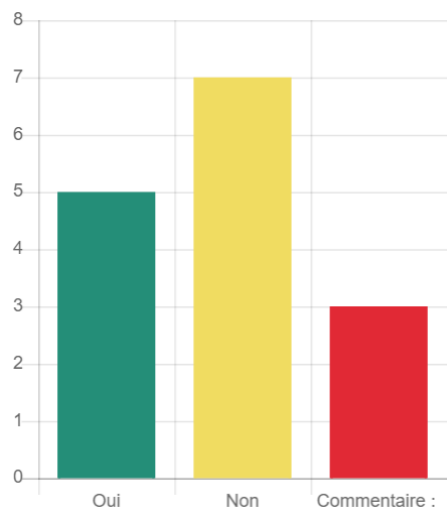
10) Estimez-vous avoir une formation suffisante en management et en organisation hospitalière ?



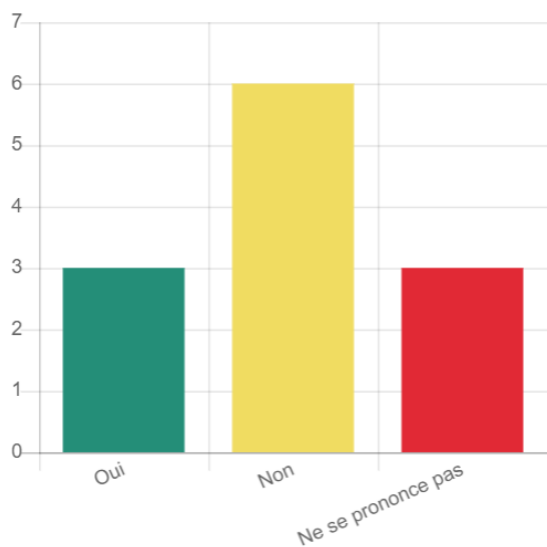
11) Souhaiteriez-vous que l'hôpital propose une formation en management et organisation administrative et financière hospitalière ?



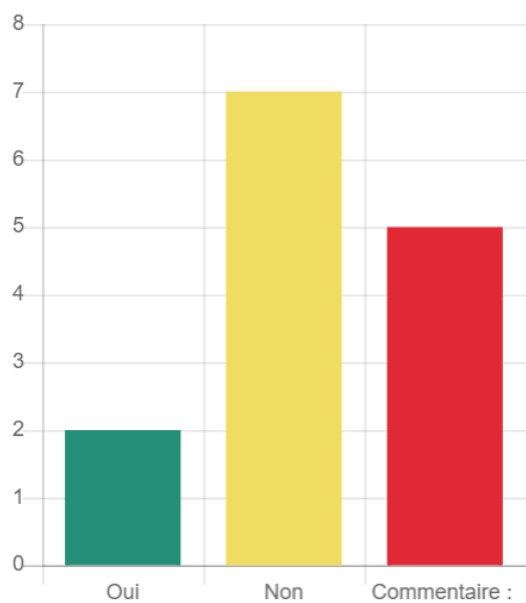
12) Trouvez-vous que l'organisation hospitalière laisse suffisamment de latitude aux médecins pour prendre des initiatives, avoir des responsabilités, participer aux orientations prises ?



13) Trouvez-vous que la communication institutionnelle vous permet de connaître et de comprendre les orientations de l'établissement ?



14) Que pensez-vous de l'organisation en pôle ? pensez-vous que cette organisation donne plus de latitude au corps médical ?



15) Quels sont vos principaux critères dans le choix de votre futur poste ?

Intérêt clinique du poste

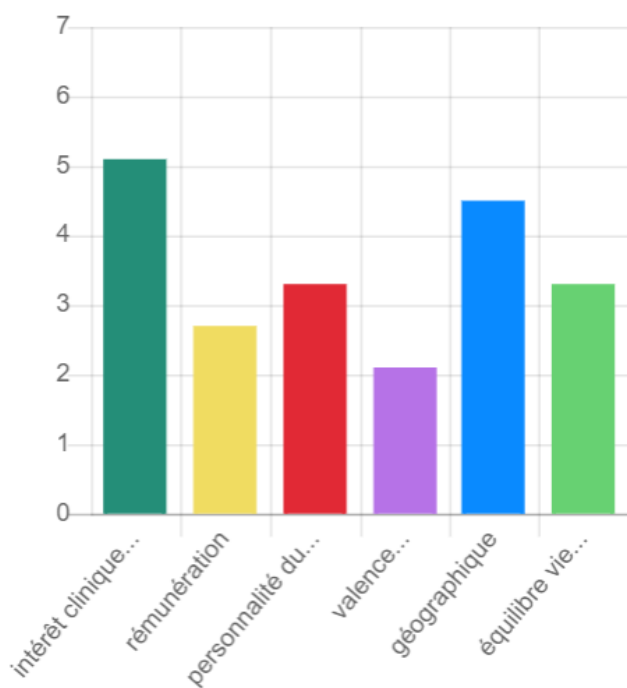
Rémunération

Personnalité du chef de service ou de pôle

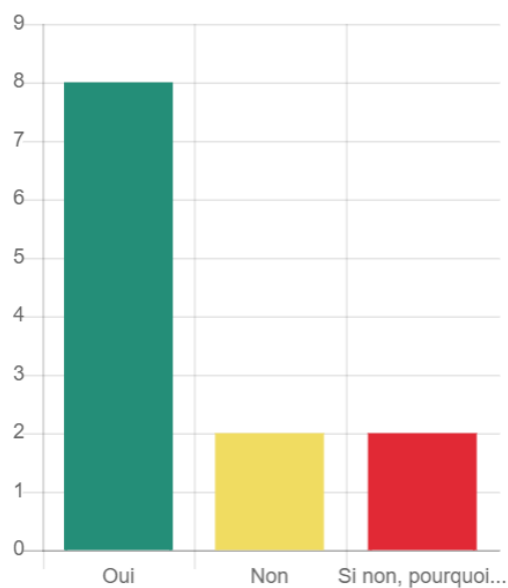
Valence universitaire

Géographique

Équilibre vie professionnelle/vie personnelle



16) Envisagez-vous de rester au CHGR ?



