



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire
social et médico-social**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Comment fidéliser les médecins en
EHPAD hospitalier : l'exemple du
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin**

Victor PERELLI

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Madame Séverine LABOUE, directrice du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, qui m'a accueilli en stage pendant huit mois. En plus d'être une excellente maître de stage, tu as été de très bon conseil dans le cadre du mémoire, en m'amenant à réfléchir et à explorer des hypothèses auxquelles je n'avais pas songé.

Merci aussi à toute l'équipe du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Je sais que dans nos métiers, le temps est précieux.

Je remercie également toutes les personnes qui ont accepté de partager leur point de vue critique et leur savoir sur le sujet. Sans ces échanges, le contenu de ce travail aurait perdu de sa richesse.

Je souhaite également adresser tous mes remerciements à Madame Nicole BOHIC, enseignante à l'EHESP, pour sa disponibilité et son attention particulière portée au suivi de mon travail. Je remercie respectueusement Monsieur Fernand LE DEUN, responsable de la filière, pour ses remarques pertinentes formulées en retour du projet de mémoire.

A Claire, mes amis de promotion et collègues, merci pour tous ces bons moments passés et vos observations toujours intéressantes qui m'ont permis de me recentrer sur l'essentiel.

Merci enfin à mes parents qui m'ont apporté un soutien infailible tout au long de mes études et de la formation. Vous avez toujours été présents pour m'encourager et me remotiver dans les moments difficiles comme pour me féliciter dans mes succès. Sans vous, je n'en serais pas où j'en suis aujourd'hui.

Ce mémoire marque la fin d'une période d'études heureuse.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	5
1 De la contextualisation des enjeux liés à la fidélisation des médecins d'EHPAD de la Métropole lilloise	9
1.1 Population, démographie médicale et fidélisation sur le territoire	9
1.1.1 Une population âgée de plus en plus requérante en soins médicaux	9
1.1.2 Fidéliser pour faire face à l'aggravation de la démographie médicale.....	11
1.1.3 Panorama de l'offre médicale en EHPAD dans la métropole lilloise	13
1.2 Points de vue des acteurs sur la prise en charge médicale en EHPAD	15
1.2.1 Le résident et sa famille	15
1.2.2 Les médecins.....	16
1.2.3 Le directeur d'EHPAD.....	19
1.3 Enjeux d'une politique de fidélisation des médecins en EHPAD	20
1.3.1 Pourquoi et pourquoi ne pas fidéliser ?	20
1.3.2 Qui fidéliser ?	23
1.3.3 Quels freins à la fidélisation ?	23
2 De l'analyse d'une politique de fidélisation des médecins exerçant en EHPAD : l'exemple du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin.....	27
2.1 Organisation et fonctionnement médical des EHPAD	27
2.1.1 L'organisation de l'activité médicale	27
2.1.2 L'environnement de travail des médecins	31
2.1.3 La dynamique de travail.....	32
2.2 Evaluation de l'impact du niveau de fidélisation des médecins des EHPAD	34
2.2.1 Un niveau de fidélisation apparemment faible.....	34
2.2.2 ...partiellement infirmé par les motifs de départ invoqués	35
2.2.3 Les risques subis à cause des départs de médecins	37
2.3 Moyens d'actions mis en œuvre pour lutter contre ces risques.....	39
2.3.1 Un volet palliatif efficace	39
2.3.2 Un volet préventif à améliorer	40
3 Propositions pour mieux fidéliser les médecins d'un EHPAD hospitalier	43
3.1 Optimiser le temps de travail ou d'intervention des médecins.....	43
3.1.1 Améliorer le filtrage des tâches médicales inadéquates.....	43
3.1.2 Optimiser l'arrivée des médecins traitants.....	45
3.1.3 Favoriser l'accessibilité des médecins traitants	47

3.2	Motiver les médecins salariés par la mise en place d'outils de management ...	48
3.2.1	Systématiser les fiches de poste	49
3.2.2	Réaliser un entretien d'intérêt annuel avec chaque médecin	51
3.2.3	Renforcer l'accompagnement personnalisé des médecins	53
3.3	Renforcer la solidarité médicale dans les EHPAD hospitaliers	54
3.3.1	Clarifier les modalités d'organisation en mode dégradé	55
3.3.2	Favoriser l'émergence d'un pôle d'activité médico-social.....	56
Conclusion		59
Bibliographie.....		61
Liste des annexes		I
	Annexe 1 : Bilan du programme d'action	II
	Annexe 2 : Modèle de questionnaire diffusé aux internes de médecine générale	III
	Annexe 3 : Modèle de questionnaire diffusé aux EHPAD du GCMS Grand Lille	V
	Annexe 4 : Modèle de questionnaire diffusé aux EPS du GHT Lille Métropole.....	VI
	Annexe 5 : Tableau de synthèse des entretiens réalisés	VII
	Annexe 6 : Retranscription d'un entretien avec un PU-PH	VIII
	Annexe 7 : Retranscription d'un entretien avec un médecin de l'EHPAD	XIII
	Annexe 8 : Retranscription d'un entretien avec un médecin généraliste	XVIII
	Annexe 9 : Retranscription d'un entretien avec un cadre de santé de l'EHPAD	XXIII
	Annexe 10 : Grille d'entretien - directrice.....	XXVI
	Annexe 11 : Grille d'entretien - médecin chef de pôle	XXVII
	Annexe 12 : Modèle de grille d'entretien annuel avec les praticiens hospitaliers....	XXVIII
	Annexe 13 : Maquette organisationnelle - EHPAD Jean de Luxembourg	XXX

Liste des sigles utilisés

AIMGL	Association des Internes de Médecine Générale de Lille
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP	Code de la Santé Publique
CTP	Convention Tri-Partite
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
ECN	Epreuves Classantes Nationales
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCMS	Groupement de Coopération Médico-Sociale
GHLH	Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GMP	Groupe iso-ressource Moyen Pondéré
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Effectifs et des Compétences
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MPA	Majoration Personne Âgée
PH	Praticien Hospitalier
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PPR	Projet Personnalisé du Résident
PUPH	Professeur des Universités Praticien Hospitalier

QVT	Qualité de Vie au Travail
RSI	Responsable de structure interne
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
UVA	Unité de Vie Alzheimer

Introduction

« En tant qu'elles possèdent une utilité, les marchandises tirent leur valeur d'échange de deux sources : leur rareté et la quantité de travail nécessaire pour les obtenir », écrivait l'économiste anglais David Ricardo¹ en 1817.

Selon Ricardo, la valeur d'échange d'une marchandise, d'un bien ou d'une ressource – comme la ressource médicale – est fonction de sa rareté et des efforts entrepris pour la constituer ou se l'approprier. La notion de rareté traduit, en fait, un décalage entre des besoins connus et les ressources disponibles pour les satisfaire. Par exemple, une faible densité médicale sur un territoire donné renvoie à une situation de rareté, de pénurie ou d'insuffisance du nombre de médecins au rapport d'une population. Aujourd'hui, il existe d'ailleurs un paradoxe dans le fait que le nombre de médecins ne cesse d'augmenter² tandis que la situation actuelle reflète un « manque ». Celui-ci se manifeste notamment par une inéquitable répartition en fonction des besoins. Le thème de la démographie médicale est souvent associé à cette notion de manque et les perspectives d'un « choc démographique »³ accentuent encore le sentiment que la ressource médicale se raréfierait, faisant des médecins – futures générations et génération en exercice – des professionnels à la fois précieux et indispensables vers lesquels les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent développer des stratégies d'attractivité et de fidélisation. L'impact démographique ne sera assurément pas identique selon les spécialités (certaines sont déjà « en tension ») et selon les territoires mais globalement, la « valeur d'échange » des médecins tendrait à augmenter.

La « valeur d'échange » des médecins dépendrait aussi de ce que Ricardo nomme « la quantité de travail nécessaire pour les obtenir ». Du point de vue supposé du médecin, sa valeur d'échange découlerait en outre de ses neuf à onze années d'études de médecine, de ses diplômes et de ses expériences professionnelles. Du point de vue d'un directeur d'EHPAD, cette « quantité de travail nécessaire pour les obtenir » ferait écho à ce qu'ils doivent déployer comme stratégie et comme moyens pour recruter et conserver les médecins afin de satisfaire les besoins d'usagers toujours plus requérants en soins dans les EHPAD⁴.

¹ RICARDO D., *Principes de l'économie politique et de l'impôt*, Paris, GF-Flammarion, 1992, p. 52

² CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, juin 2016, « Atlas national de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2016 »

³ LE MENN J., CHALVIN P., novembre 2015, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester »

⁴ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n° 5,

Il convient d'insister sur le fait que pour garantir leur fonctionnement et en particulier la continuité des soins aux résidents, les EHPAD ont tout autant besoin de présence médicale – médecin coordonnateur et médecins traitants, que les hôpitaux. Le temps de médecin coordonnateur est devenu obligatoire dans les EHPAD (article D. 312-156 du CASF), la prise en charge des résidents par un médecin traitant l'est de fait et en droit – l'avancée en âge, les pathologies chroniques et les maladies neurodégénératives qui en découlent nécessitant une surveillance médicale régulière, la protection de la santé en particulier des « vieux travailleurs » étant un droit constitutionnel (alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946). Pourtant, les réflexions sur l'attractivité et la fidélisation des médecins portée par la sphère professionnelle⁵ ou politique⁶ aurait tendance à se concentrer sur les seuls besoins des centres hospitaliers (plus importants employeurs de médecins), sans évoquer ceux du secteur médico-social.

Au vu des rapports publics qui synthétisent ces réflexions, attractivité et fidélisation sont toujours présentées comme deux notions étroitement liées sans être définies dans leur rapport l'une à l'autre, comme si ce rapport était évident. Le mot attractivité revient néanmoins le plus souvent comme s'il revêtait une importance supérieure ou serait considéré comme le préalable à toute action de fidélisation visant à retenir les médecins qui ont été recrutés. Si l'attractivité est plus affaire de rayonnement ou de réputation d'un établissement (voulue ou subie) produisant un effet sur son environnement extérieur, la fidélisation serait davantage tournée vers « l'intérieur » de l'établissement. Ceci dit il n'est pas à exclure que l'attractivité d'un autre lieu d'exercice puisse motiver le départ d'un professionnel qui ne serait alors plus fidélisé. Fidéliser, c'est-à-dire « s'attacher durablement un public par une politique appropriée »⁷, dépend par conséquent des motivations du public et de l'environnement concurrentiel dans lequel se trouve ce public. La dimension concurrentielle (mettant en jeu les attractivités de plusieurs établissements publics ou privés) dans laquelle évolue les médecins apparaît forte tant ils ont des possibilités de choix divers entre modes et lieux d'exercice.⁸

En outre, les stratégies de fidélisation médicale sont le plus souvent élaborées au niveau d'un établissement et pour les établissements qui accueillent le plus de médecins. Il est par ailleurs regrettable qu'entre établissements publics, les stratégies de fidélisation soient davantage concurrentielles que collaboratives, malgré des exemples de collaborations réussies et partagées⁹. Aujourd'hui néanmoins, avec la dynamique de

⁵ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, avril 2014, « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public »

⁶ LE MENN J., CHALVIN P., novembre 2015, *op. cit.*

⁷ Dictionnaire LAROUSSE, disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fideliser/33598>

⁸ LE MENN J., CHALVIN P., novembre 2015, *op. cit.*

⁹ DIGEON J., LAFITTE E., avril 2017, « Recrutement médical à l'hôpital : comment provoquer l'attractivité ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 575, pp. 51-53

coopération obligatoire portée par les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), les établissements publics de santé (EPS), auxquels sont souvent rattachés des EHPAD, abordent leurs réflexions en commun pour définir des stratégies de fidélisation coordonnées sinon communes.

Au Groupe Hospitalier Loos Haubourdin (présenté en partie 2.1), la problématique porterait davantage sur le niveau de fidélisation que sur l'attractivité médicale. En effet, l'observation et la participation à une campagne de recrutements de médecins durant le stage a mis en lumière le fait que les candidatures étaient arrivées nombreuses et les candidats motivés lors de leur entretien de recrutement : les deux postes proposés ont été pourvus dans un délai court. Qu'ainsi l'établissement se révèle être attractif aux yeux des médecins à la recherche d'un nouveau poste. Pour autant, il convient de rappeler que les recrutements antérieurs indiquent que l'établissement n'a pas toujours été attractif ces dernières années. Dès lors, le sujet portera essentiellement sur ce qui semble aujourd'hui poser problème à l'établissement : un niveau de fidélisation apparemment faible, des risques qui en découlent et des actions de fidélisation insuffisantes (cf. les constats évoqués ci-après en parties 2.2 et 2.3).

Dans ce cadre, la prise en charge médicale doit être abordée dans son ensemble, dans toutes ses fonctions, médecins coordonnateurs et médecins traitants. Le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, auquel sont rattachés deux EHPAD, se distingue en effet par une double organisation médicale en fonction du site concerné : dans un cas, les missions de coordination et de soins (médecins traitants) sont accomplies par le même médecin et dans l'autre cas sont distinctes, dans la mesure où des médecins libéraux extérieurs interviennent de concert avec le médecin coordonnateur. Dès lors, le niveau de fidélisation et les stratégies qui peuvent être mises en place pour répondre aux enjeux de la fidélisation visent tant les médecins salariés par l'établissement que ceux qui interviennent à titre libéral. D'autant plus que l'attachement des médecins traitants à l'établissement peut également dépendre de la présence d'un médecin coordonnateur et vice-versa.

Les stratégies et actions de fidélisation doivent pouvoir être adaptées par rapport à la situation interne de l'établissement, à l'environnement concurrentiel et, en restant cohérent avec les objectifs de l'institution, à la personnalité de chaque médecin parce que, comme le note le rapport Le Menn, leur efficacité n'est « *jamaïs définitivement assurée* ». Cette réflexion doit être régulièrement abordée par le directeur d'EHPAD pour qui le risque principal reste les répercussions du départ d'un médecin sur la continuité de la prise en charge médicale des résidents. Positivement, cette réflexion prend également un sens plus général à l'heure où la qualité de vie au travail (QVT) s'annonce comme l'une des priorités du Ministère de la santé pour les établissements de santé et médico-sociaux : en prenant

« *soin de ceux qui nous soignent* »¹⁰, y compris des médecins, un directeur qui s'engagera de manière volontaire dans cette voie se projettera en même temps dans des actions qui permettront de mieux fidéliser son personnel.

