



Mise en place d'une organisation en décompte horaire dans un service de médecine polyvalente : analyse de la démarche projet

DE Médecin Manager – PCME/PCMG

2023

Mathieu AUZI



EHESP

Table des matières

1.	Introduction.....	3
2.	Eléments de contexte.....	4
2.1.	Présentation de l'hôpital de Saint Palais et de son GHT	4
2.2.	Présentation du service de médecine	5
2.3.	Composition de l'équipe médicale du service de médecine.....	5
2.4.	Difficultés de recrutements et de fidélisation des praticiens	6
2.5.	Actions mises en place pour optimiser l'attractivité et la fidélisation	7
3.	Mise en place de l'organisation en temps horaire.....	8
3.1.	Genèse du projet.....	8
3.2.	Echanges avec l'équipe.....	9
3.3.	Travail sur les organisations	9
3.4.	Premier échange avec la direction	10
3.5.	Second entretien	11
3.6.	Mise en place de l'organisation en temps horaire	12
4.	Analyse de la gestion de projet	13
4.1.	Analyse de la démarche	13
4.2.	Gestion des échanges et négociations	15
5.	Conclusion	18
	Annexes	19

Liste des sigles utilisés :

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque.

CHSP : Centre Hospitalier de Saint Palais.

ETP : Equivalent Temps Plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

PCME : Président(e) de la Commission Médicale d'Etablissement

PCMG : Président(e) de la Commission Médicale de Groupement

1. Introduction

Les hôpitaux publics peinent à recruter des médecins. Ces difficultés sont très variables selon les territoires et selon les spécialités.

Bien qu'au Pays Basque, région peu impactée par les déficits médicaux, l'hôpital de Saint Palais connaît lui aussi des difficultés de recrutement. Le service de médecine polyvalente, dont l'activité se développe, est en recherche de nouveaux praticiens. Mais les médecins polyvalents sont actuellement très recherchés et peu nombreux. On observe une vraie concurrence entre les établissements, privés comme publics. Depuis la crise COVID, on constate une évolution du monde du travail et l'hôpital est tout aussi concerné. L'équilibre vie professionnelle et vie privée devient une priorité. Ces deux éléments expliquent les difficultés de recrutement mais également de fidélisation des praticiens du service.

Pour répondre à ces problématiques, l'établissement a fait le choix d'une réorganisation de l'équipe médicale afin de développer l'attractivité tout en restant sur les modalités de recrutement conventionnelles. L'organisation du temps de travail en décompte horaire plutôt qu'en demi-journées a permis de trouver un équilibre plus satisfaisant entre contraintes et rémunération. Cette organisation est en place depuis le 15 janvier 2024 et nous observons déjà les résultats avec 2 titularisations et un recrutement confirmé.

Lorsque ce projet a été lancé, la formation avait déjà débutée. La participation aux différents modules m'a permis d'analyser et comprendre certaines des difficultés que j'ai pu rencontrer. Ce travail a donc pour objectif principal d'analyser ma démarche projet à la lumière des compétences et connaissances acquises au cours des de la formation. Cette analyse me permettra d'identifier les clés de réussite mais également les points de faiblesse à corriger afin d'aborder les futurs projets plus sereinement.

2. Eléments de contexte

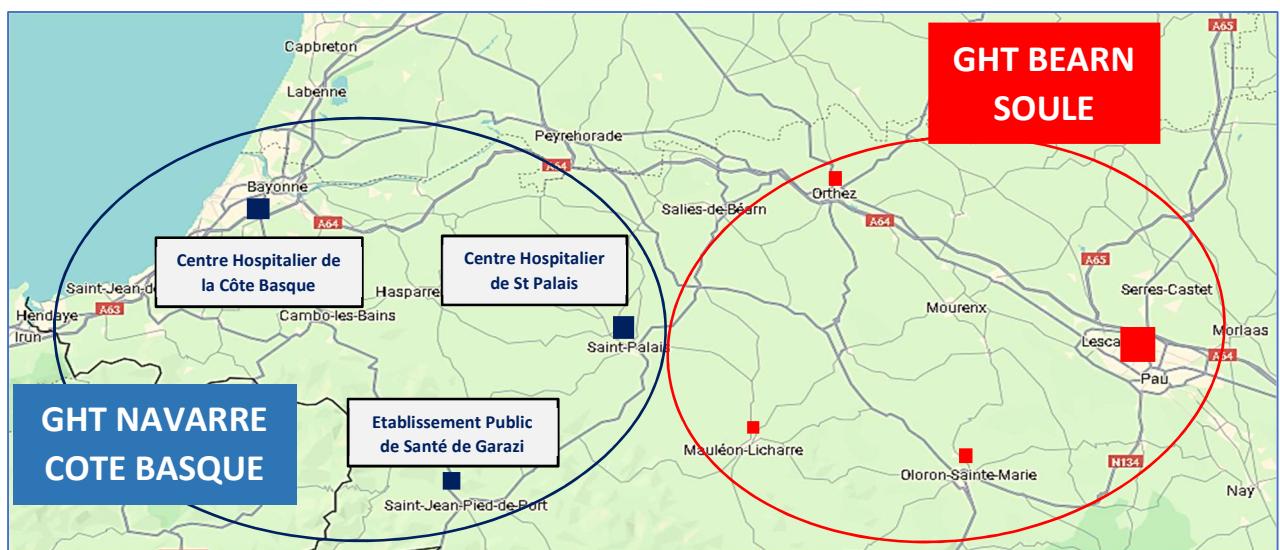
2.1. Présentation de l'hôpital de Saint Palais et de son GHT

Le centre hospitalier de Saint Palais (CHSP) a été créé en 2013 par transformation de la clinique Sokorri. Il s'agissait d'une clinique essentiellement chirurgicale. La situation financière dégradée et le risque de rupture de l'offre de soins a amené le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) a proposé une transformation en établissement public en direction commune. Le CHSP est donc établissement partie du GHT Navarre Côte Basque.

En 2020, le GHT a intégré l'Etablissement Public de Santé de Garazi situé à Ispoure. Cet établissement a été créé suite à la transformation de la fondation Luro en hôpital local. Il est également en direction commune avec le CHCB.

Le centre hospitalier de Saint Palais se situe à l'est du territoire, à 50 Km de Bayonne. Il est frontalier du GHT Béarn Soule porté par le Centre Hospitalier de Pau. Il est proche de 2 établissements de ce GHT, le Centre Hospitalier d'Orthez à 40 Km et le centre Hospitalier d'Oloron à 50 Km.

Le CHSP est un établissement de 77 lits. Ils sont répartis en 35 lits de médecine, 3 lits d'hôpital de jour, 12 lits de chirurgie, 8 places d'ambulatoire, 7 lits de maternité, 4 lits de soins continus et 4 lits d'hospitalisation de courte durée. Malgré sa taille modeste, le CHSP dispose d'un plateau technique étoffé avec un bloc opératoire et un service d'imagerie complet (radiologie, scanner et IRM).