17) Les établissements de santé mettent en place de plan d'attractivité. Quels sont, selon vous, les principaux thèmes à aborder dans ceux-ci :

Projet d'établissement/projet de pôle et de service

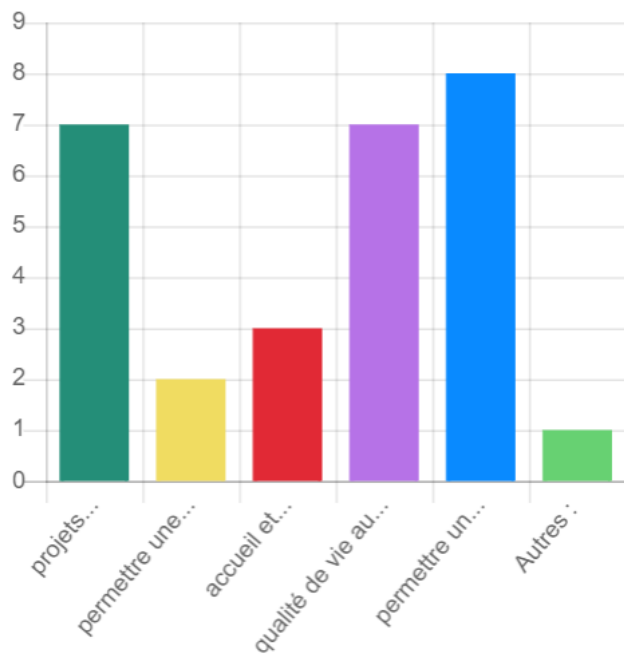
Permettre une implication institutionnelle plus importante des médecins

Accueil et accompagnement des médecins nouvellement arrivés

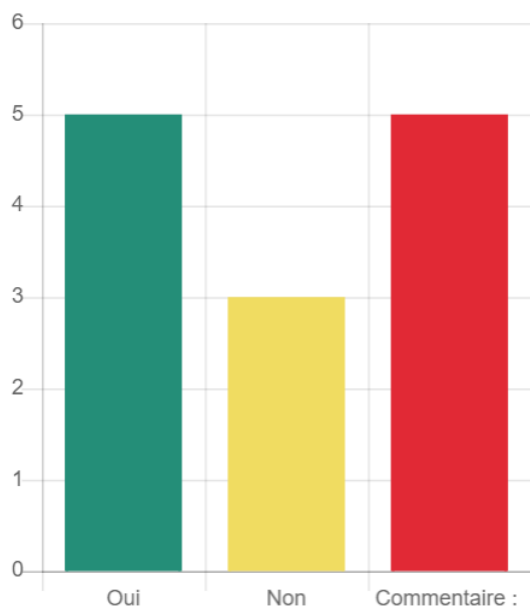
Qualité de vie au travail

Permettre un équilibre vie professionnelle et vie personnelle

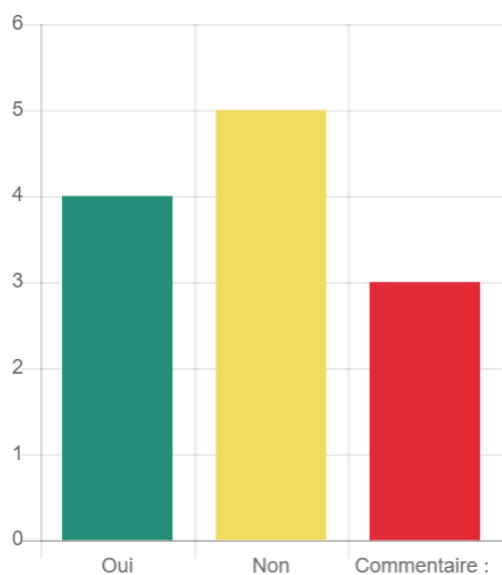
Autres



18) Pensez-vous que les statuts médicaux sont un frein à l'attractivité de l'hôpital ? si oui, comment devraient-ils évoluer ?



19) Pensez-vous que permettre aux praticiens un exercice territorial (GHT, CPT ...) pourrait-être un élément d'attractivité ?



20) Que pensez-vous de l'évolution en cours des études de médecine ?

- Réorganisation des choix de stage positif
- Statut de docteur junior semble un peu flou
- Risque de favoritisme avec le bigmatching
- Meilleur encadrement des nouveaux internes

Annexe 4 : Proposition de plan de formation management et organisation hospitalière à destination des médecins du CHGR

Proposition de plan de formation au management des praticiens hospitaliers et encadrement paramédical

Marion Bazin, EDH

Août 2020

Préambule

En l'inscrivant comme un des axes prioritaires à travailler en 2020, la Sous-commission Qualité de Vie au Travail de la Commission Médicale d'Etablissement a souligné la nécessité de mettre en place une formation d'adaptation à l'emploi des médecins du CHGR.

Ce programme fait partie du plan d'attractivité médicale proposé par la Direction des Affaires Médicales. En effet, il s'agit d'un atout dans le recrutement mais aussi dans la fidélisation du personnel médical.

A la suite, une réunion destinée à définir un programme de formation des médecins au management s'est tenue avec la DAM et les présidents des Sous-Commission QVT et EEP DPC au cours du 2^{ème} trimestre 2019.

Etat des lieux

Alors que de nombreux médecins se retrouvent en position de manager d'équipes ou de projets, les compétences managériales ne sont que peu enseignées lors des études de médecine.

Les internes prenant leurs fonctions ont également peu de connaissances et d'information sur le fonctionnement et l'organisation des établissements de santé.

Les médecins responsables de services ou d'unités ne reçoivent pas non plus de formation aux fonctions managériales (résolution des conflits, prise de parole en public, simulations d'entretiens individuels ...).

La seule obligation légale de formation au management concerne les chefs de pôle qui doivent bénéficier, au regard du décret n°201-656 du 11 juin 2001, d'une « formation adaptée à leurs fonctions » dans les deux mois de leur nomination. La formation doit notamment comprendre des apprentissages en gestion budgétaire et financière, pilotage médico-économique et performance hospitalière, systèmes d'information hospitaliers, management des ressources humaines, qualité, sécurité et gestion des risques, liés aux activités de soins, management d'équipe et conduite du changement. Elle est d'au moins 60 heures. Toutefois, cette formation n'est délivrée que lors de leur premier mandat. Il n'existe pas à ce jour de dispositif réglementaire prévoyant une formation complémentaire en cas de renouvellement de mandat.

Finalement, peu de praticiens ont eu accès récemment à des formations management au CHGR. Les seules formations ont résulté d'initiatives individuelles soutenues par un financement de l'établissement. Ainsi, deux médecins ont bénéficié de la formation Médecin Manager de l'EHESP.