A partir d'ici, la question centrale peut donc être formulée de la manière suivante : *Dans quelle mesure la direction d'un EHPAD hospitalier peut-elle agir sur la fidélisation des médecins exerçant en EHPAD ?*

Cette problématique suggère de fait des questions sous-jacentes : Pour quelles raisons un directeur doit-il agir ? Le directeur peut-il toujours fidéliser les médecins en exercice dans l'établissement ? Quels sont les motifs de départ sur lesquels il n'a pas de marge de manœuvre pour agir ? Est-ce que sa politique de fidélisation médicale devrait exclusivement viser les médecins ? Est-ce toujours souhaitable de vouloir retenir un médecin ? Enfin, par quelles stratégies et quels outils le directeur peut-il faire en sorte de donner envie aux médecins de rester travailler dans son établissement ? D'autres questions seront abordées, dans le détail de chaque partie, pour compléter cette série de questions liminaires, au fur et à mesure du développement de l'argumentation.

Dans le cadre du mémoire, plusieurs hypothèses seront émises et testées :

- le travail en équipe avec notamment la possibilité d'organiser les congés sans gêner la continuité des soins médicaux serait un atout pouvant constituer un déterminant de la fidélisation des médecins ;
- les profils de postes médicaux offerts au Groupe Hospitalier Loos Haubourdin agiraient comme des leviers de fidélisation ;
- les conditions matérielles et financières pourraient constituer un élément susceptible d'être pris en compte par les médecins pour évaluer leurs conditions de travail ;
- un médecin qui reconnaîtrait qu'il existe une véritable dynamique de travail dans l'établissement aurait moins l'intention de quitter son poste.

Pour répondre à la question centrale, le présent mémoire a été organisé en trois parties. La première partie remet en contexte le sujet, son opportunité au regard du terrain d'analyse (la métropole de Lille, choisie au regard de la cohérence qu'apporte ce territoire en termes de démographie médicale) et des perspectives démographiques (1.1), son opportunité du point de vue des principaux acteurs de la prise en charge médicale en EHPAD (1.2), ainsi que les enjeux d'une politique de fidélisation (1.3). La deuxième partie analyse la politique de fidélisation des médecins du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin.

¹⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, décembre 2016, « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail »

Après une présentation de l'organisation et du fonctionnement médical de l'EHPAD (2.1) est évalué le niveau de fidélisation et les risques que l'absence d'un médecin peuvent générer (2.2), tout en examinant ensuite les moyens par lesquels l'établissement s'attache à limiter ces risques (2.3). Enfin, la troisième partie détaille des propositions adaptées à la situation d'un EHPAD hospitalier visant à mieux fidéliser les médecins qui y travaillent.

Méthodologie

La démarche méthodologique utilisée pour répondre à la problématique posée repose sur la collecte puis l'analyse d'informations accumulées tout au long et après le stage. Ces deux étapes méthodologiques s'appuient sur trois types d'outils et matériaux. Dès lors, la méthodologie est présentée par type de matériaux : l'analyse documentaire, les entretiens semi-directifs et les enquêtes par questionnaires.

L'analyse documentaire

Tous les documents utilisés pour l'analyse documentaire sont intégrés à la bibliographie. Ses résultats sont essentiellement restitués dans la partie 1 du mémoire. Elle visait notamment à :

- Mieux connaître, au travers de la réglementation et des revues médicales spécialisées, la situation actuelle et les perspectives d'évolution du statut et des missions du médecin coordonnateur qui sont déterminants dans une politique de fidélisation : les débats entre syndicats professionnels ; la question de la responsabilité du médecin coordonnateur ; etc.
- Mieux appréhender les questions démographiques qui sont indirectement liées à l'enjeu de la fidélisation médicale : l'avancée en âge de la population du Nord à corrélérer aux perspectives d'évolution de la démographie médicale sur certaines spécialités médicales (médecine générale et gériatrie), par le biais d'articles de revues et d'études statistiques.

La principale limite de l'analyse documentaire est liée au fait qu'il existe toujours un décalage entre les constats globaux de la littérature et ce qui se trouve réellement sur le terrain et que, par conséquent, les tendances générales dégagées doivent être nuancées par le recueil d'autres types d'information.

En revanche, les documents internes ne sont pas reproduits en annexe ni dans le développement à partir du moment où l'établissement souhaite les garder confidentiels. Cela n'empêche pas que des informations et données internes (extraites également de logiciels internes) soient fréquemment disséminées dans le mémoire, en particulier dans la partie 2 : rapport d'évaluation externe ; contrat de séjour et règlement de fonctionnement ;

données relatives aux ressources humaines (statuts médicaux, rémunérations, etc.) ; données financières.

Les entretiens semi-directifs

La confirmation des hypothèses de la partie 2.1 et la pertinence de certaines recommandations formulées en partie 3 reposent sur le ressenti exprimé au décours de seize entretiens, soit au travers d'entrevues individuelles soit par téléphone. Douze entretiens ont été menés au sein de l'établissement avec onze personnes (trois résidents ; le médecin référent de l'EHPAD Jean de Luxembourg ; le chef de pôle ; la directrice ; le cadre supérieur de santé de la filière médico-sociale ; deux cadres de santé de l'EHPAD Jean de Luxembourg ; deux représentants des familles au CVS) et quatre autres entretiens avec des personnalités extérieures : un médecin inspecteur de santé publique de l'ARS Hauts-de-France ; un PU-PH du CHRU de Lille enseignant à la faculté de médecine de Lille ; deux médecins libéraux intervenant à l'EHPAD Les Magnolias. Un tableau récapitulatif des entretiens menés est fourni en annexe 5.

Tous les entretiens ne sont pas retranscrits : ont été retranscrits intégralement les entretiens dont les propos sont souvent cités dans le développement (annexes 6 à 9). Par ailleurs, les grilles d'entretiens avec la directrice et le chef de pôle sont fournies en annexe (annexes 10 et 11). Enfin, il a été satisfait à la demande de certains enquêtés (représentants des familles, résidents, un médecin traitant) que leurs propos ne soient pas retranscrits ou repris dans un compte rendu mais seulement utilisés de manière anonyme dans le cadre de la réflexion.

Il convient de noter une limite majeure à la conduite des entretiens : malgré des sollicitations répétées, un médecin coordonnateur de l'établissement n'a pas souhaité apporter son témoignage, s'empêchant ainsi d'exprimer son ressenti au sujet des hypothèses émises sur les motifs de son départ (cf. partie 2.2). Une autre limite réside dans le fait que les propos des enquêtés du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin pourraient être légèrement biaisés puisqu'ils s'adressaient à un futur directeur-adjoint.

Les enquêtes par questionnaires

Trois questionnaires ont été élaborés pour recueillir des données quantitatives d'analyse. Deux questionnaires furent adressés respectivement aux directeurs (EHPAD autonomes) et directeurs adjoints (EHPAD rattachés). Le troisième questionnaire fut transmis aux internes de médecine générale réalisant leur internat dans le Nord-Pas-de-Calais en raisonnant de la manière suivante : la médecine générale offre des débouchés variés dont la gériatrie (possibilité de poursuivre la formation avec le DESC de gériatrie) mais il est probable que seuls les internes réellement intéressés par la gériatrie y répondent.

L'enquête destinée aux directeurs d'EHPAD autonomes (annexe 3) a été diffusée via le GCMS Grand Lille qui regroupe dix-sept EHPAD autonomes principalement localisés sur le territoire de la zone de proximité de Lille. Malgré un panel significatif, seuls trois directeurs ont répondu et restitué le questionnaire. De la même manière, l'enquête destinée aux directeurs responsables d'EHPAD rattachés à un EPS (annexe 4), diffusée par le biais du GHT Lille Métropole - Flandre Intérieure dont est membre le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, n'a reçu que peu d'écho avec seulement deux questionnaires complétés et renvoyés sur dix établissements. Il est à noter que les répondants ont eu un délai suffisant de deux mois pour répondre au questionnaire et ont bénéficié de plusieurs relances. Ces questionnaires sont similaires, sauf à quelques adaptations près pour prendre en compte les particularismes des modes de fonctionnement en EHPAD autonomes et hospitaliers. Ils visaient à analyser et comparer l'organisation et le fonctionnement médical de plusieurs EHPAD situés sur un territoire cohérent en termes de démographie médicale, ce afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle les EHPAD offrent un cadre de travail plus ou moins propices à susciter la fidélité de leurs médecins.

La troisième enquête quantitative, menée à partir d'un questionnaire élaboré pour la finalité du mémoire, ciblait les internes spécialisés en médecine générale (annexe 2). Le questionnaire a été administré directement par l'Association des Internes de Médecine Générale de Lille (AIMGL) : cette dernière s'est chargée de faire la promotion du questionnaire à remplir en ligne à ses adhérents. Dans un délai de deux mois, dix-sept questionnaires ont été restitués avec des réponses complètes, ce qui permet d'en extraire une analyse pertinente. Le questionnaire avait pour objectif principal d'apporter un début de réponse à l'hypothèse selon laquelle ces futurs médecins pouvaient implicitement exprimer une appétence pour le travail médical en EHPAD, en :

- étayant leur sentiment de - (d'in)satisfaction par rapport au nombre d'heures de gériatrie dans la formation et à leur niveau de connaissance de la matière ;
- testant leur niveau de connaissances sur l'organisation et le fonctionnement d'un EHPAD ;
- montrant que leurs aspirations professionnelles pouvaient correspondre à ce que fait un médecin coordonnateur en EHPAD.

Pour les trois enquêtes, les limites éprouvées sont les mêmes : le manque de représentativité dû à un taux de réponse plus ou moins faible ; les biais d'interprétation des réponses et la fragilité de l'analyse lorsque les réponses recueillies sont en nombre insuffisant.

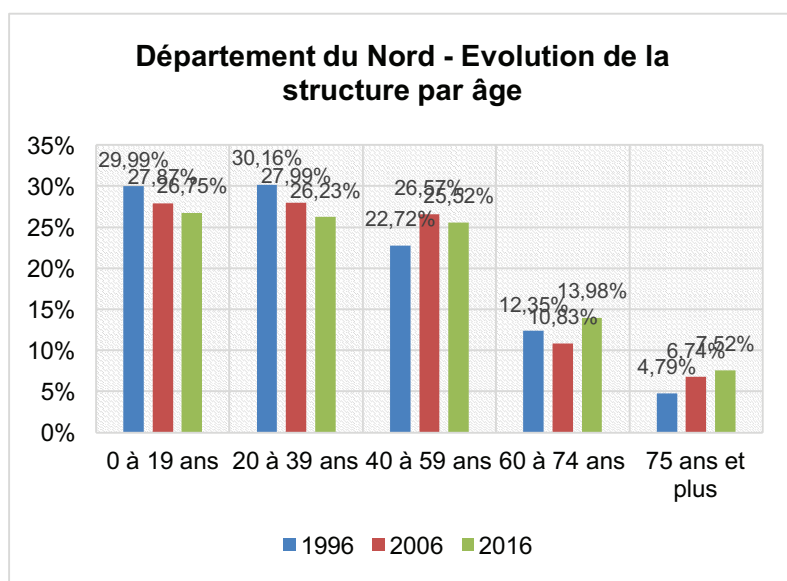
1 De la contextualisation des enjeux liés à la fidélisation des médecins d'EHPAD de la Métropole lilloise

Le choix d'une étude locale au niveau de la métropole lilloise repose sur le souci de préserver la cohérence en termes de démographie médicale. En effet, le sujet de la fidélisation ne peut être abordé qu'au niveau de territoires aux caractéristiques similaires, ce afin de pouvoir comparer les situations.

1.1 Population, démographie médicale et fidélisation sur le territoire

Cette première sous-partie permet d'interroger l'opportunité du sujet : pourquoi est-ce intéressant de traiter le sujet en le rapportant au contexte territorial et démographique de la Métropole de Lille ? La compréhension du contexte dans lequel se situe le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin s'avère être primordiale pour l'analyse de la politique de fidélisation de l'établissement qui sera proposée dans la partie 2.

1.1.1 Une population âgée de plus en plus requérante en soins médicaux



En 2016, 562 824 personnes de 60 ans et plus résidaient dans le Nord, soit 22 % de la population départementale (moins d'une personne sur cinq). Dans le département, la part des 60 ans et plus rapportée à la population totale du territoire a augmenté au même rythme que celle de la France

métropolitaine, c'est-à-dire de 5 % entre 1996 et 2016. Selon un rapport d'étude de l'Insee publié en 2014¹¹, cette tendance semble confirmée par les projections de population estimant qu'à l'horizon 2025, un nordiste sur quatre aurait 60 ans ou plus. En définitive, il ressort que si le Nord est considéré comme un département jeune, sa population vieillit.

¹¹ INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES NORD-PAS-DE-CALAIS, février 2014, « Fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance »

Par ailleurs, le Nord comptait environ 49 000 personnes âgées dépendantes en 2007 soit un « taux de dépendance » de 10,6 % (il s'agit de la part de personnes dépendantes dans la population âgée de 60 ans et plus). Vu les projections de l'Insee, ce nombre serait porté à 66 000 personnes âgées dépendantes en 2025, soit une augmentation de 34 % pour un taux de dépendance stable (10,4 %). De plus, un rapport du Conseil départemental du Nord sur la stratégie départementale d'action pour le soutien à l'autonomie¹² précise que : « *les personnes âgées y sont plus précocement dépendantes et davantage touchées par la précarité (...) et elles sont en proportion plus importantes à vivre à domicile.* » Il y est ainsi indiqué que 73 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile contre 60 % en moyenne nationale.