2.2.Présentation du service de médecine

Au décours d'une phase de restructuration de l'établissement en 2019, la capacité du service de médecine est passée de 24 à 35 lits.

Le développement du plateau technique ainsi que la montée en compétence des médecins intervenant dans le service a permis de faire évoluer le profil des patients hospitalisés. L'activité qui était essentiellement gériatrique a évolué vers une offre de médecine polyvalente. Le développement du plateau technique et la mise à disposition des médecins spécialistes du CHCB garantit la sécurité et la qualité de prise en charge des patients. Le service connaît actuellement un développement important de l'activité d'oncologie nous amenant à la création de 4 lits identifiés soins palliatifs en 2023.

La gériatrie reste une part importante de notre activité. En 2023 et en lien avec le pôle inter établissement de gériatrie, nous avons mis en place une équipe mobile de gériatrie basée sur le CHSP.

En 2023 nous avons compléter notre offre par l'ouverture d'un hôpital de jour de médecine.

2.3.Composition de l'équipe médicale du service de médecine.

Au 1^{er} juin 2023 l'effectif médical disponible pour le service était de 4,7 Equivalent Temps Plein (ETP). 1 ETP supplémentaire restait vacant depuis le 1^{er} janvier 2023. L'effectif se répartissait comme décrit dans le tableau n°1.

	Statut	Quotité	Expertise	Profil d'activité
Dr E	Titulaire	70%	Gériatrie, soins palliatifs et soins oncologiques de support.	Service uniquement
Dr B	Titulaire	80%	Gériatrie, plaies et cicatrisation.	60% EMOG, 20% consultation plaie et cicatrisation
Dr Mathieu AUZI	Titulaire	60% (+40% au CHCB)	Diabétologie et nutrition	20% consultation nutrition et 40% de temps dédié à la CME
Dr J	Titulaire	100%	Gériatrie	Service uniquement
Dr L	Contractuel	80%		Service uniquement
Dr P	Contractuel	80%		Service uniquement

Tableau 1 : composition de l'équipe médicale au 1^{er} juin 2023

L'effectif cible étant de 5,7 ETP, cet effectif ne permettait pas d'assurer toute les activités dont le développement de l'activité de médecine ambulatoire comme prévu en 2023.

2.4. Difficultés de recrutements et de fidélisation des praticiens

L'augmentation du nombre de lits et le développement des activités du service induisent un besoin constant de médecins. En 10 ans le besoin est passé de 3 à 5,7 ETP.

Depuis près d'un an, nous sommes confrontés à des difficultés de recrutement. Il est également très difficile de trouver des médecins remplaçants.

Les causes sont multiples :

- l'amplitude horaire importante en lien avec la charge de travail.
- le temps de trajet. Les candidats veulent habiter sur la côte à plus de 45 min de route minimum du CHSP.
- la rémunération, telle que définie par les lignes directrices de gestion des personnels médicaux du GHT, qui est jugée insuffisante au regard des contraintes et du coût des trajets. *Recrutement sur un contrat de praticien contractuel motif 1 avec rémunération équivalente quel que soit l'établissement. Base de 55607€ brut annuel à l'embauche et majoration de 10% au bout de 6 mois.*
- la concurrence de certains établissements privés qui sont nombreux sur le territoire mais également de certains centres hospitaliers qui proposent des contrats de praticien contractuel motif 2 avec rémunération maximale.

Dans ces conditions, nous n'avons trouvé qu'un seul médecin remplaçant à temps partiel de mars à juillet 2023. Malgré son intérêt pour l'activité du service, ce médecin n'a pas souhaité poursuivre son contrat. Début 2023 j'avais été contacté par une jeune médecin généraliste qui prévoyait de s'installer au Pays Basque en novembre 2023. Son profil paraissait idéal pour le service, malheureusement les conditions financières n'étaient pas suffisamment attractives par rapport aux autres établissements.

En parallèle, les 2 praticiens encore contractuels ont également exprimé la demande de prise en compte des contraintes inhérentes au service. Ils ont demandé une majoration de leur rémunération ou du temps de récupération plus important après leur astreinte. Cela leur a été refusé.

2.5. Actions mises en place pour optimiser l'attractivité et la fidélisation

Titularisation des contractuels :

Les 2 praticiens contractuels ont passé leur concours de praticien hospitalier début 2023. Ils ont été titularisés au 1^{er} tour 2023.

Optimisation de la rémunération des contractuels :

Après négociation avec la direction, les lignes directrices de gestion du personnel médical du GHT ont été modifiées. Depuis septembre 2023, tout praticien contractuel recruté au CHSP bénéficie d'emblée de la majoration de 10%. Mais sans majoration supplémentaire à 6 mois.

Revalorisation de la permanence des soins :

Les Commissions de Permanence des Soins du CHSP et du CHCB ont pu faire évoluer la rémunération des astreintes. Sur les 2 établissements, le temps de travail du samedi a été intégré au week-end et le temps d'astreinte de journée (du samedi et du dimanche) a été forfaitisé. Le tarif a été aligné sur le tarif de garde. Auparavant les journées d'astreinte de week-end étaient rémunérées selon les déplacements. La nuit est restée au tarif d'astreinte de sécurité. Cela représente une revalorisation notable du travail effectué le week-end.

3. Mise en place de l'organisation en temps horaire

3.1. Genèse du projet

Malgré les mesures d'attractivité mises en place il n'a pas été possible de recruter de nouveaux praticiens ce qui a dégradé les conditions de travail de l'équipe. Cela a amené un des praticiens contractuels à réduire son temps de travail, aggravant ainsi le déficit en temps médical.

Il était donc nécessaire de travailler à une nouvelle organisation médicale mais avec 2 objectifs, l'attractivité et l'amélioration des conditions d'exercice. Une organisation en temps horaire paraissait être une solution à ces problématiques.

Mais plusieurs freins étaient évidents. Tout d'abord la législation qui ne prévoit ces organisations que pour des spécialités qui sont soumises aux gardes et donc à un travail continu. Le deuxième frein était le besoin accru en ressource médicale induit par cette organisation. La situation financière actuelle du CHSP, qui était favorable avant la crise COVID mais qui ne l'est plus, me paraissait incompatible avec une augmentation importante de l'effectif. Enfin je me questionnais sur la pertinence d'une organisation nécessitant plus de recrutements médicaux alors que nous sommes déjà en difficulté et que la pénurie en médecins polyvalents semble s'aggraver.