Le parallèle est effectué avec la formation de l'encadrement soignant. En effet, les cadres de santé

bénéficient de peu de formation au management. Les Faisant Fonction de Cadre de santé ne suivent pas de formation spécifique. Les cadres supérieurs de santé n'ont, quant à eux, pas de Formation d'Adaptation à l'Emploi défini réglementairement.

Également, les médecins comme les cadres de santé doivent pouvoir acquérir des connaissances du fonctionnement des établissements de santé et plus globalement du système de santé et de ses réformes.

Par conséquent, il existe un réel besoin de formation en management. Ce programme de formation a vocation à y répondre.

Pour cela, il doit être :

- Adapté aux besoins et aux niveaux de responsabilités
- Destiné, selon les modules aux médecins et aux cadres et cadres supérieurs de santé afin de créer une culture managériale commune au sein des unités et pôles et favoriser la conduite de projet
- Rendu obligatoire
- Évalué à échéances définies.

Retour sur la formation médecin manager de l'EHESP suivi par le Dr xxxx et le Dr xxxx

Dr xxxx et le Dr xxxx ont suivi cette formation en 2019.

Ils sont très satisfaits et notent dans leur points positifs une bonne dynamique de groupe, des intervenants de qualité, une approche centrée sur l'analyse des pratiques et le co-développement notamment.

Cette formation est, pour eux, plutôt à destination des médecins qui ont déjà eu des responsabilités managériales afin de revenir sur des pratiques vécues.

Ils ont vu également l'intérêt d'une formation en dehors de l'établissement pour échanger avec des collègues extérieurs, avoir une parole plus libre.

A partir de cette formation, une association, H2M (Heuristique médecin managers), s'est créée et organise des séminaires avec des interventions et du co-développement.

Méthodologie d'élaboration

Une première réunion de travail a eu lieu en présence de M. Potier-DRH-DAM, Mme Chareyre-Directrice des soins, M. Freset-AAH DAM et moi-même (EDH) en février 2020.

J'ai rencontré plusieurs médecins du CHGR afin de leur soumettre pour avis une proposition de plan de formation.

Cette proposition a reçu un accueil très favorable de la part des médecins interrogés et des internes.

J'ai ensuite rencontré Mme Chareyre pour échanger sur les modalités d'une telle formation.

La proposition de plan de formation, une fois validée, devra être soumise pour avis à la Sous-Commission QVT et à la Sous-Commission EEP DPC.

Elle sera ensuite soumise pour approbation au Directeur général et à la CME.

Programme proposé

Il s'agit de définir un programme de formation à destination des praticiens hospitaliers et de l'encadrement paramédical afin de développer une culture managériale commune. Dans cet objectif, une rencontre entre la Direction des Affaires Médicales et la Direction des Soins a eu lieu préalablement.

Différents niveaux de formation sont proposés pour s'adapter aux besoins et aux niveaux de responsabilités.

La notion de management, dans ce cadre, s'entend du management fonctionnel.

Une partie des interventions pourrait être réalisées par des professionnels du CHGR, notamment pour les modules organisation hospitalière. Cette suggestion intéressante a été relayée par les médecins interrogés.

Au début de la formation, il est important de prévoir un temps de présentation des participants, de leurs attentes et objectifs.

Deux propositions sont ici formulées. Une première proposition que je qualifierais de plus « classique » mais qui répond aux besoins des médecins interrogés. Une seconde proposition travaillée après ma rencontre avec Mme Chareyre et qui s'inscrit davantage dans un accompagnement continu.

Première proposition :

4 niveaux sont proposés :

1^{er} niveau : Formation base du management et organisation hospitalière.

Objectif : Permettre aux personnels médicaux et soignants de bénéficier, lors de leur prise de fonction, d'une formation aux bases du management et de l'organisation hospitalière. Cette formation doit leur permettre de :

- ⇒ Développer leurs compétences et savoir-faire pour manager au quotidien les équipes ou les projets à partir d'outils et de méthodes (communication, encadrement, projet, gestion des conflits ...).
- ⇒ Connaître l'organisation hospitalière et son fonctionnement.

Public cible : Destinée aux praticiens hospitaliers, cadres de santé, FF de cadres de santé, cadres supérieurs de santé nouvellement arrivés ou en prise de responsabilités.

Contenu de la formation : 3 modules

Cette formation pourrait être introduite par ½ journée d'accueil et de présentation de l'établissement par la Direction et la Présidence de CME.

Module 1 : Organisation hospitalière et vie institutionnelle (dont la place de l'établissement sur son territoire)

- Durée : 1 journée

Module 2 : Les fondamentaux du management et de la conduite du changement (mobiliser son équipe, définir les objectifs et responsabilités de chacun, conduire le changement, conduire des entretiens individuels, organiser des réunions d'équipe, savoir communiquer au sein de l'équipe, gérer des situations conflictuelles au sein de l'équipe ...)

- Durée : 2 journées

Module 3 : Management de projet

- Durée : 1 journée

Méthode pédagogique souhaitée : Alternance entre apports théoriques et mises en situation pratiques/cas concrets

Période de formation : A réaliser dans les 12 mois de leur prise de poste

Durée de la formation : 4 jours

Nombre de session par an : 1

Evaluation du nombre de personnes à former par an : 12

- ⇒ Formation obligatoire.

2^{ème} niveau : Formation de consolidation des compétences managériales

Objectif : Permettre aux personnels médicaux et aux cadres et cadres supérieurs de santé déjà en poste de bénéficier d'une formation management et ainsi de renforcer leurs compétences et savoir-faire en matière de management.

Public cible : Destinée aux médecins et cadres et cadres supérieurs de santé en responsabilité d'équipe ou de projet qui souhaitent renforcer ou compléter leur formation en management

Contenu de la formation : 7 modules

Module 1 : Organisation hospitalière et vie institutionnelle

Module 2 : Les fondamentaux du management d'équipe et de conduite du changement (mobiliser son équipe, définir les objectifs et responsabilités de chacun, conduire le changement, conduire des entretiens individuels, organiser des réunions d'équipe, savoir communiquer au sein de l'équipe, gérer des situations conflictuelles au sein de l'équipe ...)

Module 3 : Management de projet

Module 4 : L'innovation managériale : les conditions pour le développement d'une équipe performante (développer la QVT, gestion et réduction des RPS, mobiliser les talents au sein d'une équipe, mobiliser les compétences individuelles et collectives, accompagner le changement)

Module 5 : Pilotage médico-économique et performance hospitalière

Module 6 : Management de la Qualité et de la Gestion des risques

Module 7 : Gestion des situations complexes (gestion des conflits ...).