Aujourd'hui, il est patent de constater que les politiques publiques relatives au grand âge tendent à privilégier le maintien à domicile. D'ailleurs, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement accentue encore cette orientation qui répondrait au souhait de neuf Français sur dix¹³ : revalorisation des plafonds des plans d'aide de l'APA à domicile ; diminution de la participation financière des bénéficiaires de l'APA ; expérimentation de SPASAD « intégrés » ; nouvelles aides financières individuelles pour faciliter l'accès des 60 ans et plus aux aides techniques, etc. Au niveau du territoire, le Conseil départemental du Nord affiche des ambitions claires en définissant comme principe d'action de : « *constater le choix privilégié de rester à domicile le plus longtemps et donc prioriser de nouvelles actions à domicile pour bien vieillir* ». De son côté, l'ARS Hauts-de-France, à travers son programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2015-2018 (pour l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais) fait montre du soutien important apporté au développement de l'offre en EHPAD dans la région, au titre des crédits du Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 et du Plan Alzheimer 2008-2012. Cependant, le PRIAC confirme également que les perspectives de développement de l'offre d'EHPAD par création de places, tendent à s'amenuiser à cause de l'extinction des plans susmentionnés et du Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 qui met l'accent sur d'autres priorités en termes de développement capacitaires (plateformes répit, ESA, UHR, etc.)

Pourtant, le fait est que les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes âgées. A l'échelle nationale, l'enquête EHPA de 2015¹⁴ indiquait que 585 560 résidents étaient

¹² CONSEIL DEPARTEMENTAL DU NORD, décembre 2016, « Rapport relatif à la mise en œuvre de la Stratégie départementale d'action pour le soutien à l'autonomie », disponible sur internet : https://lenord.fr/upload/docs/application/pdf/2017-02/rap_dgasol-2016-595_264035.pdf

¹³ D'après un sondage OpinionWay pour l'Observatoire de l'intérêt général réalisé auprès de 1 006 individus représentatif de la population du 22 au 23 mars 2012

¹⁴ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, juillet 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Études et résultats*, n° 1015

accueillis en EHPAD, dont la moitié en EHPAD publics. Les résultats de cette enquête montraient également, de manière remarquable, que le nombre de personnes accueillies a évolué plus vite que le nombre de places (respectivement 7,0 % et 6,2 %) entre 2011 et 2015. Au demeurant, un autre indicateur relatif à l'adéquation de l'offre au besoin réside dans l'analyse des taux d'équipement (en nombre de places dans les EHPAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) : dans le Nord, ce taux d'équipement était de 98,9 places pour 1 000 en 2015, au-dessus de la moyenne régionale mais inférieure de 2,5 points à la moyenne en France métropolitaine (101,4 ‰)¹⁵. Ainsi, bien que le département du Nord apparaisse bien équipé dans le cadre d'une comparaison régionale, il semble avoir un certain retard à rattraper pour hisser le niveau de l'offre en EHPAD dans le département au niveau du territoire métropolitain.

En outre, le profil des résidents en EHPAD a évolué : ils sont désormais plus requérants en soins médicaux. En effet, de récentes études de la DREES¹⁶ ont mis en exergue le changement du profil d'âge, du niveau de dépendance et du profil pathologique des résidents : les personnes accueillies aujourd'hui en EHPAD sont plus âgées (l'âge moyen est passé de 85 ans en 2011 à 85 ans et 9 mois en 2015) et plus dépendantes (le GMP moyen s'établit à 710 en 2015 contre 689 en 2011). Leur profil pathologique a également connu une évolution majeure : un tiers des résidents accueillis en EHPAD est atteint d'une maladie neurodégénérative (Alzheimer ou apparentée) soit environ 260 000 personnes en 2015. Par ailleurs, « l'Observatoire des EHPAD » indiquait que le PMP moyen dans les EHPAD publics se situait à 187 (contre 172 dans les EHPAD privés non lucratifs) en 2012¹⁷. Pour rappel, le PMP mesure, en nombre de points, le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires aux résidents d'un EHPAD. Dès lors, force est de constater qu'aujourd'hui, les EHPAD publics ont plus besoin encore de retenir leurs médecins pour la prise en charge de résidents de plus en plus requérants en soins médicaux.

1.1.2 Fidéliser pour faire face à l'aggravation de la démographie médicale

Si à ce jour l'état de la démographie médicale apparaît favorable à l'échelon départemental, ses perspectives d'évolution doivent encourager les directeurs d'EHPAD publics à renforcer leur stratégie de fidélisation à l'égard des médecins en exercice en EHPAD.

¹⁵ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, Statistiques et indicateurs de la santé et du social

¹⁶ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n° 5

¹⁷ KPMG, avril 2014, « Observatoire des EHPAD »

Au décours d'un entretien, un professeur de gériatrie de la faculté de médecine de Lille me confiait : « on sait aujourd'hui que par exemple chez les médecins généralistes, on est de l'ordre de 40 % de l'activité autour du suivi de patients âgés atteints de maladies chroniques. » (annexe 6). Compte tenu de cette part moyenne des seniors (à domicile ou en EHPAD) dans la patientèle des médecins généralistes, il apparaît important de rappeler les principales données de démographie médicale les concernant.

Au total, ce sont 2 796 médecins généralistes qui sont inscrits au tableau de l'ordre (tous modes d'exercice et toutes activités confondus) dans le bassin de vie de Lille en 2017¹⁸. Ce dernier se compose de 70 communes dont celles de Loos et Haubourdin. Ce nombre représente plus de 50 % des médecins généralistes du département du Nord. Cependant, il est à noter que l'outil cartographique du CNOM ne permet pas de connaître la distribution à l'échelle des communes.

Commune	Densité médicale
Cambrai	12,7
Douai-Lens	13
Dunkerque	12,8
Maubeuge	10,5
Lille	28,9
Valenciennes	12,8

De plus, la densité médicale dans le bassin de vie de Lille atteignait, en 2016, un niveau proche de celui de la moyenne française avec 28,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants

contre 29,2 pour 10 000 en France. Si l'outil ne permet pas de retracer l'évolution de la densité au cours des dernières années, la comparaison avec d'autres bassins de vie du département s'avère être un indicateur de bonne démographie dans le bassin lillois (en écart, par exemple, de 18,4 points avec Maubeuge situé dans le sud du département).

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la démographie des médecins spécialistes en gériatrie que l'on retrouve notamment en EHPAD, une étude prospective récente publiée dans la *Revue de gériatrie*¹⁹ invite à se prémunir contre le risque d'une pénurie dans cette spécialité. En effet, les auteurs – dont un professeur de gériatrie qui en a corroboré les résultats lors d'un entretien (annexe 6) – mettent en exergue les impacts démographiques liés à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle des études de médecine dans la région. D'après l'étude, il en résultera une diminution par deux du nombre de géiatres formés chaque année dans les Hauts-de-France et ce seront les plus petits hôpitaux et les EHPAD, en particulier, qui seront les premiers à subir les effets de la pénurie.

¹⁸ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Cartographie interactive de la démographie médicale. [consulté le 14.08.2017]

¹⁹ DEFEBVRE M.-M., POIRIER G., BLOCH F. et al., juin 2017, « Démographie des géiatres en 2015 et réflexions sur l'évaluation des besoins de formation pour le DES en région Hauts-de-France », *Revue de Gériatrie*, t. 42, n° 6, pp. 337-345

La pression démographique sur la gériatrie se ressentira dès le mois de novembre 2017, date de démarrage du premier semestre de la promotion d'internes issue des « Epreuves Classantes Nationales » (ECN) 2017 et première promotion à laquelle s'appliquera les nouvelles maquettes des diplômes d'études spécialisées (DES). En effet, le nouveau DES de gériatrie n'a obtenu que deux cents postes d'internes (France entière) contre environ quatre cent demandés ; douze de ces postes sont affectés au CHRU de Lille.

En conclusion, ce qui est observé aujourd'hui en matière de démographie médicale sur le territoire et les perspectives d'une dégradation au moyen et long cours de cette démographie comme résultante, notamment, de la réforme du troisième cycle des études de médecine doit conduire les directeurs d'EHPAD publics du bassin de vie de Lille à se préoccuper de fidéliser les médecins en exercice.

1.1.3 Panorama de l'offre médicale en EHPAD dans la métropole lilloise

Le territoire de la Métropole lilloise compte de nombreux EHPAD publics, autonomes ou hospitaliers. Leur statut de (non-)rattachement implique la mise en œuvre de règles qui conditionnent leur organisation et fonctionnement médical. En règle générale, les capacités d'accueil des EHPAD hospitaliers sont supérieures à celles des EHPAD autonomes bien que ces derniers tendent à se regrouper ou à fusionner. D'une part, le rattachement à un hôpital emporte l'application du tarif global tandis que les EHPAD autonomes devront désormais négocier cette option dans le cadre du CPOM (article R. 314-164 du CASF²⁰).

Capacité autorisée (nombre de places)	Temps de présence minimal médecin coordonnateur
< 44 places	0,25 ETP
45-59 places	0,40 ETP
60-99 places	0,50 ETP
100-199 places	0,60 ETP
≥ 200 places	0,80 ETP

D'autre part, si l'obligation d'un temps de présence de médecin coordonnateur s'impose quel que soit le statut de l'établissement, les médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD hospitaliers détiennent généralement le statut de praticien hospitalier (PH) et y pratiquent également les soins aux résidents.

²⁰ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°0298 du 23 décembre 2016.

S'il apparaît difficile de dresser un panorama complet du fait de l'insuffisance des données quantitatives recueillies (voir méthodologie), les enquêtes par questionnaires auprès des EHPAD de la Métropole de Lille permettent toutefois une comparaison *a minima* des temps et charges de travail des médecins coordonnateurs et de leur niveau de rémunération.

	EHPAD autonomes			EHPAD rattachés	
	A1	A2	A3	R1	R2
Places	86	90	90	195	264
ETP	0,5	0,5	0,5	1,6	2,1

Force est de constater que les trois EHPAD autonomes (A1, A2 et A3) bénéficient uniquement de médecins coordonnateurs à mi-temps tandis que par exemple, l'EHPAD R1, avec des capacités d'accueil plus de deux fois supérieures, bénéficie de trois fois plus de temps de médecin coordonnateur. Du reste, il convient de remarquer que les temps de coordination des EHPAD R1 et R2 dépassent significativement le temps minimal réglementaire correspondant à leurs capacités : dès lors, il est probable que les arguments de négociation employés lors de la négociation de la convention tripartite (CTP) aient permis d'obtenir un temps de coordination supplémentaire, d'autant plus que les praticiens assurent également les soins des résidents. Par ailleurs, en effectifs physiques, les EHPAD R1 et R2 disposent respectivement de trois et quatre médecins (contre un pour les EHPAD autonomes) : il est supposé que le travail en équipe avec notamment la possibilité d'organiser les congés sans gêner la continuité des soins médicaux est un autre atout pouvant constituer un déterminant de la fidélisation des médecins.

En outre, la comparaison des charges de travail qui résultent de la fonction de médecin traitant révèle de fortes disparités d'un EHPAD hospitalier à l'autre : si cette charge est évaluée en rapportant le nombre de résidents pris en charge sur un temps de travail donné, elle varie entre 45 et 90 résidents pour 0,5 ETP de praticien hospitalier au sein de l'EHPAD R2 et entre l'EHPAD R1 et R2. Cette charge de travail est répartie de manière différente dans les EHPAD autonomes qui font intervenir des médecins extérieurs : parmi les trois EHPAD autonomes représentés dans l'étude, le nombre de médecins traitants intervenant auprès des résidents varie du simple au double, entre quinze (A1) et trente (A3). La fragmentation de l'offre de médecins traitants ainsi décrite contraste avec la concentration de la patientèle des PH en EHPAD hospitalier qui présente néanmoins certains inconvénients (voir infra.)

Enfin, la rémunération constitue un autre déterminant de la fidélisation qui a longtemps distingué EHPAD hospitaliers et EHPAD autonomes. Si « *la rémunération du médecin coordonnateur est fixée par référence (...) à la rémunération d'un praticien attaché ou d'un praticien hospitalier...* » (article D. 312-159 du CASF), les EHPAD autonomes étaient

également soumis à une disposition spécifique limitant la rémunération de leurs médecins coordonnateurs au 4^{ème} échelon de la grille des PH : « *Ces émoluments peuvent être augmentés dans la limite de ceux applicables aux praticiens parvenus au 4^{ème} échelon de la carrière, majorés, le cas échéant, de 10 %.* »²¹. Cette disposition a néanmoins été abrogée en 2011²² permettant ainsi aux médecins coordonnateurs exerçant en EHPAD autonomes de poursuivre leur promotion jusqu'au 13^{ème} échelon de la carrière des PH. Du reste, sur le panel représenté, il existe peu de différence en termes de salaire net mensuel entre les médecins coordonnateurs.

1.2 Points de vue des acteurs sur la prise en charge médicale en EHPAD

Cette deuxième sous-partie vise à questionner les attentes que peuvent avoir chacun des principaux acteurs par rapport à la prise en charge médicale en EHPAD. Quelle relation les usagers souhaiteraient-ils instaurer avec leur médecin en EHPAD ? Quelles sont les attentes supposées des médecins par rapport au lieu d'exercice qu'est l'EHPAD ? Quelles sont celles du directeur par rapport aux médecins ?

1.2.1 Le résident et sa famille

La réflexion sur la fidélisation des médecins ne devrait pas être abordée indépendamment de ce qui est attendu par les destinataires des prestations médicales en EHPAD, les résidents et leur famille. En effet, comme l'indique un article de la revue *Santé Publique*²³, les patients, en l'occurrence les résidents, s'estimeront satisfaits de leurs relations avec leur médecin, en particulier le médecin traitant, s'ils rencontrent un ensemble critères généraux exprimant d'un côté, les qualités attendues que doit posséder ce dernier et de l'autre, la mise en œuvre effective de leurs droits : « *écoute, compétence, disponibilité et expérience du médecin, libre choix du médecin, relation de partenariat basée sur la franchise, non mercantile, et dans laquelle le patient ne se sent pas jugé.* »

L'instauration d'une véritable relation résident-médecin dépend néanmoins de l'information qui est reçue et comprise par le résident. A ce titre, il est regrettable de

²¹ Arrêté du 17 janvier 1995 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées au 6° de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique (abrogé)

²² MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 25 octobre 2011 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées à l'article R. 6152-403 du code de la santé publique [en ligne]. Journal officiel, n°0280 du 03 décembre 2011.