Lors du deuxième module j'ai échangé avec le Dr Marie-Hélène Alleman Trevidic, Présidente de la Commission d'Etablissement de Groupement du Centre Hospitalier Centre Bretagne. Elle aussi réfléchissait à ce type d'organisation. Elle a abordé le sujet lors de la conférence nationale des PCME de juin 2023. Même si ses problématiques étaient différentes, une organisation en temps horaire lui permettait de mieux prendre en compte la charge de travail de ses praticiens mais également de rémunérer du temps additionnel. Cela peut être un levier de revalorisation. Son intervention à finit de me convaincre de poursuivre dans cette voie.

J'échange constamment avec le Dr Leila LAZARO, PCME du Centre Hospitalier de la Côte Basque et PCMG du GHT. Ensemble nous travaillons sur l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens du GHT. L'exemple de l'équipe d'anesthésie de Bayonne, qui est passée en temps continu, nous a prouvé que c'est un levier de recrutement majeur. A ce jour tous les postes sont pourvus. En 2023, le passage en temps continu a été validé pour les équipes de pédiatrie et d'obstétrique. Dans cette dynamique j'ai évoqué avec ma consœur mon idée de modification des organisations du service de médecine. Elle y était tout à fait favorable et partageait ma vision.

Malgré les freins identifiés, au mois de juin 2023, il me semblait que le contexte était favorable à la négociation pour la mise en place d'une organisation en temps horaire dans le service de médecine.

3.2. Echanges avec l'équipe

Après ma participation à la conférence nationale j'ai partagé mes idées avec mes collègues du service de médecine. Certains avaient des difficultés à imaginer comment cela serait applicable à notre service et surtout l'impact sur les plannings.

Les praticiens contractuels, ont été d'emblée très favorables car ils y trouvaient les réponses à leur demande. Moins de trajets et une rémunération, bien qu'identique, plus adaptée au temps de présence dans le service.

Au mois de juin, nous avions encore un médecin remplaçant à 60%. Celui-ci m'a confirmé qu'une organisation en temps horaire pourrait être attractive et le motiver à rejoindre l'équipe.

3.3. Travail sur les organisations

Afin de satisfaire les attentes de l'équipe, l'organisation devait surtout permettre de diminuer les jours de présence. Pour cela il fallait trouver le dimensionnement horaire de chaque activité et définir l'objectif horaire hebdomadaire. La réduction du nombre de jours induit nécessairement des amplitudes horaires plus importantes et/ou négocier un temps hebdomadaire moins important. Sur ces deux points il fallait trouver le juste équilibre entre les limites négociables pour mes collègues comme pour la direction.

Dans un souci de justice entre les différents praticiens, il fallait également trouver une organisation assurant les mêmes avantages à chacun alors que leurs activités peuvent être très variables.

Un point était certain, il était nécessaire de réduire le temps hebdomadaire. Mais pour autant, il ne fallait pas trop le réduire au risque de voir le nombre d'ETP nécessaire augmenter significativement. J'ai ciblé un temps hebdomadaire de 44h/semaine. C'est ce qui avait été négocié par les différents services déjà passés en temps continu. Une augmentation trop importante du nombre d'ETP n'était pas soutenable financièrement. Les difficultés de recrutement étaient également un facteur limitant.

Afin de déterminer au mieux les ETPs nécessaires je me suis servi de l'outil créé par l'ANAP « Trame d'organisation du temps médical »

J'ai donc imaginé différentes organisations permettant de trouver un compromis entre toutes les contraintes.

J'ai effectué ce travail sur la fin du mois de juin. Certains de mes collègues étaient déjà en congés. Il était très difficile de trouver un temps permettant de réunir toute l'équipe. J'ai donc rédigé une synthèse que j'ai partagé avec eux. Ce document était un brouillon du document que je souhaitais adresser à la direction. Celui-ci était annoté et proposait différentes options.

J'y avais inséré quelques paragraphes explicitant les points les plus importants. Ce document (annexe n°1) a été partagé sur notre groupe WhatsApp.

J'ai pu échanger directement et individuellement avec la quasi-totalité de l'équipe. Une de mes collègues était en congés. Nous avons échangé par téléphone.

3.4. Premier échange avec la direction

Avant de rencontrer le directeur général j'ai partagé mon travail avec ma consœur PCME/PCMG du CHCB. Elle était très favorable. Elle a pu aborder le sujet lors de ses entretiens hebdomadaires avec le directeur.

Début juillet j'ai sollicité le directeur pour fixer un entretien. Il a répondu favorablement et rapidement à ma demande, une réunion a été fixée au 12 juillet dans son bureau en présence du directeur des affaires médicales du GHT et de la directrice déléguée du CHSP.

En amont de la réunion j'ai adressé, à chacun, le document que j'avais rédigé, accompagné du fichier issu de l'outil de l'ANAP détaillant le calcul des effectifs.

Le directeur m'a laissé présenter mon travail et dérouler mes arguments. Lors de ma présentation j'ai insisté sur les difficultés de recrutement. En fin de présentation j'ai pu mettre en avant les chances de réussite de cette nouvelle organisation et rappeler que nous avions deux candidats qui pourraient confirmer leur venue.

Le directeur a validé le principe de passage en temps horaire très rapidement. La discussion s'est concentrée sur 2 points. Le temps horaire hebdomadaire et le temps de travail réalisé en astreinte. Il a convenu qu'une base de 48h semaine ne permettait pas de réduire significativement les jours de présence et a validé une base de 44h semaine.

En revanche, il n'a pas accepté que le temps d'astreinte soit intégré dans notre temps de travail. Je savais que cela induirait plus de jours de présence dans le service et que cela ne serait pas suffisant pour gagner en attractivité.

Conscient de l'avancée que cette première étape représentait, j'ai remercié le directeur mais il était nécessaire de poursuivre la négociation. A ce moment de la discussion j'ai pris conscience qu'une attitude négative pouvait remettre en question mon projet. J'ai reformulé les propos du directeur dans le but de clarifier sa position et expliquer l'impact que cela représentait sur l'organisation de l'équipe.

Il m'a demandé d'en discuter avec mes collègues et de proposer cette nouvelle organisation aux candidats.

3.5. Second entretien

Dès la sortie de la réunion j'ai contacté mes collègues. La réaction a été mitigée. Certains y trouvaient déjà une avancée significative avec quelques journées de présence en moins mais d'autres n'y trouvaient pas assez d'intérêt. Les praticiens à temps partiel n'envisageaient plus d'augmenter leur quotité de temps. Le retour des candidats n'a pas été favorable. Ma proposition ne leur paraissait pas assez attractive.

A la rentrée j'ai donc recontacté la direction. Un nouvel entretien a été fixé au 2 octobre.