Méthode pédagogique souhaitée : Alternance entre apports théoriques et mises en situation pratiques/cas concrets

Période de formation : Selon les besoins

Durée de la formation : Chaque module est d'une durée de 1 ou 2 jours

Nombre de session par an : 1

Evaluation du nombre de personnes à former par an : 12

3^{ème} niveau : Formation de renouvellement des compétences managériales des responsables de pôle d'activité clinique ou médicotechnique

Objectif : Permettre aux responsables médicaux et encadrement soignant de pôle de bénéficier d'une actualisation de leurs compétences et savoir-faire managériaux lors du renouvellement de leurs fonctions de chef de pôle ou d'assistants de pôle.

Public cible : Destinée aux chefs de pôle et assistants de pôle renouvelés dans leurs fonctions

Contenu de la formation : 4 Modules

Module 1 : Positionnement au sein du pôle et de l'établissement

Module 2 : Pilotage médico-économique et performance hospitalière

Module 3 : Management d'équipe et conduite du changement

Module 4 : Recrutement et fidélisation de praticiens hospitaliers (évolutions des attentes et des besoins, moyens d'action, développer une politique d'attractivité au sein du pôle ...)

Méthode pédagogique souhaitée : Alternance entre apports théoriques et mises en situation pratiques/cas concrets

Période de formation : Formation à réaliser dans les 6 mois de leur renouvellement

Durée de la formation : Chaque module est d'une durée de 1 ou 2 jours

Nombre de session par an : 1

Evaluation du nombre de personnes à former par an : à déterminer

⇒ Formation obligatoire

4^{ème} niveau : Accompagnement spécifique en cas de difficultés rencontrées par un médecin ou un cadre lors de ses fonctions de manager

Objectif : Apporter un accompagnement spécifique et individualisé pour les professionnels médicaux et cadres paramédicaux rencontrant des difficultés managériales

Public cible : Destinée aux praticiens hospitaliers et cadres paramédicaux rencontrant des

difficultés managériales et sollicitant une aide extérieure

Contenu de la formation : formation management / coaching personnalisé autour de 3 modules

- Module 1 : Résolution des conflits
- Module 2 : Réduction des RPS
- Module 3 : Coaching et accompagnement personnalisé

Méthode pédagogique souhaitée : alternance entre apports théoriques et mises en situation pratiques/cas concrets

Période de formation : Selon les besoins

Durée de la formation : A adapter selon les besoins, notamment pour le module 3.

Nombre de session par an : Selon les besoins

Evaluation du nombre de personnes à former par an : à déterminer.

Le lieu des formations est à déterminer : formation sur place ou à l'extérieur.

Deuxième proposition : créer une formation sur 2 ans avec un accompagnement continu

Modalités préalables : nécessite un accompagnant pédagogique sur toute la durée (par exemple, un référent interne pour les CS et CSS et un référent interne pour les médecins), ainsi que des ressources en ligne.

1^{ère} année :

Module 1 : Management projet :

- Bases théoriques
 - Éléments pratiques à partir de la construction d'un projet : constitution de groupes qui travaillent sur un projet choisi par leurs soins, puis qui les présentent. Cette modalité nécessite un travail par les participants en dehors du temps de formation.
- Durée : 2 jours répartis ainsi : 1 journée au départ (apport théorique puis définition des modalités de préparation des projets), puis ½ journée au moment du module 2 (pour point d'étape et aide sur le projet) et ½ journée au moment du module 3 (présentation du projet).

Module 2 : Organisation hospitalière et vie institutionnelle (dont la place de l'établissement sur son territoire)

- Durée : 3 demi-journées.

Module 3 : Les fondamentaux du management d'équipe et de conduite du changement (mobiliser son équipe, définir les objectifs et responsabilités de chacun, conduire le changement, conduire des entretiens individuels, organiser des réunions d'équipe, savoir communiquer au sein de l'équipe, gérer des situations conflictuelles au sein de l'équipe ...).

- Durée : 3 demi-journées.

2^{ème} année : Approfondissement des modules management pour les mêmes participants

Il s'agirait de sessions de co-développement.

Intérêt de cette seconde proposition : elle s'adapte aux besoins des participants, est plus flexible, personnalisable et permet une continuité pédagogique et un suivi du groupe.

Financement

Le coût de ce programme est à déterminer.

Pour les cadres et cadres supérieurs de santé, un financement ANFH sera recherché.

Plan d'action

Définition précise du besoin :

- ⇒ Ajustement du programme de formation souhaité.

Approbation de ce plan de formation avant lancement d'une procédure de mise en œuvre :

- ⇒ Présentation et validation de ce projet en Sous-commission QVT et en Sous-commission EEP DPC
- ⇒ Présentation en CSIRMT
- ⇒ Présentation pour validation des lignes directrices de ce projet par le Directeur Général et la Présidente de CME.

Analyse du marché :

- ⇒ Recherche de prestataires potentiels
- ⇒ Analyse de programmes existants
- ⇒ Benchmark auprès d'autres établissements.

Stratégie achat et mise en concurrence :

- ⇒ Formalisation et validation du cahier des charges technique
- ⇒ Choix de la procédure adéquate
- ⇒ Définition des critères de choix (pluralité des intervenants ...)
- ⇒ Mise en concurrence : publication, analyse des offres, choix du prestataire au regard des critères prédéfinis, notification du marché.

Mise en œuvre

- ⇒ Rencontre avec le fournisseur pour préciser les attendus des formations
- ⇒ Définition précise du planning de formation
- ⇒ Programmation des participants
- ⇒ Éléments logistiques (lieu ...).

Evaluation du dispositif de formation

- ⇒ Questionnaires de satisfaction
- ⇒ Evaluation concernant les apports à plus long terme au regard des fonctions occupées.

Annexe 5 : Dossier de presse de l'enquête FHF- Arthur Hunt, réalisée du 15 mai 2017 au 27 juin 2017 relative à l'attractivité médicale



PRINCIPAUX RESULTATS ENQUETE NATIONALE FHF- ARTHUR HUNT SUR LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES

Un échantillon représentatif de la population médicale hospitalière

- 1619 étudiants en médecine se sont exprimés à cette occasion ;
- 4003 médecins hospitaliers :



LES ELEMENTS QUI FONDENT L'ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL PUBLIC ET LES PRINCIPAUX LEVIERS D'ATTRACTIVITE IDENTIFIES

o Médecins



o Etudiants en médecine



Autant d'atouts pour l'hôpital public !