²³ MARRON-DELABRE A., RIVOLLIER E., BOIS C., novembre-décembre 2015, « Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients », *Santé Publique*, vol. 27, n° 6, pp. 837-840

constater que la majorité des résidents d'EHPAD méconnaissent le fonctionnement interne de leur établissement en particulier sur le plan médical, comme le montrait une étude de la DREES²⁴. A titre d'illustration, l'étude indique que les documents issus de la loi n° 2002-2 et normalement délivrés à l'entrée en résidence leur sont parfois inconnus : par exemple, 59 % des résidents ayant répondu ne savent pas ce qu'est un contrat de séjour alors que c'est dans ce document qu'est inscrit le nom du médecin traitant. De la même manière, les résidents ne semblent pas se préoccuper de leur propre santé, des soins et traitements qui leur sont apportés dans la mesure où « *plus d'un tiers ne posent jamais de question sur ces sujets* ».

Sur la question du libre choix, la DREES souligne un écart entre les réponses des directeurs d'établissement et celles des résidents : si neuf directeurs sur dix indiquent que les résidents peuvent choisir leur médecin traitant, moins de deux tiers partagent leur point de vue : « *seuls 64 % des résidents déclarent qu'ils ont choisi le médecin qui s'occupe d'eux* ». Il arrive, selon les auteurs de l'étude, que le résident « *peut ne pas être attaché au médecin qui le suivait lorsqu'il vivait à son domicile* » ou à l'inverse que le médecin traitant « *ne veut ou ne peut pas forcément continuer à suivre la personne âgée une fois que celle-ci entre en institution* ». Dans les EHPAD hospitaliers, le libre choix apparaît d'autant plus limité que le médecin traitant de la personne entrant en institution est souvent désigné parmi les PH de l'établissement, en l'incitant éventuellement à renoncer à son ancien médecin traitant. Sur le plan juridique, néanmoins, cette interprétation a trouvé un argument opposable dans le fait que l'exercice du libre choix pourrait s'apprécier à la signature du contrat de séjour lequel peut mentionner le fait que certaines prestations sont réalisées par l'établissement (parmi lesquelles peuvent figurer les consultations médicales), arguant une avocate au barreau de Toulouse²⁵. Dès lors, la liberté de choix du médecin traitant ne serait pas atteinte à partir du moment où le contrat de séjour contient les mentions nécessaires confirmant l'intervention d'un PH en tant que médecin traitant. S'il est vrai qu'au moment de la signature du contrat de séjour, le résident n'a pas vraiment le choix, vu le souci de trouver une place, l'objectif final qui est d'assurer la bonne santé du résident est rempli.

1.2.2 Les médecins

Dans la catégorie « médecins », l'analyse des attentes des professionnels concerne autant les médecins en exercice dans les EHPAD que les futurs médecins potentiellement intéressés par un exercice professionnel en EHPAD (en premier lieu, les internes de

²⁴ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, octobre 2013, « *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000* », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 47

²⁵ Propos rapportés ayant été prononcés lors d'un congrès de la FNADEPA à Nîmes en 2001 sur le thème « *Secteur des personnes âgées, une identité à défendre* »

médecine). Par médecins en exercice, il est clair, comme cela avait été précisé dans l'introduction, que le sujet interroge à la fois les attentes des médecins coordonnateurs salariés par les EHPAD et celles des médecins traitants intervenant dans ces établissements. D'autant plus que leurs attentes sont diverses et parfois divergentes, à l'image des prises de position publiques de leurs syndicats professionnels. Ces derniers, dont les principaux sont la Ffamco-Ehpad, le SMC-Ehpad, l'association nationale Mcoor ou le SNGIE, ne partagent pas toujours des positions communes sur les sujets en débat.

Tout d'abord, le métier de médecin coordonnateur en EHPAD est un métier récent, qui a véritablement émergé avec l'arrêté du 26 avril 1999 définissant un premier statut aux contours réglementaires flous²⁶. Depuis, ce statut a été révisé et précisé sur le plan juridique par le pouvoir réglementaire²⁷ allant de pair avec la politique de médicalisation des EHPAD : aujourd'hui le statut et les quatorze missions de médecin coordonnateur sont définies avec précision dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (articles D. 312-156 à D. 312-159-1). A ce propos, il convient de noter que la quatorzième mission a été ajoutée récemment en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement²⁸. Cette nouvelle disposition rappelle que le périmètre des missions du médecin coordonnateur n'est pas encore stabilisé et demeure l'objet de débats importants au sein de la profession. Si la rémunération (article D. 312-159 du CASF) constitue un débat récurrent, d'autres aspects du statut tels que l'adéquation entre le temps de travail réglementaire et l'ampleur des missions sont régulièrement abordés dans le cadre des débats. Si le temps réglementaire est fixé selon les capacités et donc l'activité, cela est cohérent avec certaines missions dont la dimension dépendra du nombre de résident (admissions, évaluation AGGIR/Pathos, etc.). En revanche, d'autres missions sont déconnectées du niveau d'activité : dès lors, le temps réglementaire serait insuffisant pour assurer cette charge de travail fixe. Par rapport aux missions, l'un des principaux débats porte sur la mission n° 13 : certains syndicats comme le Mcoor préconisent l'élargissement de la prescription médicamenteuse à des champs tels que la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et la prise en charge des troubles psycho-comportementaux²⁹, alors que d'autres comme la Ffamco refusent de revoir le droit de

²⁶ DUREL G., WONE F., MARAVAL F. et al., juin 2016, « Responsabilité du médecin coordonnateur et problèmes juridiques », *Revue de Gériatrie*, t. 41, n° 6, pp. 359-367

²⁷ *Ibidem*

²⁸ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées [en ligne]. Journal officiel, n°0293 du 17 décembre 2016. [visité le 14.08.2017]

²⁹ HOSPIMEDIA, novembre 2016, « Des médecins coordonnateurs en Ehpad dénoncent le non-respect de leur temps de travail en vigueur ». [consulté le 14.08.2017]

prescription au-delà des situations d'urgence au risque de créer la confusion entre le rôle du médecin coordonnateur et celui du médecin traitant³⁰.

Concernant les médecins généralistes installés en cabinet et intervenant dans un ou plusieurs EHPAD, leurs attentes peuvent être interprétées au travers des difficultés exprimées. Ainsi, une étude de 2014 conduite par l'URPS Médecins libéraux - Pays de la Loire³¹ mettait en évidence certaines difficultés, d'une part par rapport aux conditions d'intervention en EHPAD et d'autre part, en termes de coordination des soins. Ainsi, l'étude met en lumière un manque d'anticipation et de préparation de la visite en EHPAD (le médecin ne prévient pas de sa visite en amont, le patient n'est pas prêt ou absent et le personnel de l'EHPAD n'est pas disponible au moment de la visite), une hétérogénéité des logiciels entre les différents EHPAD et la non-interopérabilité de ces logiciels avec ceux qu'utilisent les médecins généralistes (impossibilité d'accéder au dossier à distance). L'étude insiste également sur les freins à la coordination des soins en EHPAD du fait de la difficile transmission des informations notamment médicales mettant en cause l'indisponibilité des professionnels de l'EHPAD au moment de la visite ou les problèmes d'accès au système d'information. Le débat public insiste également sur le manque de valorisation financière de ces interventions avec l'application variable de la majoration personnes âgées (MPA)³², celle-ci n'étant obligatoire que dans les EHPAD auxquels s'appliquent le tarif partiel.

Enfin, il est intéressant d'appréhender les attentes des internes spécialisés en médecine générale, d'une part parce qu'ils seront sans doute amenés à intervenir en tant que médecin traitant dans les EHPAD et d'autre part, parce que cette spécialité constituait avant la réforme du troisième cycle un vivier important de gériatres. Ces attentes ont été exprimées au niveau du terrain d'analyse grâce à l'administration directe de questionnaires (annexe 2), visant également à tester l'hypothèse selon laquelle ces futurs médecins pouvaient implicitement marquer une appétence pour le travail médical en EHPAD. Les résultats indiquent que 40 % des répondants considèrent que leur niveau de connaissances en gériatrie n'était que « *peu satisfaisant* » avant le début de l'internat. Le professeur responsable de la formation en gériatrie a par ailleurs confirmé que « *dans les six années d'études médicales, (...) on est en gros à une dizaine d'heures consacrées à la gériatrie, seulement. C'est extrêmement peu, c'est beaucoup moins que la quasi-totalité des autres disciplines.* » (annexe 6). C'est aussi très peu relativement à ce que représente le soin aux personnes âgées dans l'activité de l'ensemble des médecins et en rapport du nombre de

³⁰ APM NEWS, novembre 2016, « EHPAD : les médecins coordonnateurs divisés sur l'intérêt de redéfinir leurs missions » [consulté le 14.08.2017]

³¹ UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE, novembre 2014, « État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire »

³² APM NEWS, mai 2014, « EHPAD : médecins coordonnateur et libéraux clament leur volonté de coopérer 'en bonne intelligence' ». [consulté le 14.08.2017]

lits hospitaliers, comme le précise une étude susmentionnée³³. Par ailleurs, deux tiers des répondants ont eu l'opportunité, au cours d'un stage, d'accompagner « *souvent* » ou « *très souvent* » le généraliste lors de ses interventions en EHPAD tandis que deux répondants ont indiqué ne l'avoir que « *rarement* » fait (quatre n'ont pas encore eu cette opportunité). Cela est d'autant plus important que selon le même professeur, les stages en gériatrie leur permettent de « *se faire une autre idée de la gériatrie* ». Ceci dit, le niveau de connaissances sur l'environnement de travail en EHPAD ne semble pas être corrélé à cette expérience puisque sept répondants sur onze n'ont pas su identifier, parmi une liste de choix, les trois professions que l'on peut trouver en EHPAD. Enfin, il est encourageant de constater que la plupart des répondants se sont reconnus dans une ou plusieurs caractéristiques du métier de médecin coordonnateur en EHPAD : si plus de la moitié espèrent « *avoir la possibilité de travailler à des heures fixes* », quatre répondants sur dix aspirent à « *développer une expertise en gériatrie* ». Ils sont en revanche peu nombreux à se projeter dans l'encadrement et le management d'une équipe (trois répondants). Ainsi, en réponse à l'hypothèse de départ, il est possible de détecter une appétence pour le travail en EHPAD, du moins à ce qui correspond au métier de médecin coordonnateur, chez les internes de médecine générale de Lille. Celle-ci n'est pas nécessairement liée à leur formation mais plutôt aux conditions de travail souhaitées. L'EHPAD comme lieu d'exercice serait dès lors une éventualité, sans néanmoins négliger le fait que d'autres structures peuvent offrir des conditions de travail similaires pouvant correspondre à leurs aspirations (hôpital, maison de santé, etc.)

1.2.3 Le directeur d'EHPAD

Le référentiel du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social³⁴ décrit en filigrane des missions du directeur, les attentes qu'il doit avoir par rapport à la qualité de la prise en charge médicale dans l'établissement qu'il dirige. Puisqu'« *il s'assure du respect des droits des usagers (personnes accueillies ou accompagnées et leur famille)...* », le directeur d'EHPAD (fonction publique hospitalière) doit faire respecter le libre choix du médecin traitant³⁵ qui est un droit du résident. Il a également pour mission de s'assurer de la « *qualité des prestations* » ce qui intègre naturellement les prestations médicales. Cela doit se traduire par une politique de prévention pour éviter les ruptures dans le parcours de soin du résident, notamment au cas où il a besoin d'être hospitalisé au

³³ DEFEBVRE M.-M., POIRIER G., BLOCH F. et al., juin 2017, « Démographie des gériatres en 2015 et réflexions sur l'évaluation des besoins de formation pour le DES en région Hauts-de-France », *op. cit.*

³⁴ Référentiel métier de directeur d'établissement social et médico-social, disponible sur internet : http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_D3S_Mission_DGOS-CNG.pdf

³⁵ Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale

cours de son séjour en EHPAD. La qualité des soins dépend étroitement de la continuité des soins. En effet, « *il est responsable de la continuité du service* », principe fondamental du service public. Enfin, « *il met en place et assure la coordination avec le médecin coordonnateur et l'infirmière référente* », ce qui implique pour le directeur de définir et de mettre en œuvre une politique de fidélisation afin de conserver un trinôme stable et favoriser une meilleure coordination des soins.

Il est également patent de constater que le directeur ne pourra conduire la politique de l'établissement et assurer sa gestion sans le travail accompli par le médecin coordonnateur. Le directeur développe nécessairement des attentes par rapport à la façon dont ce dernier doit réaliser ses missions, en écho à ses propres missions³⁶. Par exemple, le directeur est chargé de prononcer les admissions sur l'avis médical du médecin coordonnateur : il est donc primordial qu'il définisse avec lui les modalités d'admission et formalise le processus d'admission. De la même manière, la gestion financière et budgétaire de l'EHPAD dépend du médecin coordonnateur qui a pour mission d'évaluer et de valider l'état de dépendance et le besoin en soins des résidents (évaluations AGGIR/ Pathos) au sein de l'établissement : c'est sur la base du GMP et du PMP que les ressources de l'établissement seront calculées.

1.3 Enjeux d'une politique de fidélisation des médecins en EHPAD

1.3.1 Pourquoi et pourquoi ne pas fidéliser ?

La question du « pourquoi » revient à s'interroger sur les raisons de fidéliser, c'est-à-dire de conserver ou retenir un médecin et les conséquences en cas d'inaction (les risques pour le résident, pour les équipes, les confrères qui sont restés et la structure). Il peut également arriver que la question soit posée de manière négative : « pourquoi ne pas fidéliser ».