Dans l'intervalle la situation du service s'est compliquée. L'absence de remplaçant nous a conduit à une période de fermeture d'un tiers du service pendant 10 jours au mois de septembre. Un des 2 candidats que nous envisagions de recruter nous a informé qu'il avait accepté une offre dans un autre établissement. Une deuxième période de fermeture pour la fin d'année se profilait.

Lors de la réunion du 2 octobre, la directrice n'était pas présente mais ma collègue PCME/PCMG de Bayonne était là.

L'enjeu me paraissait plus important que lors du premier entretien. La perspective de fermeture permanente d'une partie des lits n'était pas envisageable. La dégradation des conditions de travail et l'augmentation de la charge de travail menaçait la stabilité de l'équipe.

J'ai préparé chacun de mes arguments. J'ai échangé avec ma collègue PCME pour identifier les potentiels freins de la direction. Le principal frein nous paraissait être le risque de généralisation de la demande de passage en temps horaire pour les autres équipes du GHT. Nous étions d'accord que ce type d'organisation ne serait proposé que pour le Centre Hospitalier de Saint Palais.

La réunion a eu lieu après le module 3. Les outils et concepts abordés lors de la formation m'ont incité à préparer ma prise de parole. J'ai essayé de mettre en application les conseils pour développer mon assertivité.

La réunion a permis de valider la mise en place de la nouvelle organisation au 1^{er} janvier 2024. Le directeur y a mis certaines conditions : un maintien de l'engagement de l'équipe, une répartition des congés sur l'année et assurer une continuité des soins optimale.

3.6. Mise en place de l'organisation en temps horaire

A la demande du directeur des affaires médicales du GHT, une réunion de travail a été organisée. L'objectif était de reprendre mes calculs d'effectif et définir le besoin précis. A cette réunion était présente son assistante et la cheffe de pôle inter établissement de médecine interne auquel est rattaché le service.

Nous n'avions pas la même base de réflexion. Dans mon calcul de temps annuel d'un praticien j'y avais intégré les jours de formation alors que ce n'est pas l'habitude sur le CHCB. De mon côté j'avais estimé au plus près le besoin en prenant en compte les activités qui n'étaient pas assurées en cas de congés. Nous nous sommes accordés sur une moyenne et validé un besoin de 2,5 ETP.

Au 1^{er} octobre nous avons nommé les nouveaux chefs de service. J'ai confié la responsabilité à mon collègue le Dr J. Très rapidement il a voulu s'investir dans la construction du nouveau planning. Il a créé un outil Excel lui permettant de suivre le temps de travail de chaque praticien. Il a rapidement proposé un planning pour que chaque membre de l'équipe puisse se projeter.

N'ayant pas participé aux réunions antérieures il a eu des difficultés à intégrer certains éléments. Il a été nécessaire de reprendre la trame. La formalisation du planning a mis en évidence quelques difficultés de fonctionnement nous amenant à re questionner le dimensionnement horaire de certaines activités.

Nous avons présenté cette nouvelle trame à nos collègues. Nous avons été surpris par le manque d'enthousiasme de certains. Certains trouvaient la trame trop complexe et peu lisible. Nous avions pris en compte une augmentation de temps de travail pour les 3 praticiens à temps partiels qui le souhaitaient initialement. Le jour de la présentation il nous ont tous exprimé leur hésitation et demandé de maintenir leur quotité de temps.

Ce planning a été construit sur une base d'effectif complet. Malheureusement les pistes de recrutements n'ont pas été concluantes. Le médecin remplaçant présent jusqu'au mois de juillet s'est finalement engagé ailleurs. J'ai recontacté le 2^e candidat. Il a jugé la proposition intéressante mais s'était, entre temps, engagé dans un autre établissement jusqu'à mars 2024. Mais il a proposé des dates pour des remplacements afin de découvrir le service et l'équipe.

Nous n'avions pas les conditions pour mettre en place la nouvelle organisation au 1^{er} janvier alors qu'elle était nécessaire pour gagner en attractivité.

Début octobre nous avons été contacté par une ancienne interne qui nous a fait part de sa disponibilité pour des remplacements et possiblement une prise de poste. Elle s'est positionnée pour un essai de 1 mois à 80% de mi-janvier à mi-février 2024. Grâce à elle nous avions un effectif minimum pour mettre en place le planning mais à condition de prioriser la gestion du service au dépens de l'activité de consultation et des temps administratifs. Nous

avons fait le choix de mettre de côté ces activités afin qu'elle nous rejoigne en faisant le pari qu'elle reste.

L'organisation en temps horaire a pu être mise en place le 15 janvier 2024. La poursuite des consultations et le développement de l'activité ambulatoire se développeraient en fonction des recrutements. En cas de manque d'effectif ponctue, les praticiens se sont engagés à compléter le planning, ce qui leur permettra de comptabiliser du temps additionnel.

4. Analyse de la gestion de projet

4.1. Analyse de la démarche

Lorsque j'ai initié la réflexion sur la réorganisation de l'équipe je n'avais pas assisté au module 5 consacré à la gestion de projet. A ce moment-là, l'étape qui me paraissait cruciale était la négociation avec le directeur. C'est la seule étape pour laquelle j'ai eu le souhait de me préparer.

Une démarche solitaire

A la lumière des éléments travaillés lors du module j'ai compris que ma démarche était très solitaire. Je n'ai pas imaginé réaliser ce travail en équipe alors qu'il avait pour objectif de faire évoluer l'organisation de ma propre équipe.

Le manque de concertation avec mes collègues explique leurs difficultés à se projeter et se positionner clairement sur l'évolution de leur temps de travail. Cela explique également le manque d'enthousiasme que j'ai perçu. Les échanges que j'ai pu avoir avec chacun n'ont pas permis de leur faire comprendre les enjeux et modalités de cette nouvelle organisation.

Je n'ai pas non plus intégré la direction des affaires médicales. J'ai donc travailler seul sur les différentes organisations possibles. Des échanges, en amont, nous auraient permis de nous accorder sur des bases de réflexion communes. La 3^e réunion, plus technique, aurait dû avoir lieu avant la présentation au directeur. Ce travail m'a pris du temps, souvent au-delà de mon temps de travail. La sollicitation de l'assistante des affaires médicales m'aurait certainement fait économiser du temps.

Au mois de juin, si je n'ai pas mis en place de groupe de travail, c'est parce que cela me paraissait incompatible avec les agendas de chacun et surtout le délai que je m'étais imposé. Je souhaitais exposer mon projet au directeur avant les périodes de congés de l'été. La mise en place d'un groupe de travail avec des objectifs bien définis aurait été plus efficace. J'aurais dû intégrer mon collègue le Dr J qui était déjà identifié comme le futur chef de service afin qu'il participe à la construction de la nouvelle organisation. Il aurait eu moins de difficultés à créer la nouvelle trame de planning.