GHT ET COOPERATIONS MEDICALES DE TERRITOIRE



42,6% des médecins répondants considèrent que les coopérations médicales de territoire à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) constituent un levier d'attractivité, et ce alors même que les projets médicaux viennent d'être formalisés.

Les coopérations médicales de territoire sont-elles perçues comme un levier d'attractivité ? MEDECINS



Les principaux leviers à mobiliser

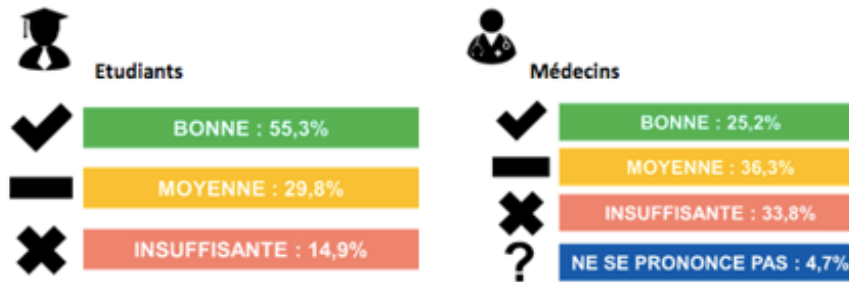
Pour quelles raisons les coopérations médicales de territoire sont-elles un facteur d'attractivité ?



Les médecins hospitaliers perçoivent plusieurs avantages à la mise en place des coopérations médicales de territoire au premier rang desquels : l'accès aux plateaux techniques et équipements d'autres établissements, l'amélioration de la qualité de prise en charge sur l'ensemble du territoire, et un allègement du poids des gardes et des astreintes grâce à une organisation à l'échelle territoriale.



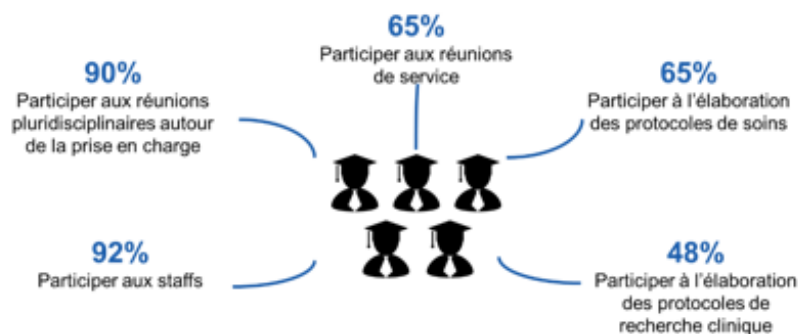
L'évaluation de la qualité de l'intégration



Les outils et pratiques évalués comme pertinents



Focus Etudiants



L'appréciation des dispositifs d'intégration par les médecins est mitigée, et il est à noter que la part d'insatisfaction augmente avec la taille de l'établissement (39% estime la politique d'accueil et d'intégration dans les CHUs insuffisante pour 33,8% en moyenne). Les réponses soulignent ainsi l'intérêt de développer une véritable politique d'accueil et d'intégration formalisée, pour les nouveaux médecins et les étudiants. Ces processus d'intégration, qui relèvent de la formalisation d'une politique de marque employeur, sont clés en ce qu'ils marquent le début de la relation avec l'hôpital.



L'accompagnement des parcours professionnels

Les praticiens ne se sentent majoritairement pas suffisamment accompagnés dans leur parcours professionnel.

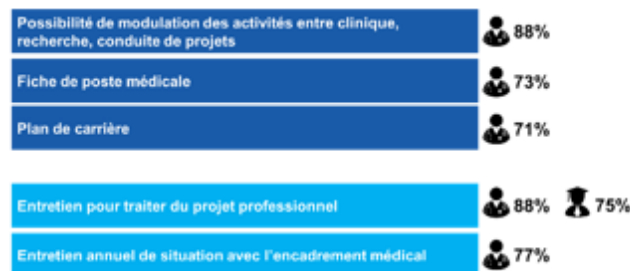
Ce constat est plus important entre 40 et 60 ans, qui sont 72% à considérer être insuffisamment accompagnés.



Un besoin de lisibilité sur les recrutements et les parcours professionnels :



Les outils et pratiques d'accompagnement professionnel considérés comme importants



Selon les résultats de l'enquête, les médecins adhèrent à la proposition d'un accompagnement professionnel. A ce titre, la formalisation des processus et critères de recrutement, de nomination sur les postes à responsabilités, et les outils tels que la fiche de poste, le plan de carrière, ou les entretiens annuels sont perçus comme pertinents. Cet accompagnement peut également se traduire également par la diversification des activités, entre clinique, projets de recherche, enseignement, coordination... perçue comme véritable source de richesse. Ces projets doivent pouvoir être proposés en cohérence avec les besoins du service, organisés et suivis, notamment à l'occasion d'entretiens annuels, jugés comme importants par 77% des répondants.



Les constats en matière de qualité de vie au travail

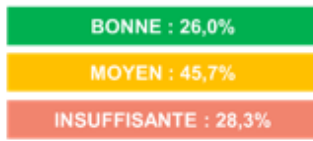
Les priorités du service font **SENS**
OUI : 64%
Non : 29%

Les praticiens se sentent en capacité d'**AGIR** sur le fonctionnement de leur service
OUI 52%
NON 46%

Les praticiens se sentent **SOUTENUS** dans leur exercice professionnel
OUI : 52%
Non : 39%

Les praticiens sont **IMPLIQUES** dans l'élaboration des projets institutionnels
OUI 49%
NON : 47%

Pour **64%** des médecins, les priorités du service font **sens**. **52%** d'entre eux se sentent **soutenus** dans leur projet professionnels et 52 % considèrent être en capacité d'agir sur leur environnement. En revanche, seuls 47% se sentent impliqués dans l'élaboration des projets institutionnels.