La principale raison de fidéliser les médecins peut sembler tautologique : si ce n'est pas fait, le départ d'un référent médical risquerait de détériorer la qualité des soins apportés aux résidents et la continuité du service. Le départ d'un médecin coordonnateur accroît de fait la charge de travail sur les médecins qui restent (dans un EHPAD hospitalier comptant plusieurs PH par exemple) et oblige à réorganiser temporairement la permanence des soins. De surcroît, l'absorption de la charge de travail supplémentaire peut conduire à détériorer les conditions de travail³⁷ des médecins et des équipes soignantes, en augmentant le niveau de stress et les pressions temporelles qui peuvent *a fortiori* être à

³⁶ FREDJ K., février-mars 2010, « Synergie entre médecin coordonnateur et directeur d'EHPAD : mythe ou réalité ? », *Gérontologie Pratique*, n° 214-215

³⁷ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, avril 2014, « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public »

l'origine d'erreurs médicales. De même, le départ inattendu d'un médecin traitant peut mettre en danger la santé des résidents les plus fragiles, ces derniers se trouvant provisoirement sans médecin traitant, bien qu'il revienne toujours au médecin coordonnateur de gérer les situations d'urgence vitale. La réalisation de ces risques est d'autant plus probable que la désorganisation passagère des soins se prolonge et que le recrutement d'un nouveau médecin est différé par rapport au départ de son prédécesseur. De plus, la qualité des soins dépend de la traçabilité et de la circulation de l'information médicale aujourd'hui facilitée par l'utilisation de logiciels de soins dans les EHPAD. Or, tout ne peut pas être saisi dans le système informatique et le départ d'un médecin fait peser le risque d'une perte d'information en considérant qu'en règle générale, le médecin connaît mieux le résident que ce qui est rapporté dans son dossier médical. En effet, le médecin exerce un rôle social dans la relation de soin : il établit un lien social avec les résidents dont il est le référent. Un médecin traitant peut également faire le lien entre le résident et sa vie passée en lui transmettant des nouvelles de ses connaissances, amis ou famille³⁸. Le départ du médecin risque de fragiliser ce lien et le relationnel établi qui favorise une meilleure prise en charge médicale.

Une autre raison de fidéliser est d'ordre économique : fidéliser permettrait d'éviter des coûts matériels ou immatériels. En effet, « *des coûts sont induits par le besoin de recruter et de recourir aux agences (d'intérim) ou au temps supplémentaire* »³⁹. Un EHPAD pourrait être contraint d'avoir recours à un médecin intérimaire pour pallier la vacance prolongée du poste de médecin coordonnateur. L'enjeu économique se situe également au niveau du recrutement après le départ d'un médecin qui n'aurait pas pu être retenu : « *À ces coûts s'ajoutent ceux de la formation des nouvelles venues, du ralentissement requis par le temps d'adaptation, d'une baisse de productivité de celles en place, d'une utilisation non optimale des lits* »⁴⁰, qui fait écho au risque d'une diminution de l'activité liée à la moins bonne gestion du taux d'occupation.

Fidéliser les médecins peut avoir pour conséquence de renforcer l'attractivité de l'établissement. Fidéliser consiste à travailler sur les perceptions et le ressenti individuels afin que l'image du lieu de travail qu'intériorise ou exprime le médecin soit positive et conforme à la réalité. Pour que la perception et la réalité soient identiques, le directeur dans son rôle de manager devra impliquer le médecin dans la politique d'amélioration des conditions de vie au travail. Si cet objectif est atteint, les chances augmenteront pour que le médecin « dise du bien » de son lieu de travail. En effet, un médecin qui se sent bien sur

³⁸ LUEZ J.-M., septembre 2010, *Quelle place pour le médecin traitant dans l'EHPAD ? Analyse des problématiques actuelles et futures* [en ligne], Mémoire du Diplôme Universitaire de Médecin coordonnateur en EHPAD : Université Lille 2

³⁹ BRUNELLE Y., janvier-mars 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, pp. 39-48.

⁴⁰ *Ibidem*

son lieu de travail est un médecin qui renverra une image valorisante de la structure et de son fonctionnement à ses confrères, pouvant le cas échéant les inciter à s'intéresser à une offre d'emploi à pourvoir au sein de l'établissement. Du reste, le directeur devra prendre la mesure des relations confraternelles qui peuvent véhiculer une image positive ou négative de son établissement dans le réseau médical. Le bien-être du médecin compte aussi pour fidéliser le personnel soignant et en premier lieu les infirmiers, dont l'activité est étroitement liée à la présence d'un médecin. En revanche, un médecin qui n'aurait pu être retenu, au motif de difficultés ressenties dans l'établissement, accroîtrait les difficultés de recrutement pouvant enclencher un « *cercle vicieux de l'attractivité* »⁴¹.

Il convient également de reconnaître que dans certains cas, la question de la fidélisation peut à l'inverse se poser dans les termes suivants : « Pourquoi ne faut-il pas fidéliser ? ». D'une part, il est possible qu'après quelques mois d'expérience sur un poste de médecin coordonnateur, un médecin qui auparavant n'avait jamais travaillé en EHPAD reconnaisse qu'il n'a pas vocation à exercer ce métier. Dès lors, ni le médecin ni le directeur d'établissement n'ont intérêt à rechercher un renouvellement du contrat. L'inciter à rester risquerait de le conduire à faire du « présentéisme », c'est-à-dire qu'il serait « *physiquement présents, mais souvent perturbés (stress, concentration)* ». La conséquence du présentéisme, selon le chercheur québécois Yvon Brunelle, est une réduction de son potentiel et un investissement moindre : le médecin quitte dès que possible l'établissement et n'est mentalement plus ou moins présent.⁴² Dès lors, force est de constater que les retombées sont aussi négatives pour le médecin que pour l'institution. D'autre part, certains motifs de départ échappent à la logique de fidélisation. En effet, dans certaines situations, le départ d'un médecin est motivé par des raisons liées à la conduite de l'établissement mais dans d'autres situations ces raisons échappent au directeur puisqu'elles sont d'ordre personnel (nécessité de changer de région pour suivre le conjoint, nouvelle activité compatible avec l'éducation d'un enfant, aide apportée à un parent rencontrant des problèmes de santé, etc.). Pour réduire le risque de départ lié à des motifs personnels, la seule stratégie que peut développer le directeur repose sur la notion de conciliation entre vie professionnelle et vie privée (voir infra 1.3.2). Dès lors, à travers la question du « pourquoi ne pas », d'aucuns peuvent comprendre qu'il est inconsidéré de survaloriser les motifs de départ liés à un défaut de fidélisation parce qu'il est évident que des motifs personnels interviennent aussi dans les choix de carrière.

⁴¹ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, avril 2014, *op. cit.*

⁴² BRUNELLE Y., janvier-mars 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *op. cit.*

1.3.2 Qui fidéliser ?

L'élaboration d'une politique de fidélisation médicale invite également à s'interroger sur son ciblage. Si le but recherché est clairement énoncé, la fidélisation des médecins ne passe pas uniquement par des actions ayant des effets directs sur leur poste de travail. Une politique de fidélisation englobe également l'environnement de travail de ces derniers (qualité des relations de travail, sentiment d'appartenance à une équipe partageant des valeurs, soutien des collègues...) et s'oriente donc vers les autres membres du personnel, tout en produisant des effets positifs indirects sur le bien-être du médecin. Par exemple, le niveau d'autonomie du personnel infirmier pourrait constituer un déterminant favorisant la fidélisation des médecins : plus le personnel infirmier est autonome dans ses tâches, plus il anticipe la charge de travail médicale et moins il risque d'engendrer des situations de stress pour le médecin qui, sur la durée, pourraient provoquer une usure professionnelle.

Une politique de fidélisation peut aussi s'intéresser à des actions visant l'entourage familial comme par exemple aider le conjoint à trouver un emploi (dans l'EHPAD ou dans son territoire d'implantation). Dès lors, la notion de conciliation du poste avec la vie personnelle, déjà évoquée, est primordiale dans une politique de fidélisation des médecins. S'il faut éviter de s'immiscer dans la vie personnelle des agents, le directeur doit écouter le médecin s'il souhaite partager des contraintes liées à l'organisation de sa vie personnelle, les prendre en compte et les intégrer dans « l'équation » vie privée-vie au travail tout en garantissant la continuité du service. La meilleure articulation des temps est un enjeu majeur dans la fidélisation et impose de prendre en compte la diversité des situations individuelles. Dans ce cadre, directeur et médecin pourraient convenir ensemble, en fonction des événements de la vie, des aménagements individuels du temps de travail (flexibilité horaire, temps partiel). Pour favoriser cette articulation, le directeur devrait également penser à agir sur l'organisation de travail (répartition de la charge de travail, synchronisation des temps médicaux et non médicaux, formation des soignants à une meilleure anticipation de l'activité, etc.) et, à condition d'avoir les moyens financiers suffisants, développer les services au personnel (services de conciergerie, de garde et d'accueil d'enfant, etc.)

1.3.3 Quels freins à la fidélisation ?

Pour entreprendre une politique de fidélisation, de multiples contraintes devront être dépassées ; le directeur aura pour mission de s'interroger sur la manière de limiter les facteurs pouvant provoquer le départ du médecin. Certains de ces facteurs comme le niveau de rémunération qu'il est possible d'offrir au médecin coordonnateur sont réglementés et ne pourra servir de véritable levier pour retenir un médecin, surtout s'il a l'opportunité d'obtenir une meilleure rémunération dans un établissement privé à but

lucratif. Dans la pratique, des établissements rémunèrent plus que le temps de travail réel (par exemple 0,5 ETP rémunéré pour 0,4 ETP réel) afin de rester compétitif par rapport au secteur privé. En EHPAD hospitalier, la rémunération des gardes et des astreintes garantit également un complément de rémunération. De même, l'intervention des médecins généralistes en EHPAD est cotée sans différence par rapport à une visite à domicile, soit trente-cinq euros la consultation. Ils peuvent également bénéficier en complément d'une majoration personne âgée (MPA) qui n'est pas systématiquement appliquée dans tous les EHPAD. Au total, l'intérêt d'intervenir en EHPAD pour des raisons financières demeure limité. Pour autant, le frein financier ne doit pas être surestimé dans la mesure où, comme l'indique un article à propos des « hôpitaux magnétiques » : « *les variables constituant des incitatifs non-économiques (par exemple : la valorisation, la rétroaction) sont d'aussi puissants – sinon de plus puissants – aiguillons de comportements que les variables jouant sur la composante revenu* »⁴³.

La réglementation impose également un temps de coordination minimal en fonction des capacités de l'EHPAD (voir supra). Un médecin de l'ARS Hauts-de-France me confiait qu'en réalité le temps réglementaire était « *rarement appliqué car les médecins ont une activité libérale en parallèle et ont du mal à dégager du temps en EHPAD* ». Dès lors, la variété des activités peut engendrer un désengagement. « *Quand ce sont des médecins coordonnateurs qui ne font que cela, ils sont plus impliqués* », ajoutait-elle. La question du temps est également un frein majeur pour les médecins traitants qui sont nombreux à ne plus vouloir « *continuer à suivre la personne âgée une fois que celle-ci entre en institution* »⁴⁴ pour des raisons d'éloignement géographique du cabinet ou parce qu'ils savent que le temps d'intervention en EHPAD est plus long qu'à domicile.

Si les difficultés des conditions de travail en EHPAD des médecins extérieurs ont déjà été relevées (voir supra 1.2.2), force est de constater que le personnel employé par l'EHPAD, dont le médecin coordonnateur, travaille sur un lieu d'exercice difficile et ressenti comme tel : « *croissance de la charge de travail (par individu) et risque que celle-ci devienne insupportable, (...) raréfaction des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, tendance de fond à l'individualisation de la prise en charge difficilement conciliable avec les contraintes de l'organisation en collectivité ou encore renforcement des exigences des usagers (en matière de présence, de disponibilité, de pratiques d'hygiène, etc.)* »⁴⁵. Dès lors, ces difficultés pourraient effriter la motivation du médecin le plus impliqué. Par ailleurs,

⁴³ BRUNELLE Y., janvier-mars 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *op. cit.*

⁴⁴ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, octobre 2013, « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *op. cit.*

⁴⁵ DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *op. cit.*

elles seraient ressenties comme plus fortes lorsqu'elles sont doublées d'un sentiment de défiance vis-à-vis de la direction : sentiment de ne pas être écouté, de ne pas être associé aux projets, de ne pas être reconnu dans son travail, de ne pas être soutenu face aux difficultés ou aux critiques (des familles par exemple). En définitive, « *l'impulsion donnée par la direction et l'encadrement semble essentielle* », concluait l'étude de la Drees.

Si la partie 1 s'est attachée à montrer la pertinence de développer des stratégies de fidélisation médicale dans les EHPAD (publics) de la métropole de Lille (choisi comme terrain d'investigation pour la cohérence des données de démographie médicale) en réponse aux projections démographiques et aux attentes des acteurs, la partie 2 fait un « zoom » sur la situation particulière du terrain de stage, le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin. L'analyse du sujet descend d'un cran pour s'intéresser à un établissement où deux médecins ont démissionné de leur poste durant la période de stage, rendant d'actualité le sujet de la fidélisation.

2 De l'analyse d'une politique de fidélisation des médecins exerçant en EHPAD : l'exemple du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin



Le graphique en étoile ci-contre recense un ensemble d'indicateurs de qualité de vie au travail⁴⁶ qui selon le niveau de satisfaction exprimé, peuvent témoigner d'un sentiment de bien-être au travail. Analyser et travailler sur ces indicateurs pourraient ainsi accroître les chances de fidéliser les médecins. Ils seront dans cette partie 2 utilisés comme référentiel d'analyse. Ce sont sur ces déterminants, en tout ou partie, que le directeur pourra agir pour mieux fidéliser les médecins.