Avant l'été, la dynamique inter établissement des différentes directions fonctionnelles n'étaient pas aussi opérationnelle qu'aujourd'hui. Malgré mes sollicitations je n'avais que peu de retour du service des affaires médicales me renvoyant à la direction déléguée du CHSP. La direction déléguée et la responsable des ressources humaines de l'établissement n'avaient pas les compétences pour répondre aux questions techniques concernant les praticiens hospitaliers. Un temps de cadrage et la mise en place d'un comité de pilotage aurait été la solution. L'intégration du directeur des affaires médicales aurait pu garantir la participation son service plus compétent sur les questions d'organisations médicales.

Une évaluation des risques insuffisante

Je n'ai pas eu la démarche d'anticiper tous les risques potentiels. Certains étaient pourtant évidents.

Encore une fois, je ne me suis focalisé que sur les temps de négociation. En amont de la réunion j'avais échangé avec ma collègue PCME du CHCB pour identifier les éléments que le directeur pourrait identifier comme un frein. Nous avions, par exemple, bien identifier sa crainte que la validation de notre organisation crée une demande de tout le GHT.

En revanche, je n'avais pas anticipé le risque de désengagement des médecins qui se disaient intéressés pour une prise de poste. Je n'ai pas non plus anticipé le recul de mes collègues. Ces deux points étaient pourtant essentiels et étaient certainement les risques majeurs. A posteriori, ces deux points pouvaient mettre à mal la réalisation de mon projet. Jusqu'à trouver une autre candidate, la mise en place de l'organisation paraissait compromise. Cela a eu un impact négatif sur le moral et la motivation de l'équipe. Cela a questionné le fonctionnement de l'équipe en cas de période de sous-effectif (arrêt maladie ou démissions). Je n'avais pas envisagé cette situation. La possibilité de temps additionnel n'a été abordée qu'en fin d'année. Identifier ce risque et présenter les moyens de le prévenir aurait pu être un élément favorisant la négociation car garantissant le fonctionnement de l'organisation proposée.

Mon analyse met donc en évidence une absence de cadrage. Depuis ma participation au module 5 j'ai compris l'importance capitale de ce cadrage. Cette étape est nécessaire au succès de la conduite du projet.

4.2. Gestion des échanges et négociations

Entretiens avec le directeur :

Le directeur est un interlocuteur qui est à l'écoute. J'ai pu constater, au décours de nos échanges précédents, sa volonté d'assurer un climat favorable au dialogue. Mais j'ai abordé notre entretien avec une appréhension inhabituelle.

Afin de mieux gérer la négociation et assurer les conditions me permettant d'être en confiance, j'ai partagé en amont le document expliquant la nouvelle organisation.

Mais mon objectif était double. Je souhaitais que le directeur puisse prendre connaissance des éléments techniques. Il avait bien lu et annoté le document. Nous avons débuté la réunion avec le document sous les yeux.

A ce moment-là, je n'avais pas encore participé au module 3. Aujourd'hui, je peux identifier mon approche comme pertinente. La découverte du MBTI et des différents profils de personnalité m'ont permis de mieux analyser le fonctionnement de mon directeur. Je l'identifierais comme introverti avec un besoin de temps de réflexion mais surtout avec une fonctionnement « thinking » et donc le besoin d'avoir des données objectives pour faire son analyse. Ces 2 dimensions me correspondent également puisque j'ai un profil INTJ. Cela a certainement participé à la bonne conduite de l'entretien et la validation très rapide du passage en temps horaire.

La négociation s'est concentrée sur le comptabilisation du temps d'astreinte. Il n'y était pas favorable. Mais sans intégration du temps d'astreinte, je savais que l'organisation perdait en intérêt pour mes collègues et en attractivité pour les futurs candidats. Je suis resté vigilant à ne pas faire transparaître mon insatisfaction. J'ai voulu maintenir une dynamique positive et éviter toute réponse ou attitude négative.

J'ai donc utilisé la reformulation afin de clarifier la situation et l'impact sur les organisations. Mon objectif était de partager le constat que cela réduisait l'attractivité d'une telle organisation en espérant un changement de point de vue du directeur.

Une fois le constat partagé je me suis retrouvé en difficulté. Sur le moment je n'ai pas trouvé les arguments permettant de le faire changer d'avis. Je n'ai pas questionné ses arguments ou son point de vue motivant sa position. Mais il m'a paru nécessaire de ne pas insister. Ce n'était pas le moment.

Suite au module 3 j'ai abordé notre 2^e entretien différemment. J'ai pu analyser mes forces et faiblesses lors de mon 1^{er} entretien. Je me suis donc préparé en essayant d'intégrer les différentes outils et techniques présentés lors du module 3.

J'y ai découvert la notion d'assertivité. Afin de la développer j'ai travaillé sur 2 points : le contenu et la forme des messages que je voulais transmettre.

Pour ce qui est du contenu, j'ai préparé mes arguments afin de me sentir en maîtrise de la négociation. J'ai échangé avec ma consœur PCME du CHCB présente à l'entretien. Ensemble nous avons analysé la situation et tenter d'identifier les freins que le directeur pouvait exprimer. Nous avons également préparé un bilan de la situation du service pour la fin d'année. L'absence de recrutement et de remplaçant allait amener à une 2^e période de fermeture de lit. Nous ne voulions pas aborder ce sujet sous la forme d'une menace ou d'un chantage. J'ai décidé de mettre en avant tous les mesures et moyens que l'équipe a déployés pour éviter cette situation. Mon objectif était de l'amener au constat que nous avions déjà épuisé de nombreuses pistes.

Pour ce qui est de la forme, j'ai préparé ma prise de parole en intégrant les concepts présentés lors du module 3. J'ai posé, par écrit, des phrases afin de m'entraîner. J'ai travaillé la formulation pour assurer mon message. J'ai surtout imaginer comment je pouvais exprimer les points que je n'avais pas réussi à aborder lors du premier entretien. J'ai imaginé comment demander à mon directeur quels étaient les freins à l'organisation que je proposais.

La mobilisation de ces différentes techniques m'ont permis d'aborder le 2^e entretien plus sereinement. Dès le début de l'entretien j'ai pu exprimer clairement ma demande. Je me suis senti plus en confiance. Nous avons abordé ses freins à la nouvelle organisation. L'un d'entre eux était le risque que d'autres services du GHT demandent les mêmes conditions de fonctionnement. Avec ma consœur PCME du CHCB nous avions anticipé ce point. Nous nous sommes engagés à expliquer clairement à nos communautés mutuelles les motivations spécifiques de cette organisation. Nous avons proposé une mise à jour des lignes directrices de gestion du personnel médical du GHT et une présentation en CMG.