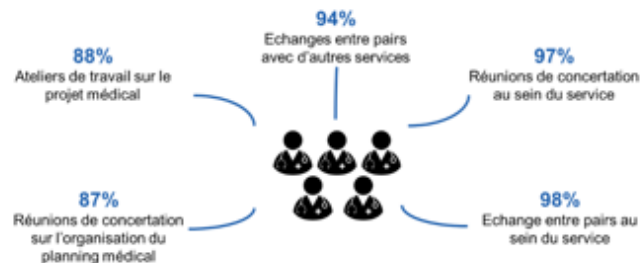
26% des médecins répondants se disent satisfaits de leur équilibre vie privée-vie professionnelle.

45,7% considèrent cet équilibre « moyen » et 28,3% en sont insatisfaits.



L'importance du management participatif

98% des médecins et 96% des étudiants estiment important d'être impliqués dans les prises de décisions organisationnelles et stratégiques de leur service, et soulignent l'importance des pratiques suivantes :



Conditions d'exercice - Les médecins considèrent comme importants et très importants les pratiques et dispositifs suivants :



Les outils en matière de QVT et de RPS plébiscités



D'une manière générale, l'appréciation de leur équilibre vie privée-vie professionnelle par les médecins est proche de celle constatée par d'autres études réalisées auprès de cadres. Par ailleurs, les médecins répondants adhèrent au déploiement d'outils permettant d'améliorer leurs conditions de travail au quotidien et plus particulièrement de réduire leurs tâches administratives et de préserver les conditions logistiques de leur exercice. Ils adhèrent également aux pratiques de management participatif. Les outils de prévention de la santé au travail sont enfin largement plébiscités. Ainsi les praticiens considèrent important de pouvoir avoir recours à des procédures de médiation et de conciliation en cas de conflits.

L'ENJEU DU MANAGEMENT



Les constats : 82% des médecins répondants estiment que la préservation des relations interpersonnelles est aujourd'hui une priorité du management médical



82% : La préservation des relations interpersonnelles est une priorité pour le management médical



67% : L'encadrement médical s'implique pour garantir le respect des règles de fonctionnement du service



Les outils et pratiques de management identifiées comme importantes



Sont favorables à des échanges de pratiques entre praticiens encadrants



Sont favorables à des dispositifs d'animation de la communauté managériale



Sont favorables à une charte de management médical

Dispositifs de formation et d'intégration des praticiens en responsabilité 80%

Possibilité de réaliser un autodiagnostic de ses pratiques managériales 74%

Coaching pour l'encadrement médical 67%

Ateliers de co-développement 52%

La majorité des médecins répondants perçoit positivement la proposition d'outils de développement des compétences managériales : formations managériales (le management étant peu enseigné dans les études de médecine), auto-diagnostic managerial, coaching individuel, ou encore ateliers de co-développement. Ils sont également favorables à ce que les praticiens en situation de responsabilité managériale puissent s'appuyer sur une charte de management médical, bénéficier de dispositifs d'animation de la communauté managériale et échanger entre eux.



Les constats en matière d'organisation du travail médical : la nécessaire vigilance sur l'équité



Organisation du travail : la majorité des répondants perçoit positivement la formalisation des organisations médicales et appelle à une meilleure synchronisation des organisations médicales et non médicales, facteur clé d'amélioration des conditions de travail



94% : plébiscitent la synchronisation des organisations médicales et non médicales



45% : ne sont pas satisfaits de la coordination entre les organisations médicales et soignantes



96% : estiment important avoir des temps d'échange avec l'équipe de soins

Annexe 6 : Charte d'accueil et de formation des internes, FHF



CHARTRE D'ACCUEIL ET DE FORMATION DES INTERNES DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS

PREAMBULE

Les stages hospitaliers des internes constituent la principale composante de la formation reçue au cours de leur 3^{ème} cycle d'études.

La mission dévolue aux établissements publics, Centres hospitaliers universitaires et Centres hospitaliers, d'accueil et d'accompagnement des internes lors de leurs stages, contribue pleinement au processus de formation médicale français. Il s'agit d'une responsabilité qui oblige vis à vis des générations de futurs médecins autant qu'une opportunité, celle de permettre aux praticiens de ces établissements de côtoyer régulièrement de jeunes collègues et de leur transmettre, au-delà de compétences purement médicales, les valeurs portées par l'hôpital public.

Les conditions dans lesquelles l'accueil et l'accompagnement des internes sont assurés dans les établissements hospitaliers constituent dès lors un marqueur de mobilisation de la communauté hospitalière publique. Ces conditions emportent aussi des enjeux majeurs, enjeu pédagogique pour la qualité de la formation pratique délivrée aux futurs praticiens issus de notre système de formation médicale, enjeu en matière d'attractivité des carrières hospitalières publiques mais enjeu également de politique sociale et de prévention des risques psycho-sociaux.

Les établissements publics, seuls ou au sein de dynamiques régionales, ont commencé à s'engager dans des démarches d'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement des internes au cours de leurs stages. Au-delà de ces initiatives, dont la qualité et la portée peuvent être significatives, il est important que l'ensemble de la communauté hospitalière publique témoigne d'une ambition collective en la matière, définisse un certain nombre d'objectifs qu'elle souhaite atteindre et se mette en situation de partager les bonnes pratiques, en association étroite avec les représentants des internes comme avec les facultés, eu égard aux responsabilités pédagogiques qui leur incombent.

C'est l'objet de cette « Charte d'accueil et de formation des internes dans les établissements hospitaliers publics » que de définir les objectifs qui permettront d'atteindre cette ambition. Elle est structurée autour de huit thématiques complémentaires :

- L'accueil dans l'établissement
- L'information à la prise de fonction
- L'intégration dans le service d'affectation
- La formation reçue au long des stages
- Les conditions de travail
- La gestion des temps professionnels
- L'implication des internes dans leurs stages
- Le dialogue social avec les internes

La mise en œuvre de cette charte, portée par le directeur, le président de la CME, le doyen et les représentants des internes s'inscrit dans le respect des dispositions statutaires, réglementaires et pédagogiques concernant les internes, leurs droits, leurs devoirs, leur formation et leur activité à l'hôpital.

I - L'ACCUEIL DANS L'ETABLISSEMENT

- **L'accueil des internes au sein de l'hôpital dans lequel ils sont affectés** constitue la première condition, indispensable, d'un stage réussi. Il doit leur permettre, au-delà du geste symbolique de bienvenue fait en leur direction par les responsables de l'établissement, de découvrir et de comprendre l'hôpital dans lequel ils effectueront leur stage.

⇒ Une journée d'accueil institutionnelle est organisée par la direction et la présidence de CME, à l'attention de l'ensemble des internes effectuant leur 1^{er} stage dans l'établissement¹. Les doyens ainsi que les représentants des internes y sont invités.