Le graphique en étoile ci-contre recense un ensemble d'indicateurs de qualité de vie au travail⁴⁶ qui selon le niveau de satisfaction exprimé, peuvent témoigner d'un sentiment de bien-être au travail. Analyser et travailler sur ces indicateurs pourraient ainsi accroître les chances de fidéliser les médecins. Ils seront dans cette partie 2 utilisés comme référentiel d'analyse. Ce sont sur ces déterminants, en tout ou partie, que le directeur pourra agir pour mieux fidéliser les médecins.

2.1 Organisation et fonctionnement médical des EHPAD

2.1.1 L'organisation de l'activité médicale

Le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin (GHLH) est un établissement public de santé à vocation gériatrique qui se distingue grâce à son activité orientée vers la population âgée locale, des centres hospitaliers généralistes dits « MCO » (médecine - chirurgie - obstétrique). Du statut d'établissement de santé découle le fait que les EHPAD qui y sont rattachés (l'EHPAD Jean de Luxembourg et l'EHPAD Les Magnolias) se voient appliquer le tarif global : cela signifie par exemple que les honoraires payés aux médecins généralistes intervenant auprès des résidents sont imputables au budget de l'établissement. La constitution d'un « groupe hospitalier » résulte d'un processus de rapprochement progressif ayant été initié en 2000 par la mise en place d'une direction commune entre les centres hospitaliers de Loos et d'Haubourdin. En 2013, les deux établissements ont fusionné pour donner naissance à cette entité juridique unique de 295 lits et places.

Cette fusion a entraîné une nouvelle répartition des activités sanitaires et médico-sociales entre les deux sites. Ainsi, le site de Loos concentre les activités hospitalières

⁴⁶ AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, HAUTE AUTORITE DE SANTE, « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé »

(soins de suite et de réadaptation, plateau technique de réhabilitation respiratoire, soins palliatifs) et le site d'Haubourdin, la part dominante des capacités d'EHPAD (157 lits) et l'accueil de jour (10 places). En dépit de la volonté de spécialiser l'activité par site au moment de la fusion, 38 lits d'EHPAD ont été maintenus sur le site de Loos au rez-de-chaussée d'un bâtiment entièrement reconstruit en 2013. Cette nouvelle répartition par type d'activité, au demeurant imparfaite, ainsi que l'éloignement géographique de deux kilomètres entre les deux EHPAD ne serait pas sans conséquence sur l'organisation de l'activité médicale et la répartition des personnels.

En effet, la structuration de l'offre médicale des EHPAD présente la particularité d'être double, selon que l'on se situe à Haubourdin ou à Loos. L'EHPAD Jean de Luxembourg, situé à Haubourdin, correspond au modèle des EHPAD hospitaliers dans lesquels les médecins salariés assument les missions dévolues au médecin coordonnateur tout en étant simultanément, pour la majeure partie des résidents, médecins traitants de ces derniers. L'EHPAD Les Magnolias, en revanche, se rapproche au niveau du fonctionnement médical des EHPAD publics autonomes qui se caractérisent par la division de la prise en charge médicale entre d'un côté le médecin coordonnateur dont le temps de travail est réglementé et dépend des capacités d'accueil de la structure, et de l'autre, les médecins traitants libéraux ou salariés.

Il est à noter que la convention tripartite de l'EHPAD fusionné (une seule convention pour les deux EHPAD) autorise des effectifs médicaux équivalents à un poste de praticien hospitalier temps plein et deux postes de praticien hospitalier temps partiel. *In fine*, le temps de coordination dédié à l'EHPAD Les Magnolias est financé sur le budget de l'activité sanitaire hors convention tripartite. L'organisation médicale « normale » de l'EHPAD Jean de Luxembourg repose donc sur la présence de trois médecins dont un médecin dit « référent de structure interne » (RSI) auquel est attribué des missions supplémentaires. En revanche, l'EHPAD Les Magnolias se différencie par un mode de fonctionnement médical dépendant du secteur sanitaire. Ainsi, le praticien hospitalier occupant le poste de médecin coordonnateur consacre également 80 % de son temps de travail au service de SSR. Les soins médicaux sont délivrés par les dix médecins traitants qu'ont choisi les résidents.

Au niveau financier, le coût que représente la rémunération des médecins salariés exerçant en EHPAD pour l'établissement varie entre 212 000 et 233 000 euros chaque année, en fonction des périodes de vacances de poste (voir infra) et hors gardes et astreintes. Tandis qu'en 2016, le coût du médecin coordonnateur des Magnolias représentait près de 18 000 euros, environ 5 300 euros d'honoraires étaient versés pour payer les médecins traitants intervenant auprès des résidents (soit 23 % du coût médical).

Au niveau organisationnel, la séparation géographique des deux EHPAD a conduit la direction à favoriser un ancrage par site des professionnels médicaux afin de réduire les difficultés liées aux déplacements et la déperdition du temps de travail.

Médecin 1^{er} étage 8 demies-journées	45 EHPAD + 12 UVA
Médecin 2^{ème} étage 6 demies-journées	44 EHPAD + 12 UHR
Médecin 3^{ème} étage 6 demies-journées	44 EHPAD

L'EHPAD Jean de Luxembourg a sectorisé la prise en charge médicale par étage : chaque médecin est affecté à un étage de l'EHPAD. Dès lors, le médecin de l'étage est automatiquement désigné médecin traitant des résidents de son étage d'affectation. Par

conséquent, la charge en soins médicaux apparaît équitablement répartie entre les médecins, à ceci près que les médecins affectés au premier et au deuxième étages s'occupent en plus des résidents des unités fermées (respectivement l'UVA et l'UHR). Deux remarques méritent néanmoins d'être formulées. La première, cette équité sur le plan « numérique » ne tient pas compte de l'équité de la répartition en GIR et PMP, qui rend les résidents plus ou moins requérants en soins : le GMP et le PMP par étage n'est pas forcément équivalent et évolue au fil des entrées et sorties. La seconde, le rapport entre la charge de travail et le temps de travail révèle que le médecin affecté au deuxième étage est plus exposé à subir la pression de sa charge de travail que ses deux confrères.

En revanche, l'EHPAD Les Magnolias s'organise autour d'un médecin coordonnateur présent deux demies journées par semaine. Il est également présent six autres demies journées sur site pour réaliser son activité principale (en termes de quotité de temps de travail) en service de SSR.

Compte tenu des profils de postes médicaux décrits, on peut présumer qu'ils agissent comme des leviers de fidélisation. D'une part, le poste de médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Magnolias est « panaché » avec un poste dans un autre service de l'établissement et sur le même site. Il en résulte un exercice professionnel peu contraignant et enrichissant qui donne au médecin l'opportunité d'exercer dans deux champs d'activité, sanitaire et médico-social, complémentaires, en combinant des activités cliniques en SSR et de coordination en EHPAD. D'autre part, les deux médecins occupant les postes au premier et au deuxième étages de l'EHPAD Jean de Luxembourg cumulent une activité de coordination avec une activité de soin auprès des résidents ce qui, selon l'un de ces médecins, renforce l'efficacité de la prise en charge médicale : « *on ne fait pas très bien de la coordination quand on ne fait pas les soins* ». Ce cumul d'activité, davantage pratiqué en EHPAD hospitalier, permet d'offrir des postes caractérisés par un temps de travail adapté à un exercice mono-établissement.

A ce stade, il est fondé de se demander si cette organisation est satisfaisante du point de vue des résidents et de leur famille. Il peut être utilement rappelé qu'a priori l'une des attentes (et un droit) des résidents consiste à pouvoir choisir librement le médecin traitant qui s'occupera de sa santé. Le problème se pose surtout au niveau de l'EHPAD Jean de Luxembourg. En effet, on constate qu'une très grande majorité des résidents est prise en charge par les médecins de l'établissement et que seuls deux ou trois médecins traitants extérieurs interviennent auprès des résidents.

Dans le cadre du processus d'admission, le résident exerce son droit à choisir son médecin traitant au moment de la visite de préadmission. Il a été observé au cours du stage que la manière de présenter ce choix (l'ordre des questions, le ton adopté, etc.) tend à favoriser l'exercice effectif de ce droit. En effet, le cadre de santé, en présence d'un médecin, demande d'abord au futur résident qui est le médecin traitant actuel, s'il souhaite le garder puis lui explique que dans la résidence il y a trois médecins, un médecin par étage. Il est aussi précisé qu'en choisissant un médecin de l'établissement, il se verra assigné le médecin de l'étage où se situera sa chambre comme médecin traitant. Sans chercher à imposer ce choix, la visite de préadmission permet au résident d'avoir un premier contact avec celle ou celui qui deviendra son médecin traitant dans la mesure où il est fait en sorte que *« la préadmission soit réalisée par le futur cadre et le futur médecin de l'étage. »*

En revanche, d'autres EHPAD hospitaliers de la Métropole lilloise s'inscrivent plutôt dans un discours binaire qui ne permet pas au résident d'exprimer librement son choix puisqu'il est présenté comme non négociable comme me l'indiquait un médecin : *« s'ils entrent, ils sont obligés d'accepter le médecin qui est sur place. En pratique, cela nous a jamais posé problème : on n'a jamais eu quelqu'un qui a refusé d'entrer parce qu'il ne voulait pas abandonner son médecin traitant. »* A ce titre, si l'EHPAD Jean de Luxembourg continue d'offrir la possibilité aux résidents de garder leur médecin traitant et de ne pas choisir le médecin de l'établissement, cette politique aurait tendance à mettre en difficulté l'organisation du travail médical. Selon le médecin référent de l'EHPAD, *« c'est une charge supplémentaire parce que si je vois la résidente après je vais devoir appeler le médecin traitant et si je n'arrive pas à le joindre, je dois réessayer jusqu'à temps que je puisse lui faire mon retour... »* (annexe 7).

Du point de vue des représentants des familles, l'organisation médicale est jugée satisfaisante dans l'ensemble. En effet, les réponses des deux personnes interrogées convergeaient pour décrire comme le principal avantage de l'EHPAD, la permanence des soins la nuit et le week-end avec l'organisation d'une astreinte médicale pour les deux sites. Ils ont également chacun exprimé avoir été rassurés dès la procédure d'admission par le fait qu'un médecin soit présent chaque jour au sein de la structure. En revanche, selon l'un des répondants, la quantité de documents transmis au moment de l'admission lui est apparue nuisible à la compréhension du fonctionnement médical, notamment par rapport à

la prise en charge des frais médicaux pourtant expliquée dans le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.

2.1.2 L'environnement de travail des médecins

La qualité de l'environnement de travail dépend d'abord des moyens matériels et financiers dont disposent les médecins pour accomplir leurs missions. S'ils leur apparaissent suffisants, leur niveau de satisfaction augmentera et pourra leur procurer un sentiment de bien-être au travail susceptible de les conforter dans leur poste.

Dans le cadre de cette réflexion, il est supposé que les conditions matérielles et financières puissent constituer un élément susceptible d'être pris en compte par les médecins pour évaluer leurs conditions de travail. Il est intéressant de noter que pour l'année 2017, 55 % du budget d'investissement a été attribué aux EHPAD, soit environ 270 000 euros. Ce montant intègre d'une part, les sommes dédiées à l'achat de nouveaux matériels de soins et de rééducation ainsi que le matériel hôtelier. A ce qui bénéficie directement aux EHPAD s'ajoute, d'autre part, l'enveloppe du service technique de l'établissement (près de 200 000 euros) dont les dépenses ont été fléchées pour les EHPAD : cette enveloppe permettra essentiellement de procéder à la rénovation et à la mise en sécurité de l'EHPAD Jean de Luxembourg. Dès lors, l'analyse de la répartition du plan d'investissement 2017 montre que les EHPAD disposent de moyens matériels suffisants pour garantir aux médecins des conditions d'exercice convenables. C'est en effet le ressenti partagé par un médecin de l'EHPAD Jean de Luxembourg qui témoignait que : « *globalement, on a ce qu'il faut* » (annexe 7).

L'organisation de l'espace de travail et notamment des espaces personnels accordés au personnel médical et d'encadrement ont également une importance première d'après les informations recueillies. A l'EHPAD Jean de Luxembourg, médecins et cadres de santé perçoivent un avantage au fait de pouvoir disposer de bureaux contigus : ils partagent le sentiment que cet agencement génère une proximité favorisant le travail en binôme et contribuant à la bonne entente professionnelle. En revanche, le médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Magnolias dispose d'un bureau logiquement installé (compte tenu du découpage de son temps de travail) dans le service de SSR au premier étage. Si les avantages pratiques sont réels, il n'en demeure pas moins que l'absence de bureau médical au sein de l'EHPAD traduit symboliquement l'éloignement, à la fois des équipes soignantes que le médecin coordonnateur encadre mais surtout des résidents et de leur famille. Cet éloignement supposé est d'ailleurs ressenti par deux résidents qui ont exprimé, lors d'un entretien, leur point de vue sur la prise en charge médicale. Pourtant investis d'un mandat au CVS, ils avouent ne pas connaître le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Ils ne savent pas quelles sont les missions et le rôle de ce dernier. Pour l'un d'eux, le manque de

présence physique régulière provoque une déconnexion entre le médecin coordonnateur et les résidents : « *les docteurs du haut ne s'occupent pas de nous, ce n'est qu'en cas d'urgence qu'ils viennent* » ; alors que le second affirme que le médecin coordonnateur est son médecin traitant.

La question des effectifs demeure une question épineuse dans les EHPAD, une crainte pour le personnel, et restera centrale dans les années à venir avec la mise en œuvre de la réforme de la tarification pour les EHPAD en convergence dite négative. Le « magnétisme » d'un EHPAD dépendra de ses effectifs et d'un « *ratio de personnel adéquat* »⁴⁷ notamment au niveau soignant. Le médecin doit pouvoir compter sur des équipes stables en proportion suffisante.