Echanges avec l'équipe :

Lors de la construction du planning nous avons pu constater une incompréhension du fonctionnement et des impacts de la nouvelle organisation. Ce risque aurait pu être évité en travaillant les modalités de communication au sein de l'équipe. Ùè

Le choix de partager un document de synthèse me paraissait adapté. Cela correspondait à mon fonctionnement personnel. J'ai réalisé que cela ne l'était pas pour certains de mes collègues. Au mois de juin l'activité du service était importante et j'ai fait le choix de ne pas organiser de réunion. Je ne me suis pas assuré de la lecture et de la compréhension de ma proposition. Un temps d'échange aurait permis de m'assurer de ses points et surtout de répondre aux questionnements de mes collègues.

Lorsque le nouveau chef de service a présenté la première version du planning certaines réactions ont été très négatives. Nous ne nous attendions pas à ce retour. Personnellement j'ai eu du mal à accepter ces critiques. Mon collègue chef de service, qui venait de prendre ses fonctions, s'est également senti en difficulté devant la situation. Finalement après plusieurs temps d'échange nous avons identifié les points qui pouvaient questionner certains praticiens. Les praticiens qui avaient les plus faibles quotités de temps

ressentaient moins le besoin de revoir l'organisation de l'équipe. Finalement, après plusieurs temps de discussions, nous avons pu faire émerger le bénéfice à l'échelle du collectif. Cette valeur est essentielle dans notre équipe et particulièrement pour les praticiens qui questionnaient l'organisation. C'est cet argument qui a permis de lever les derniers freins au changement.

En juin, il me semblait difficile d'organiser un temps de travail avec l'équipe. A posteriori je peux dire que ce temps était essentiel. Je l'ai identifié comme une étape qui faisait défaut dans ma démarche projet. Je réalise que ce temps était nécessaire pour assurer l'adhésion de l'équipe. Cela m'aurait permis de prendre en compte les attentes et freins des différents praticiens et surtout de faire comprendre les enjeux. Une fois partagés, ces points auraient été discutés en équipe amenant au consensus. Il n'y a pas eu de réel conflit mais les tensions perçues en fin d'année auraient été évitées.

5. Conclusion

L'analyse, a posteriori, de ma démarche projet a été très enrichissante. Ce travail m'a permis de mieux intégrer les notions abordées lors de la formation. J'ai pu identifier un défaut de formalisation notamment sur les premières étapes d'un projet. Je retiendrai surtout que les étapes de cadrage sont essentielles à la conduite et à la réussite d'un projet. Ce travail m'a également fait prendre conscience que ma démarche était très solitaire. J'ai pu faire le lien entre certaines difficultés rencontrées et défaut de concertation. Enfin ce travail m'a permis de comprendre comment mieux communiquer et interagir avec mes collègues.

La préparation de ce mémoire m'a permis de mieux comprendre mon fonctionnement. J'ai pu identifier l'origine des difficultés que j'ai pu rencontrer et je sais maintenant comment les prévenir. J'ai également identifier certaines qualités ce qui me conforte dans ma position de manager.

La gestion de projet était une des dimensions de ma fonction qui me mettait en difficulté. Je n'avais jamais été formé. Grâce à ce mémoire je peux dire que mon approche des futurs projets sera plus structurée. Je me sens mieux armé et mieux outillé ce qui me permet d'appréhender les futurs projets plus sereinement.

Annexes

Annexe 1 : Document de travail partagé avec les praticiens du service

Annexe 2 : Document adressé au directeur

ANNEXE 1 : Document de travail partagé avec l'équipe.

Gestion du temps de travail

Service de médecine du CH de Saint Palais

Juin 2023

Organisations actuelles

Effectif médical :

Titulaires :

- Dr E : temps partiel de 70%.
- Dr B : temps partiel de 80% (60% EMOG et 20% consultation plaies et cicatrisation).
- Mathieu AUZI : temps plein. Activité partagée de 40% au CHCB et 60% au CHSP (réparti en 20% de consultation et 40% de temps dédié à la CME).
- Dr J : temps plein.

Contractuels :

- Dr L : temps partiel de 80% (a réduit son temps depuis son recrutement).
- Dr P : temps partiel de 80%.
- Les deux ont validé le concours de PH. Titularisation prévue au premier.
- 1 ETP non pourvu suite au départ du Dr V P (ETP inscrit à l'EPRD).

TOTAL

4,7 ETP disponible pour le service. Soit 1804 demi-journées de PH (sur une base de 384 demi-journées annuelles pour un temps plein après retrait des congés, RTT, fériés et formation)

Activités du service

Prises en compte pour le planning :

- Service : 3 PH par jour et 1 d'astreinte le WE
- Consultation plaie et cicatrisation : 2 demi-journées par semaine (Dr B)
- Consultation nutrition : 2 demi-journées par semaines (Dr AUZI)
- EMOG : 6 demi-journées par semaine
- Charge institutionnelle du Dr AUZI (4 demi-journées par semaine)

=> soit 44 demi-journées à couvrir par semaine. (2288 DJ par an)

Non prises en compte pour le planning :

- Activité de médecine ambulatoire actuelle (gérée en plus du service)
- L'activité d'hôpital de jour (2 à 4 demi-journées par semaine) cf dialogue de gestion et projet de service.
- Du temps dédié à la responsabilité du service
- Les temps non cliniques

=> soit minimum 5 demi-journées par semaine (260 DJ par an)

TOTAL

Déficit de 484 DJ par an avec l'organisation actuelle = 1,26 ETP

Déficit de 744 DJ par an avec l'HDJ (2j/sem) et une DJ/sem de chefferie = 1,94ETP

2 Difficultés de recrutement/fidélisation

Depuis le départ du dernier médecin recruté en décembre 2022, les recrutements sont difficiles. Il n'a quasiment pas été remplacé.

Depuis le début de l'année, il n'y a eu que 6 candidatures. Aucune n'a souhaité donner suite.

Les 3 raisons étaient : la charge de travail, la distance et la rémunération.

Charge de travail :

L'évolution des profils de patients pris en charge et l'augmentation globale d'activité se traduisent par une charge de travail de plus en plus importante. Charge qui devient excessive pour 3 PH.

L'amplitude des journées de travail en service est importante. Minimum 9h et très fréquemment 10h.

C'est une réelle difficulté pour les PH qui ont exclusivement une activité de service. Les journées longues et intenses ne sont pas compensées par d'autres activités.

Cette évolution des patients a également conduit à une majoration du temps passé en astreinte. C'est la raison pour laquelle l'équipe est en demande de revalorisation des astreintes et particulièrement la possibilité de récupérer du temps.

Distance :

C'est une problématique déjà existante au sein de l'équipe qui est en demande de limiter ses trajets au maximum. Elle explique en grande partie les temps partiels de l'équipe.

Elle également pu être à l'origine de la fuite ou la réduction de temps partagé de PH recrutés au CHSP vers le CHCB.