Cette journée a vocation à présenter l'hôpital, son organisation, le projet d'établissement et le projet médical, les droits et devoirs des internes ainsi que les principales modalités de fonctionnement pratiques (organisation de la gestion des ressources humaines des internes, rôle de la CME, accès aux prestations, modalités d'organisation et de participation à la permanence de soins, organisations représentatives des internes,...) permettant aux internes de disposer des repères nécessaires pour un bon déroulement de leur stage.

L'ensemble des thématiques constitutives de la présente Charte est abordé lors de cette journée d'accueil, présentées ou mises en perspective lorsqu'elles seront traitées à d'autres moments.

La réunion est programmée au plus tard dans le 1^{er} mois du 1^{er} stage réalisé dans l'établissement.

Des supports d'information (incluant notamment les organigrammes et répertoires utiles) sont remis aux internes dans ce cadre. La remise de documents dématérialisés, ou l'accès à des bases de données informatiques, sont privilégiés.

Les services hospitaliers s'organisent pour permettre la participation des internes à cette journée d'accueil.

Cette journée d'accueil ne se substitue pas au temps d'accueil réalisé par les facultés en présence des coordonnateurs de spécialités, présentant en particulier les conditions de réalisation et de validation des enseignements et des stages dans le cadre des DES / DESC.

- Une attention particulière est apportée aux **conditions dans lesquelles les internes se voient remettre leurs équipements personnalisés** (blouses, badges, codes d'accès individuels,...) afin que le processus soit rationalisé, compact et limite les démarches à effectuer. La recherche d'une procédure de remise en un lieu unique le 1^{er} jour de l'internat est privilégiée et à la charge de l'établissement
L'objectif est de permettre aux internes d'être opérationnels le plus tôt possible dans leur stage.

¹ Le séminaire d'accueil semestriel peut, le cas échéant, être fait annuellement en accord avec la structure représentative des internes, s'il y a peu de mouvement d'internes.

II - L'INFORMATION A LA PRISE DE FONCTION

- Afin que les internes puissent réaliser leur stage de manière la plus autonome et éclairée possible, diverses informations institutionnelles portant sur des politiques ou procédures spécifiques leurs sont délivrées.

⇒ Ces informations concernent en particulier :

- La politique qualité et la sécurité des soins de l'établissement
- Les principaux logiciels utilisés dans l'établissement (dossier médical, prescriptions d'actes, commandes, codage PMSI,...)
- Les vigilances, les procédures de gestion des risques associées ainsi que les procédures de déclaration des événements indésirables graves
- Les politiques de bon usage des prescriptions et le circuit du médicament
- Les modalités de représentation et de participation des usagers au sein de l'établissement ainsi les conditions de traitement des réclamations et plaintes
- La prévention des risques d'accidents ou de maladies professionnelles
- Les protocoles internes de conduite à tenir en cas d'urgence vitale

Ces informations sont délivrées aux internes dans le 1^{er} mois du 1^{er} stage réalisé dans l'établissement, soit dans le cadre de la journée d'accueil, soit le cas échéant lors de temps spécifiques.

III - L'INTEGRATION DANS LE SERVICE D'AFFECTATION

- L'organisation d'un temps institutionnel ne saurait suffire à accueillir les internes dans de bonnes conditions. Leur accueil et intégration dans la structure où ils sont affectés sont également très importants. C'est avant tout au sein de cet environnement de proximité qu'ils réaliseront leur stage et seront appelés à évoluer. Il est donc essentiel qu'ils s'y sentent à l'aise et attendus.

⇒ **Un accueil, organisé par le responsable de service, est prévu** afin de présenter l'organisation des structures (unités, services, cliniques, pôle), les organigrammes médical et paramédical, le projet de service, les modalités organisationnelles, les procédures de fonctionnement médicales, les temps de coordination entre professionnels, et d'une manière générale, tout ce qui présente une spécificité médicale ou technique particulière par rapport aux informations reçues dans le cadre de l'information générale à la prise de fonction.

Cet accueil de proximité est organisé au cours de la 1^{ère} semaine de chaque stage.

IV - LA FORMATION AU LONG DES STAGES

- L'architecture, le contenu et l'évaluation de la dimension pédagogique des stages de formation réalisés par les internes dans les établissements hospitaliers relèvent de cadres nationaux et de prérogatives légales et réglementaires dévolues aux Unités de Formation et de Recherche.

Le rôle reconnu dans ce cadre aux coordonnateurs universitaires de spécialités est essentiel.

- L'accueil reçu par les internes, les compétences transmises, les échanges avec les équipes médicales et paramédicales, l'évaluation et l'accompagnement dont ils bénéficient tout long de leurs stages contribuent néanmoins de manière très importante à la qualité formative de leur expérience hospitalière et au final à la plus-value pédagogique reçue.
La **formalisation**, dans le cadre d'un livret de stage, **des objectifs du stage hospitalier, des missions confiées à l'interne et de la participation à la permanence de soins** doit fortement contribuer à la mise en valeur et à l'amélioration continue de la formation reçue dans l'établissement, en conformité avec le projet pédagogique défini par le coordonnateur universitaire

V - LES CONDITIONS DE TRAVAIL

- **Les conditions de travail des internes constituent un autre facteur important de reconnaissance et d'attractivité.** L'attention qui y est apportée concerne différents aspects de l'exercice professionnel :
 - o Les espaces de travail au sein des services d'affectation, ou dans la meilleure proximité possible, permettant aux internes de travailler dans de bonnes conditions (consultation de dossiers, accès à des moyens Informatiques et de communication,...)
 - o L'accès à de chambres de gardes au sein des services où la garde est réalisée, ou dans une proximité compatible avec la permanence de soins à assurer, répondant à des standards normaux de confort (équipement, état, entretien)
 - o La prestation de restauration délivrée à l'internat ou sous forme de collation dans le cadre de la participation aux gardes qui doit être quantitativement suffisante et qualitativement satisfaisante
 - o L'espace dédié que constitue l'internat qui permet aux internes de se retrouver.
- **Les internes sont associés aux démarches susceptibles d'améliorer ou d'impacter leurs conditions de travail** dans les différentes dimensions décrites ci-dessus (réorganisation ou rénovation des chambres de garde ou de l'internat par exemple). A ce titre, la formalisation de convention pour la gestion de l'internat avec les structures représentatives des internes est encouragée.
- Afin de faciliter par ailleurs la conciliation de la vie familiale avec la vie professionnelle, et en raison de la féminisation croissante du corps médical, les mêmes conditions d'accès aux crèches de l'établissement sont proposées aux internes qu'aux autres professionnels de l'établissement.
Une information adaptée leur est délivrée pour cela.