Les maquettes organisationnelles soignantes de l'EHPAD Jean de Luxembourg (annexe 13) indiquent, par exemple, une présence d'IDE en continu, jour et nuit : trois IDE le matin, un la journée, trois le soir (deux le weekend) et un la nuit. Dans les étages, on note la présence de quatre AS-ASHQ-AMP par étage le matin au moment où le travail est le plus intensif (soit un ratio de 11,25 résidents pour un). Les ratios d'encadrement sont encore plus élevés dans les unités fermées où deux soignants sont présents chaque matin (soit un ratio de 6 résidents pour un). Si toute analyse de ces ratios d'encadrement nécessiterait des comparaisons, la dotation de personnel semble à première vue satisfaisante.

Tous types d'activités confondues, le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin se démarque également par un faible taux de rotation du personnel (*turnover*) en comparaison d'autres établissements comparables (5,4 % contre 11,4 % en moyenne pour les centres hospitaliers dont les produits sont compris entre 20 et 70 M€, en 2015)⁴⁸, ce qui est un indicateur de stabilité des équipes.

Toutefois, une différence notable existe au niveau de l'encadrement de proximité entre l'EHPAD Les Magnolias et l'EHPAD Jean de Luxembourg. Dans le premier, il n'y a pas de cadre de santé, ni d'IDE coordinateur (mais un cadre socio-éducatif doublé d'un cadre supérieur de santé) ; tandis que le second compte un cadre de santé à temps plein par étage et un cadre supérieur de santé.

2.1.3 La dynamique de travail

La dynamique sous-tend l'idée d'énergie au sein d'une équipe de travail, une équipe qui fonctionne bien ensemble grâce à une cohésion entre les professionnels et s'organise

⁴⁷ BRUNELLE Y., janvier-mars 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *op. cit.*

⁴⁸ AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, 2016, « Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé : année 2015 »

pour travailler de manière efficace. Par l'énergie qui s'en dégage, l'équipe évoluera dans le temps, s'adaptera malgré les contraintes de l'environnement de travail. La dynamique de travail se traduit dans la conduite collective de projets porteurs de valeurs et d'objectifs communs, dans la qualité des relations de travail, l'ambiance de travail, l'efficacité des autres professionnels de l'équipe dans l'accomplissement de leurs tâches ; mais aussi dans le sentiment d'appartenir et d'être intégré à une communauté, une équipe, une institution, le sentiment d'être soutenu et reconnu pour ce que l'on fait, d'être encouragé et valorisé pour son travail (par les résidents, les familles, ses pairs, la direction...). On peut faire l'hypothèse qu'un médecin qui reconnaîtrait que ces critères sont remplis aura moins l'intention de quitter son poste.

Au sein des EHPAD, on peut par exemple observer que les équipes ont été étroitement associées à l'élaboration du Projet de Vie Institutionnel (PVI) au travers de groupes de travail faisant participer professionnels et usagers. L'observation indique que les actions en cours sont régulièrement présentées à la direction et aux usagers par les cadres de proximité désignés comme référents d'action dans le cadre de COPIL, valorisant ainsi le travail accompli. La « *confiance* » est le mot utilisé par un médecin pour décrire les rapports avec la direction de l'établissement, le sentiment d'« *aller ensemble dans la même direction* ». A ce titre, une responsable de la filière médico-sociale a été désignée pour être l'interlocutrice principale représentant la direction au sein de l'EHPAD Jean de Luxembourg. De plus, la qualité des relations de travail apparaît satisfaisante, un médecin soulignait d'ailleurs que ce qui lui plaisait le plus était « *la chaleur* » des relations, ce qu'elle n'avait pas éprouvé dans l'EHPAD où elle travaillait avant. Une cadre de santé décrit aussi l'importance de constituer « *un binôme* » avec le médecin en soutien à la dynamique de travail. « *Les équipes le ressentent* », ajoutait-elle (annexe 9).

La directrice indiquait également lors d'un entretien que le point fort de l'établissement avancé aux candidats sur les emplois médicaux était le fait de rejoindre une équipe de PH et d'avoir le soutien de pairs. A cet égard, le président de CME me confiait qu'il pratiquait avec les autres médecins des « entretiens d'intérêt » pour discuter de leurs attentes et leurs besoins. Ces entretiens d'intérêt présentant l'intérêt d'être moins formalisés que des entretiens d'évaluation restent compatibles avec les fonctions du président de CME qui n'a pas d'autorité hiérarchique sur les médecins. Pour souder la communauté médicale et renforcer les liens entre les médecins et l'institution, la direction a également fait le choix d'ouvrir la CME à tous les médecins, la taille de la communauté médicale le permettant.

En définitive, la qualité de l'environnement de travail et la dynamique de travail sont des aspects jugés positivement, notamment par les médecins interrogés, et constituent des facteurs susceptibles de susciter leur envie de rester dans l'établissement. Pour autant, une

évaluation plus poussée doit être menée pour mesurer le niveau de fidélisation des médecins de l'EHPAD.

2.2 Evaluation de l'impact du niveau de fidélisation des médecins des EHPAD

2.2.1 Un niveau de fidélisation apparemment faible...

Pour pouvoir étayer un constat ou une hypothèse de départ sur le niveau de fidélisation des médecins exerçant dans les EHPAD du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, il est nécessaire de rassembler des indicateurs. Quels indicateurs pourraient permettre de conclure à première vue à un faible niveau de fidélisation ? Quel(s) poste(s) est ou sont concerné(s) ? Ensuite, ce constat quantitatif pourra être nuancé par la confrontation avec les différents ressentis exprimés (voir infra 2.2.2).

La mesure d'un niveau de fidélisation médicale en EHPAD peut être réalisée par le directeur en se fondant sur certaines données récupérables auprès du service des ressources humaines. Ont été choisis comme indicateurs témoignant d'un faible niveau de fidélisation des médecins coordonnateurs :

- Une **durée dans le poste inférieure à deux ans**. Un médecin pourrait être considéré comme fidélisé sur le poste au bout de deux ans, c'est-à-dire dès lors qu'il a investi toutes les dimensions du poste et exerce pleinement ses missions, de manière autonome. Les personnes interrogées nuancent néanmoins cette durée de fidélisation choisie en ajoutant que cela dépend de l'expérience du médecin et de sa capacité à s'intégrer dans l'équipe.
- Une **durée significative d'inoccupation d'un poste sur une période donnée**, sans fixer de norme particulière.

Au niveau des EHPAD du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, il ressort de la construction de ces indicateurs que :

- depuis la fusion en janvier 2013 jusqu'à septembre 2017, l'un des postes médicaux à temps partiel de l'EHPAD Jean de Luxembourg (troisième étage) est resté inoccupé pendant une durée totale de douze mois ;
- au cours de cette période, trois médecins se sont succédés sur ce poste, le dernier l'ayant quitté le 1^{er} mai 2017 après seulement six mois d'exercice. Son prédécesseur était resté quatorze mois sur le poste avant de rejoindre à temps complet un autre service de l'établissement. De mai à septembre 2017, l'EHPAD Jean de Luxembourg a donc (encore une fois) fonctionné avec deux médecins sur trois.

A priori – sans autre explication que les indicateurs relevés – on peut émettre l'hypothèse que le poste mentionné n'était pas adapté aux médecins qui s'y sont succédés

pour susciter leur envie d'y rester, ce qui conduit à penser que l'établissement a failli dans son objectif de fidélisation.

Il convient d'ajouter que dans la période récente, le départ du médecin du troisième étage a été suivi d'un autre départ : celui du médecin qui assurait la fonction de médecin coordonnateur pour l'EHPAD Les Magnolias, au cours du mois de mai. Son successeur a néanmoins été recruté pour une prise de poste coïncidant avec sa date de départ. Pour ce poste « panaché » (voir supra 2.1.1), un bon indicateur du niveau de fidélisation aurait été le **temps de travail réel consacré à la coordination**, mesuré de manière trimestrielle. Il aurait permis de répondre aux questions suivantes : le PH remplit-il sa mission de coordination ? Est-il véritablement présent au sein de l'EHPAD durant les deux demies-journées dédiées à cette mission ? Cet indicateur aurait utilement permis de mesurer le manque d'implication d'un médecin en situation de pluri-exercice dans ses fonctions de coordination, symptôme d'un présentéisme pouvant conduire le médecin à quitter son poste. En pratique, il est en revanche très difficile de réaliser cette mesure sans créer un climat de suspicion autour de la présence du médecin.

De même, il apparaît difficile de trouver des indicateurs pour mesurer le niveau de fidélisation des médecins traitants extérieurs intervenant en particulier à l'EHPAD Les Magnolias. Un premier indicateur qui pourrait être suivi serait en lien avec les admissions : le **nombre de médecin traitant ayant refusé de continuer à suivre la personne âgée entrant en EHPAD** (niveau de fidélisation à l'entrée) ; un second indicateur tendanciel serait l'**évolution annuelle du nombre de résidents pris en charge par chaque médecin traitant** pour constater le niveau d'engagement au sein de la structure.

Deux départs de médecins parmi une équipe d'une dizaine de médecins ont nécessairement un impact visible et conséquent sur l'organisation et le fonctionnement des EHPAD. Pour autant, cela signifie-t-il que les EHPAD présentent des dysfonctionnements qui amènent les médecins à les quitter ? Conclure à un faible niveau de fidélisation requiert de surcroît de dépasser cet *a priori* et d'investiguer les motifs de départs, ce afin de vérifier qu'ils sont réellement liés à l'institution. S'ils sont effectivement liés à l'institution alors la politique de fidélisation révélera ses limites.

2.2.2 ...partiellement infirmé par les motifs de départ invoqués

Pour parvenir à une analyse complète du niveau de fidélisation dans les EHPAD du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, il est indispensable de remettre en question ce premier constat (approche quantitative) en le rapprochant des explications avancées par

les intéressés et les personnes ressources de l'établissement (approche qualitative). Il s'agit de vérifier si l'hypothèse de départ est confirmée par l'approche qualitative.

En ce qui concerne le poste du troisième étage resté vacant un an en cumulé sur les cinq dernières années, des explications ont été avancées pour justifier chaque période de vacance rendant ces départs étrangers à un éventuel défaut de fidélisation. La première période de vacance (de janvier à juillet 2015) est à relier à un arrêt maladie imprévu du médecin qui n'a finalement pas repris son poste ; il s'en est suivi une période de vacance le temps de procéder au recrutement de son successeur. Ainsi, elle ne résulte pas d'un départ volontaire lié à la politique de l'établissement mais de motifs personnels qu'il convient de ne pas mentionner. La deuxième période de vacance (de septembre à novembre 2016) est liée à ce qui pourrait être appelé un « effet tremplin » : il était convenu avec le médecin ayant été recruté qu'il ne demeurerait sur le poste en EHPAD que temporairement en attendant qu'un autre poste se libère dans l'établissement, dans un service correspondant à ses projets professionnels. Enfin, la troisième période de vacance (de mai à septembre 2017) est le résultat du recrutement d'un médecin qui a, dès le départ, accepté le poste pour forger son expérience à défaut d'avoir obtenu un poste en service de SSR. En postulant pour les « mauvaises raisons », il était risqué de recruter un médecin qui n'aspirait pas à travailler en EHPAD. Il s'est avéré que le risque s'est réalisé : « *il a senti très rapidement qu'il n'était pas fait pour travailler ici* » constatait un médecin, en ajoutant « *ça a été dur de travailler avec lui* ». Dès lors, ni l'institution ni le médecin n'ont souhaité prolonger le contrat.

En ce qui concerne le départ du médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Magnolias, un médecin remarquait par rapport à son activité de coordination que c'était « *un peu secondaire par rapport au SSR* ». Recruté pour exercer en SSR, le gériatre en question a accepté de reprendre la fonction de médecin coordonnateur après le départ d'un confrère. Elle exerçait cette fonction depuis environ deux ans au moment d'annoncer son départ de l'établissement. Commentant cette prise de fonction, un de ses confrères déclarait qu'« *elle ne se retrouvait pas en EHPAD* » ; il est supposé que la récupération des missions de coordination a été vécue comme une contrainte. Il est regrettable que l'intéressé n'ait pas pu être interviewé pour confirmer cette hypothèse : le constat restera supposé. On peut également s'interroger sur la pertinence de panacher dans le profil de poste deux fonctions aussi éloignées (en termes de secteur d'activité et de missions) sans exposer l'établissement au risque que le médecin délaisse la fonction qui représente la minorité du temps de travail. Au final, ce médecin a quitté l'établissement pour des raisons partiellement liées à un manque de fidélisation. Plus qu'une absence d'appétence supposée pour la fonction de coordination, le gériatre aurait choisi de partir en raison de divergences globales

avec la direction, selon un médecin. Dans ce climat de tension, l'opportunité de rejoindre un autre poste qui s'accordait avec les projets de l'intéressé est venue concrétiser son départ. L'EHPAD n'est finalement qu'un « *dommage collatéral* », concluait-il.

Du côté des médecins traitants libéraux, les difficultés énoncées dans la partie 1.2.2 s'avèrent être réellement ressenties dans les interventions à l'EHPAD Les Magnolias. Un médecin traitant soulignait les « *problèmes d'accessibilité* » rencontrés lors de ses interventions : pas de badge d'accès à la salle de soin, difficultés pour se connecter à la session personnalisée du logiciel de soin, pas d'interopérabilité avec le logiciel du cabinet, pas de place de parking réservée. Mais le principal problème reste pour ce même médecin ce qu'il appelle « *la double prise en charge* » qui engendre une mauvaise circulation de l'information, lorsqu'en particulier un médecin de l'établissement intervient auprès du résident. Si le fait d'avoir des médecins sur place et en continu pourrait être vu comme un avantage des EHPAD hospitaliers, les médecins traitants y trouvent l'inconvénient d'avoir difficilement un retour d'information sur les interventions des médecins de l'hôpital auprès des résidents : « *Avant d'appeler le médecin (traitant), je suppose qu'elles (les infirmières) se renseignent auprès d'un médecin sur place puis ça se gère en interne. Pour moi, c'est moins bien parce que je ne sais pas ce qui se passe* » (annexe 8). Un autre médecin traitant évoquait aussi les interpellations intempestives de l'équipe soignante lui demandant d'aller voir tel ou tel résident lors de son passage alors qu'il n'était pas prévu qu'il aille les voir. Ensuite, les deux médecins traitants interrogés soulignaient une autre difficulté : le fait que leur arrivée soit mal préparée, en l'attribuant au roulement des équipes qui nuit à la transmission d'information dans le service (l'IDE appelant le cabinet du médecin n'est pas nécessairement celui qui sera présent lors du passage du médecin). Compte tenu de cette longue liste de difficultés exprimées, un des médecins traitants me répondait que finalement son seul intérêt d'intervenir en EHPAD était de pouvoir « *rendre service à l'établissement* ». S'il n'y a pas de chiffres pour étayer le constat d'un faible niveau de fidélisation des médecins traitants, les propos exprimés démontrent que des actions de fidélisation pourraient être menées pour lever certaines de ces difficultés.