Mais à ce jour les candidats ne vivent pas à proximité de l'établissement, il faut donc accepter que les médecins habitent loin du CHSP.

Rémunérations :

PH contractuels et remplaçants

A ce jour il est difficile d'être attractif. La rémunération proposée selon les lignes directrices de gestion du GHT sont inférieures aux propositions de la plupart des établissements de la région et elles ne paraissent pas suffisantes au regard des contraintes du poste.

Il est donc nécessaire d'engager une réflexion sur les conditions de recrutements des médecins sur le CHSP.

PH titulaires

Même si une solution est trouvée pour revaloriser les contrats des PH contractuels, dès lors qu'ils deviendront titulaires, il ne sera pas possible de conserver un avantage correspondant à l'exercice particulier dans le service.

Ce point est néanmoins essentiel si nous souhaitons fidéliser les médecins et constituer une équipe pérenne.

Conclusion :

Pour assurer une attractivité et une fidélisation des médecins il est nécessaire de travailler sur une balance rémunération/contraintes d'exercice favorable au médecin mais compatible avec les organisations et les contraintes budgétaires.

La demande de l'équipe est de travailler en priorité sur la meilleure reconnaissance de la charge de travail (amplitude horaire) et la limitation des jours de présence afin de réduire les temps de trajet.

3 Proposition d'organisation

Intérêt du temps horaire pour l'équipe

La gestion en temps horaire paraît être la solution pour répondre aux attentes de l'équipe et rendre le service attractif aux recrutements.

Cette organisation permet une meilleure prise en compte de la charge de travail permettant ainsi de reconnaître l'amplitude de travail importante. Par conséquent cela réduit les jours de présence dans le service et répond à la problématique de la distance mais également à la demande de temps de récupération après les astreintes.

A rémunération équivalente, une telle organisation est attractive et compense la pénibilité du service.

Organisation du service en temps horaire

Activité du service : 3 PH en 10h (inclusion du temps non médical)

HDJ : 9h-17h

Consultation plaie et cicatrisation : 9h-18h, 1 fois par semaine

Consultation nutrition : 9h-18h, 1 fois par semaine

EMOG : 30h par semaine (3j)

Temps de chefferie : 5h par semaine

Présidence de CME : 20h par semaine

Astreinte 8h pour la journée

Mais certaines activités ne sont assurées que par un seul médecin et sont donc non assurées en cas d'absence. Pour le Dr AUZI, la consultation de nutrition et le temps de CME soit 29h/semaine d'absence. Pour le Dr B, la consultation plaies et l'EMOG soit 39h /semaine d'absence. De même pour le temps dédié du responsable de service soit 5h par semaine.

Sur une base minimum 9 semaines d'absence par an, cela représente 657h par an.. A soustraire au besoin annuel

=> TOTAL hebdomadaire de 239h soit 12428h à l'année. Mais en réalité 11771h après correction.

Option 2 si négocié sur le temps de travail en réduisant à 9h les journées de service et EMOG

Activité du service : 3 PH en 9h (inclusion du temps non médical)

Consultation plaie et cicatrisation : 9h-18h, 1 fois par semaine

Consultation nutrition : 9h-18h, 1 fois par semaine

EMOG : 27h par semaine (3j)

Temps de chefferie : 5h par semaine

Présidence de CME : 18h par semaine

Astreinte 8h pour la journée

TOTAL 219h par semaine soit 11388h par an mais après correction (-567h) => 10812 h par an

A PART POUR NOUS

Avec une journée en 9h au lieu de 10h, on cumulera un peu moins de temps chaque semaine.

Pour une semaine de 4j, à 9h par jour on cumule 36h et on a un déficit de 8h par semaine. Soit 36h par mois. Si non n'a pas d'astreinte ça nous fait pas une semaine à 4j... et même avec l'astreinte, ça ne fait que 2 semaines sur 4 on ne travaille que 4j... Ou on prend 2j après le WE d'astreinte.

Avec des journées de 10h et une semaine à 4j on a un déficit de 4h par semaine. Donc 16h par mois. Si on a une astreinte on a bien des semaines à 4j. Si on n'a pas d'astreinte. On a en gros 1, 5 j de service ou 2 jours d'HDJ à faire en plus. Mais le calcul se fait au quadrimestre et on peut donc lisser le temps médical sur la période.

Temps médical nécessaire

Selon l'outil de gestion du temps médical de l'ANAP, avec l'effectif actuel le temps de PH disponible est de 7941h par an. (Base de 1690h par an pour un PH temps plein)

Le temps nécessaire pour assurer toutes les activités est de 11771h

=> besoin de 3830 h soit 2,26 ETP

Option 2 avec journées en 9h : déficit de 2880h soit 1,7 ETP

En gros réduire l'amplitude d'1h pour le service et l'EMOG fait diminuer le besoin en ETP de 0,5

Gestion du temps de travail

La charge de travail étant importante, une amplitude horaire estimée insuffisante peut être à l'origine d'heures supplémentaires. A l'opposée, une grande amplitude horaire majore le besoin en temps médical mais réduit le nombre de jours de présence.

Recrutements

Le passage au temps horaire induit un temps médical supplémentaire. A ce jour, un ETP est inscrit à l'EPRD mais non pourvu. Il reste néanmoins 1,26 ETP à financer (ou 0,7 ETP pour l'option 2)

Il faut également recruter, ce qui s'est avéré difficile jusqu'à maintenant. Mais une organisation en temps horaire peut changer la donne. Certains temps partiels déjà présents seraient intéresser à majorer leur temps (**dites-moi ce que vous souhaiteriez**). Le seul médecin remplaçant de 2023 pourrait être intéressé pour un poste à temps partiel.

C'est la raison pour laquelle nous souhaiterions rapidement engager une discussion sur le passage en temps horaire afin de proposer un recrutement au médecin remplaçant.

ANNEXE 2 Document définitif adressé au directeur

Gestion du temps de travail Service de médecine du CH de Saint Palais Juin 2023

Organisations actuelles

Effectif médical :

Titulaires :

- Dr E : temps partiel de 70%.
- Dr B : temps partiel de 80% (60% EMOG et 20% consultation plaies et cicatrisation).
- Mathieu AUZI : temps plein. Activité partagée de 40% au CHCB et 60% au CHSP (20% de consultation et 40% de temps dédié à la CME).
- Dr J: temps plein.

Contractuels :

- Dr L : temps partiel de 80% (a réduit son temps depuis son recrutement).
- Dr P : temps partiel de 80%.
- Les deux ont validé le concours de PH. Titularisation prévue au premier.
- 1 ETP non pourvu suite au départ de V P (ETP inscrit à l'EPRD).