VI - LA GESTION DES TEMPS PROFESSIONNELS

- Les obligations légales et réglementaires concernant le temps de travail des internes doivent être respectées dans le cadre de l'organisation et de l'accomplissement de leurs activités hospitalières.
- Cela porte sur leurs obligations de service hebdomadaires, sur la participation à la permanence de soins, et sur le respect du repos de sécurité, y compris en cas de participation à de la permanence des soins hors de l'établissement.

- Les sujétions, imposées aux internes dans le cadre de leur participation à la permanence des soins, s'inscrivent dans le respect du plan général des gardes et astreintes de l'établissement, dont la COPS, à laquelle participe les représentants des internes (action 7 du programme national), est garante.

VII - L'IMPLICATION DES INTERNES DANS LEURS STAGES

- Les dispositions de la présente Charte témoignent d'une ambition d'amélioration régulière de l'accueil et de la formation reçus par les internes dans le cadre de leurs stages hospitaliers.
Leur mise en œuvre doit s'accompagner de l'implication et d'engagements spécifiques des internes eux mêmes, acteurs de l'amélioration continue des pratiques.
- Dans ce cadre, que les internes s'engagent notamment à :
 - o participer de manière active à leur formation
 - o respecter les obligations professionnelles et déontologiques liées à l'exercice médical public
 - o respecter le règlement intérieur de l'établissement
 - o participer aux temps d'accueil et d'intégration organisés à leur intention
 - o participer à la vie collective et aux instances de l'établissement au sein desquelles ils sont représentés (CME, COPS, autres commissions ou groupes ad hoc)
 - o réaliser leurs obligations de service
 - o respecter le matériel, les équipements et les locaux, d'exercice professionnel, de repos ou de détente, mis à leur disposition
 - o participer à la permanence de soins au sein de l'établissement
 - o solliciter de leurs responsables médicaux et administratifs l'autorisation de participer à la permanence des soins hors établissement

VIII - LE DIALOGUE SOCIAL AVEC LES INTERNES

- La représentation des internes au sein des instances de l'établissement et l'organisation d'un dialogue social de qualité avec leurs représentants sont importantes.
- Les internes participent aux travaux de la CME, selon les conditions prévues par les textes notamment concernant leur nomination. Cela leur permet d'être informés sur la vie de l'établissement, sur les enjeux à relever et sur la manière dont la communauté médicale se mobilise pour y contribuer.
- Leur participation aux travaux de la COPS permet aux internes d'aborder en particulier les problématiques liées à leur participation à la permanence de soins, dans comme hors de l'établissement le cas échéant, au respect du repos de sécurité, et d'une manière générale aux questions relatives à leur temps de travail.
- Le dialogue social est facilité par l'organisation de temps d'échanges réguliers, au minimum une fois par semestre, entre des représentants des internes, de la CME et de la Direction générale. Ces rencontres, dans un cadre plus ou moins formalisé, au sein d'une instance locale ad hoc le cas échéant, permettent d'organiser le dialogue social, autour des problématiques qui concernent spécifiquement les internes dans l'établissement et qu'il peut être difficile d'aborder dans le cadre des réunions des autres instances. L'identification au sein de la CME d'un référent médical en charge des relations avec les internes pourra en

outre faciliter l'accompagnement des situations spécifiques en lien avec la direction de l'hôpital.

IX. EVALUATION

- La Fédération Hospitalière de France, soucieuse de promouvoir la signature et la mise en œuvre de la présente Charte par le plus grand nombre possible d'établissements, confiera à sa commission permanente sur l'attractivité médicale, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce dispositif.
- Les associations représentatives des internes pourront réaliser pour ce qui les concerne leurs propres évaluations, selon la fréquence et les modalités qui leur agréeront.
- Cela permettra d'assurer un suivi dans la durée du respect de la Charte et de l'amélioration des pratiques.

SIGNATURES (A PERSONNALISER PAR LES ETABLISSEMENTS)

Elève directeurs d'hôpital

Promotion 2019-2020

**Répondre au défi de l'attractivité médicale –
L'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier****Résumé :**

Malgré un territoire attractif, un établissement dynamique et un statut de praticien hospitalier qui présente de nombreux avantages, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier n'échappe pas aux difficultés de recrutement et la fidélisation du personnel médical.

Les conséquences sont majeures pour les établissements : impact financier, impact potentiel sur la continuité des soins et la qualité des prises en charge.

Face à ses difficultés, la question de l'attractivité d'un établissement est majeure. Les plans d'attractivité mis en place par les différents gouvernements puis déclinés dans les établissements ont apporté des améliorations notables mais se sont avérés insuffisants.

Les difficultés d'attractivité et de fidélisation du personnel médical ont des causes multifactorielles. La dynamique interne et l'image de l'établissement influent considérablement sur l'attractivité et la fidélisation du personnel médical. Mais, la démographie médicale ainsi que des éléments intrinsèques au statut de praticien hospitalier et aux règles de gouvernance de l'hôpital sont également à interroger.

Pour tenter de rendre l'hôpital plus attractif, des plans nationaux et des mesures internes aux établissements de santé sont instaurés.

Malgré ces mesures, les problématiques du manque d'attractivité de l'hôpital public n'ont pas cessé. Le recrutement de médecins, notamment dans certaines spécialités médicales, reste un sujet majeur pour les établissements. L'effet de la crise sanitaire et les négociations puis les décisions prises dans le cadre du Ségur de la Santé ont pour ambition de répondre aux attentes des médecins hospitaliers. Ainsi, selon le Premier Ministre, Jean Castex, la signature du Ségur de la santé est « un effort historique » en faveur de l'hôpital.

Les mesures annoncées portent, en matière d'attractivité médicale, essentiellement sur des augmentations de rémunérations des praticiens. Mais les difficultés pour attirer et fidéliser les médecins à l'hôpital ne sont pas seulement liées au niveau de rémunération. Parmi les autres facteurs à interroger figurent la participation institutionnelle, la qualité de vie au travail et les conditions de travail, l'accompagnement et la formation des professionnels médicaux.

Mots clés :

Attractivité médicale, management, qualité de vie au travail