TOTAL

4,7 ETP disponible pour le service. Soit 1804 demi-journées de PH (sur une base de 384 demi-journées annuelles pour un temps plein après retrait des congés, RTT, fériés et formation)

Activités du service

Prises en compte pour le planning :

- Service : 3 PH par jour et 1 d'astreinte le WE
- Consultation plaie et cicatrisation : 2 demi-journées par semaine (Dr B)
- Consultation nutrition : 2 demi-journées par semaines (Dr AUZI)
- EMOG : 6 demi-journées par semaine
- Charge institutionnelle du Dr AUZI (4 demi-journées par semaine)

=> soit 44 demi-journées à couvrir par semaine. (2288 DJ par an)

Non prises en compte pour le planning :

- Activité de médecine ambulatoire actuelle (gérée en plus du service)
- L'activité d'hôpital de jour (2 à 4 demi-journées par semaine) cf. dialogue de gestion et projet de service.
- Du temps dédié à la responsabilité du service
- Les temps non cliniques

=> soit minimum 5 demi-journées par semaine (260 DJ par an)

TOTAL

Déficit de 484 DJ par an avec l'organisation actuelle = 1,26 ETP

Déficit de 744 DJ par an avec l'HDJ (2j/sem) et une DJ/sem de chefferie = 1,94ETP

2 Difficultés de recrutement/fidélisation

Depuis le départ du dernier médecin recruté en décembre 2022, les recrutements sont difficiles. Il n'a quasiment pas été remplacé.

Depuis le début de l'année, il n'y a eu que 6 candidatures. Aucune n'a souhaité donner suite.

Les 3 raisons étaient : la charge de travail, la distance et la rémunération.

Charge de travail :

L'évolution des profils de patients pris en charge et l'augmentation globale d'activité se traduisent par une charge de travail de plus en plus importante. Charge qui devient excessive pour 3 PH.

L'amplitude des journées de travail en service est importante. Minimum 9h et très fréquemment 10h.

C'est une réelle difficulté pour les PH qui ont exclusivement une activité de service. Les journées longues et intenses ne sont pas compensées par d'autres activités.

Cette évolution des patients a également conduit à une majoration du temps passé en astreinte. C'est la raison pour laquelle l'équipe est en demande de revalorisation des astreintes et particulièrement la possibilité de récupérer du temps.

Distance :

C'est une problématique déjà existante au sein de l'équipe qui est en demande de limiter ses trajets au maximum. Elle explique en grande partie les temps partiels de l'équipe.

Elle également pu être à l'origine de la fuite ou la réduction de temps partagé de PH recrutés au CHSP vers le CHCB.

Mais à ce jour les candidats ne vivent pas à proximité de l'établissement, il faut donc accepter que les médecins habitent loin du CHSP.

Rémunérations :

PH contractuels et remplaçants

A ce jour il est difficile d'être attractif. La rémunération proposée selon les lignes directrices de gestion du GHT sont inférieures aux propositions de la plupart des établissements de la région et elles ne paraissent pas suffisantes au regard des contraintes du poste.

Il est donc nécessaire d'engager une réflexion sur les conditions de recrutements des médecins sur le CHSP.

PH titulaires

Même si une solution est trouvée pour revaloriser les contrats des PH contractuels, dès lors qu'ils deviendront titulaires, il ne sera pas possible de conserver un avantage correspondant à l'exercice particulier dans le service.

Ce point est néanmoins essentiel si nous souhaitons fidéliser les médecins et constituer une équipe pérenne.

Conclusion :

Pour assurer une attractivité et une fidélisation des médecins il est nécessaire de travailler sur une balance rémunération/contraintes d'exercice favorable au médecin mais compatible avec les organisations et les contraintes budgétaires.

La demande de l'équipe est de travailler en priorité sur la meilleure reconnaissance de la charge de travail (amplitude horaire) et la limitation des jours de présence afin de réduire les temps de trajet.

3 Proposition d'organisation

Intérêt du temps horaire pour l'équipe

La gestion en temps horaire paraît être la solution pour répondre aux attentes de l'équipe et rendre le service attractif aux recrutements.

Cette organisation permet une meilleure prise en compte de la charge de travail permettant ainsi de reconnaître l'amplitude de travail importante. Par conséquent cela réduit les jours de présence dans le service et répond à la problématique de la distance mais également à la demande de temps de récupération après les astreintes.

A rémunération équivalente, une telle organisation est attractive et compense la pénibilité du service.

Organisation du service en temps horaire

Activité du service : 3 PH en 10h (inclusion du temps non médical)

HDJ : 9h-17h

Consultation plaie et cicatrisation : 9h-18h, 1 fois par semaine

Consultation nutrition : 9h-18h, 1 fois par semaine

EMOG : 30h par semaine (3j)

Temps de chefferie : 5h par semaine

Présidence de CME : 20h par semaine

Astreinte 8h pour la journée

Mais certaines activités ne sont assurées que par un seul médecin et sont donc non assurée en cas d'absence. Pour le Dr AUZI, la consultation de nutrition et le temps de CME soit 29h/semaine d'absence. Pour le Dr B, la consultation plaies et l'EMOG soit 39h /semaine d'absence. De même pour le temps dédié du responsable de service soit 5h par semaine.

Sur une base minimum 9 semaines d'absence par an, cela représente 657h par an. A soustraire au besoin annuel.

=> TOTAL hebdomadaire de 239h soit 12428h à l'année. Mais en réalité 11771h après correction.

Temps médical nécessaire

Selon l'outil de gestion du temps médical de l'ANAP, avec l'effectif actuel le temps de PH disponible est de 7941h par an. (Base de 1690h par an pour un PH temps plein)

Le temps nécessaire pour assurer toutes les activités est de 11771h

=> besoin de 3830 h soit 2,26 ETP

Gestion du temps de travail

La charge de travail étant importante, une amplitude horaire estimée insuffisante peut être à l'origine d'heures supplémentaires. A l'opposée, une grande amplitude horaire majore le besoin en temps médical mais réduit le nombre de jours de présence.

Recrutements

Le passage au temps horaire induit un temps médical supplémentaire. A ce jour, un ETP est inscrit à l'EPRD mais non pourvu. Il reste néanmoins 1,26 ETP à financer.

Il faut également recruter, ce qui s'est avéré difficile jusqu'à maintenant. Mais une organisation en temps horaire peut changer la donne. Certains temps partiels déjà présents seraient intéresser à majorer leur temps. Le Dr L et le Dr B seraient intéressés pour repasser à temps plein et le Dr E passerait à 80% soit + 0,5 ETP sans recrutement. Le seul médecin remplaçant de 2023 pourrait être intéressé pour un poste à temps partiel.

C'est la raison pour laquelle nous souhaiterions rapidement engager une discussion sur le passage en temps horaire afin de proposer un recrutement au Dr E.