2.2.3 Les risques subis à cause des départs de médecins

Il ressort de ce qui précède que le départ d'un médecin ne doit pas être seulement interprété comme la conséquence d'un manque de fidélisation et l'échec d'une politique de fidélisation. En effet, des motifs personnels peuvent être exclusivement à l'origine du départ et ce n'est pas toujours l'institution qui en est responsable sous prétexte qu'elle n'aurait pas déployé les moyens nécessaires pour retenir un médecin. De plus, le départ d'un médecin est, dans une certaine mesure, indolore si l'établissement parvient à recruter sans délai un

nouveau médecin. Mais le départ génère des risques dès lors que l'établissement n'a pas trouvé un successeur à l'issue du délai de préavis. Ainsi, même sans problématique de fidélisation avérée, les conséquences d'un départ de médecin provisoirement non remplacé requièrent une analyse.

Au sein des EHPAD du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, une partie des risques évoqués dans la partie 1.3.1 ont été réellement vécus. En effet, le récent départ du médecin du troisième étage de l'EHPAD Jean de Luxembourg est venu fragiliser les conditions de travail des médecins des deux premiers étages. Le départ a été compensé par une redistribution de l'activité de soin entre les deux médecins restant. Par ailleurs, la réorganisation implique un médecin de l'hôpital qui apporte un soutien aussi ponctuel que nécessaire à la continuité de l'activité. Ainsi, ce médecin « détaché » du site hospitalier est présent le mercredi matin en EHPAD, lorsque les deux médecins de l'EHPAD ne sont pas présents. Ayant précédemment occupé le poste au troisième étage, il connaît bien le fonctionnement de l'EHPAD et les résidents. Il contribue également aux prises de décision médicale lorsqu'il est sollicité par les autres médecins. A chaque période de vacance de poste précitée, un système d'entraide similaire a été mis en place pour alléger la charge de travail des médecins de l'EHPAD en sous-effectifs.

Si la continuité des soins apparaît préservée par la réorganisation de l'équipe médicale, une inquiétude transparait néanmoins quant à la qualité des soins apportés aux résidents du troisième étage. Cette inquiétude exprimée est liée à la charge de travail supplémentaire : *« il y a la crainte de passer à côté de quelque chose parce qu'on ne connaît pas bien les résidents, parce qu'il y a beaucoup de résidents à voir dans l'EHPAD »*, avouait un médecin de l'EHPAD.

De plus, la charge de travail qui devrait incomber au médecin du troisième étage n'est pas totalement absorbée par les autres médecins de l'EHPAD. S'il est facilement concevable que la réorganisation du travail médical ait donné la priorité aux soins et aux urgences médicales, d'autres missions ne sont provisoirement plus assurées. En effet, la dynamique de travail au troisième étage a été enrayée faute de présence médicale. Cela s'est d'abord traduit par un moindre encadrement médical des équipes soignantes, comme le disait un médecin de l'EHPAD : *« c'est notre travail d'encadrement qui est nul au troisième »*, en comparaison de ce qui est fait pour les équipes à leur étage d'affectation. En outre, un médecin interrogé regrettait que l'absence de médecin référent au troisième étage ait pour conséquence de porter un coup d'arrêt à la dynamique de travail autour des projets de vie individualisés, dénommés « projets personnalisés des résidents » (PPR) dans l'établissement. En pratique, les PPR, préparés en équipe pluridisciplinaire, donnent lieu à une réunion de synthèse avec le résident et sa famille pour ajuster et amender la première version en fonction des attentes et besoins exprimés par le résident. Ne plus réaliser ces

« synthèses-familles » pourtant très attendues de ces dernières, notamment pour pouvoir échanger avec le médecin, aboutirait donc à déprécier la relation avec la famille.

Enfin, cette moindre présence médicale en EHPAD a eu des répercussions sur ce qui constitue un déterminant de la fidélisation des médecins : la possibilité de se former. Un médecin de l'EHPAD reconnaissait que cette intermittence médicale au troisième étage l'a conduit à négliger son temps de formation : « *pendant deux ans, je ne suis pas allée à un seul congrès* » (annexe 7). Sans une équipe médicale au complet, elle craignait de « *laisser l'établissement* » et n'a donc pas fait valoir son droit à la formation. Optimiste, elle concluait néanmoins qu'« *avec une équipe de trois médecins, ce sera différent* ».

2.3 Moyens d'actions mis en œuvre pour lutter contre ces risques

Pour limiter l'impact des départs de médecin, l'établissement agit surtout en réaction à l'évènement et moins en prévention. Préalablement à la formulation de préconisations d'action (partie 3), il convient d'abord d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place pour pallier l'absence d'un médecin en EHPAD ou anticiper un départ (en axant sur des actions de fidélisation).

2.3.1 Un volet palliatif efficace

Il a été vu dans la partie 2.2.3 que l'établissement a mis en place une organisation relais pour pallier le sous-effectif médical en EHPAD : celle-ci s'avère être efficace. D'abord, ceci n'est possible que parce que le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin n'est pas un EHPAD autonome. Il emploie une dizaine de médecins au titre de ses activités hospitalières. Mais la force de l'établissement ne réside pas seulement dans le nombre de médecins présents. Elle réside surtout dans le fait que la communauté médicale est soudée et ce malgré l'implantation multi-sites. Force est de constater, de manière partagée avec les médecins interrogés, qu'il existe une véritable solidarité entre les médecins des deux secteurs d'activité lorsqu'il est impératif de répondre à une situation difficile et durable comme la vacance d'un emploi médical en EHPAD. Si les médecins de l'EHPAD s'organisent entre eux pour définir une nouvelle répartition de la charge de travail, la réorganisation n'est viable que parce qu'ils peuvent compter sur le renfort des médecins du secteur sanitaire (le jour où aucun des médecins de l'EHPAD n'est présent) : « *C'est comme ça que ça fonctionne à deux, le Docteur X et moi-même parce qu'on a aussi ce recours au Docteur Y* », estimait le médecin référent de l'EHPAD Jean de Luxembourg (annexe 7). On peut noter sur le plan économique que ce système d'entraide permet d'éviter de recourir à un intérim médical souvent très onéreux. Sur le plan des conditions de travail, il présente outre l'avantage de diviser la charge de travail, de ne pas pénaliser les médecins de l'EHPAD qui

peuvent prendre leurs congés annuels – même en été – sans générer un sentiment de culpabilité chez le médecin qui craindrait une rupture dans la continuité de la présence médicale.

Si l'« effet tremplin » susévoqué est le résultat d'une politique de recrutement qui ne privilégie pas la fidélisation sur les postes en EHPAD, il permet néanmoins de fidéliser un médecin dans l'établissement puisque la direction a été en mesure de répondre à ses aspirations professionnelles. De surcroît, il est notable que ce médecin, désormais affecté dans un service du secteur sanitaire, a eu le temps d'avoir une expérience marquante en EHPAD. Même s'il a quitté ce poste dans le cadre de l'arrangement au recrutement susmentionné, il semble motivé pour apporter son soutien en cas de besoin au secteur hébergement, comme certains de ses confrères ont pu le faire les années précédentes dans des situations similaires. Au demeurant, il semblerait que cet effet tremplin soit facteur de cohésion en générant un sentiment d'appartenance pérenne qui est mis à profit des résidents et à la grande satisfaction des médecins de l'EHPAD : *« Il a été médecin référent du troisième pendant un an. Pour certaines choses, les IDE attendent l'arrivée du Docteur Y qui connaît très bien les résidents pour prendre des décisions. »* (annexe 7). Hormis ses interventions hebdomadaires, le Docteur Y est également sollicité par téléphone pour participer aux décisions médicales qui concernent les résidents du troisième étage et suit de manière régulière la situation de l'EHPAD en participant au tour d'astreinte médicale.

Enfin, il convient de noter que le discours des médecins de l'EHPAD vis-à-vis des familles des personnes souhaitant constituer un dossier d'admission a dû être adapté pour rassurer ces dernières. *« On dit toujours que l'on est deux médecins au sein de l'EHPAD au lieu de trois et que l'on est en cours de recrutement pour un troisième médecin »*, expliquait le médecin référent (annexe 7). Si dans la communication, les médecins font preuve de probité en informant les familles que la présence médicale n'est pas à hauteur de ce qu'elle devrait être, ces propos sont également révélateurs d'un désarroi face à une situation récurrente pour laquelle il est difficile de trouver une solution pérenne.

2.3.2 Un volet préventif à améliorer

Si le volet palliatif se révèle être performant, une analyse du volet « préventif », c'est-à-dire de l'ensemble des actions visant à prévenir les départs qui peuvent être évités (donc ceux dus à un manque de fidélisation), aboutit à souligner des points forts et des points d'amélioration. Du reste, il convient de se demander ce qui pourrait être modifié dans la conduite de la politique d'établissement pour pouvoir retenir les médecins en EHPAD.

D'abord, il est supposé que la carrière des médecins de l'EHPAD n'est pas suffisamment valorisée dans le cadre du management et des outils RH traditionnellement utilisés pour motiver le personnel non médical. Tous les médecins ne bénéficient pas d'une fiche de poste même si une ébauche est proposée lorsqu'ils sont recrutés, au motif que cela permet d'« éviter d'encadrer » m'expliquait le chef de pôle. Seuls le médecin occupant des fonctions de « responsable de structure interne » (exerçant donc des fonctions spécifiques d'encadrement) et le chef de pôle disposent d'une fiche de poste formalisée. Il est ajoutée dans l'argumentation de ce dernier qu'« *en creux (de ces fiches de poste), on voit la mission des autres médecins* ». Si l'élaboration de fiches de poste formalisées ne répond pas à une demande de certains médecins considérant qu'« *un personnel qui se sent libre est un personnel heureux* », on peut néanmoins détecter un manque : la fiche de poste est un moyen de clarifier les objectifs du poste, de préciser les attendus de l'institution (pas seulement en termes d'activité médicale mais également en termes de gestion de projet et de management) et les liaisons fonctionnelles notamment en dehors du service. La fiche de poste est complémentaire d'un autre outil de gestion du personnel, visant à favoriser la compréhension du positionnement dans l'institution : l'organigramme. A cet égard, force est de constater qu'il existe un organigramme de l'EHPAD Jean de Luxembourg en sus de l'organigramme général, tandis que l'EHPAD Les Magnolias n'en possède pas.

De la même manière, l'idée d'organiser des entretiens annuels d'évaluation avec les médecins ne fait pas consensus. Ce n'est ni habituel, ni statuaire pour les médecins, me précisait la directrice. « *Les médecins ne sont pas habitués à une telle structuration* » : l'outil d'évaluation est considéré comme « *trop lourd* ». En effet, « *ça ne marche absolument pas* », confirmait le chef de pôle. Comme cela a été précisé plus haut, le chef de pôle procède néanmoins à des « entretiens d'intérêt » avec comme porte d'entrée la formation, qui présentent l'avantage d'être moins formalisés qu'un entretien d'évaluation tel qu'il est réalisé avec le personnel non médical. Pour autant, la fréquence de ces entretiens reste mystérieusement inconnue. Il semblerait qu'ils ne soient pas réguliers et *a fortiori* le manque de régularité pose question sur leurs véritables objectifs. Servent-ils réellement à recueillir les attentes et les besoins du médecin ou plutôt à aborder certains points de difficultés particuliers ? S'il apparaît davantage légitime qu'un entretien soit conduit par le médecin chef de pôle détenteur de la compétence médicale et du leadership dans la communauté médicale, la présence du directeur pourrait également être intéressante pour « *qu'ils évoluent sur leur vision du travail et le lien avec l'institution* ».

De plus, sur le plan stratégique, il m'a paru étonnant que ni le projet médical de pôle ni le projet social, qui sont deux composantes du projet d'établissement, ne fassent mention d'une stratégie de gestion prévisionnelle des effectifs et compétences (GPEC) médicales.

Il est à noter que plus généralement la GPEC demeure embryonnaire pour l'ensemble du personnel. La directrice expliquait en effet qu'il y a trop peu d'ETP de médecin et que par conséquent la politique médicale n'était pas formalisée. A l'inverse, on pourrait considérer qu'avec un nombre particulièrement faible de médecin, il est d'autant plus important de prévoir une politique clairement affichée visant à les fidéliser ou à anticiper leurs attentes. La GPEC existerait pourtant de manière informelle à travers le binôme constitué entre la directrice et le président de la CME / chef de pôle (il s'agit de la même personne). La question serait donc traitée avec toute l'importance qu'elle mériterait dans la stratégie d'établissement : la directrice m'expliquait qu'ils travaillent de manière informelle pour anticiper les retraites des médecins et évoquer la mobilité des compétences en fonction des projets médicaux de l'établissement. A travers cette pratique, le réalisme de terrain l'emporte sur l'affichage d'une grande stratégie qui ne serait pas efficace. D'autant plus que la sensibilité des recrutements médicaux au niveau du territoire, dans un contexte de GHT, renforce l'idée qu'il convient de ne pas tout afficher à ses partenaires et aux autorités.

Enfin, les EHPAD hospitaliers sont capables d'offrir des conditions financières avantageuses à leurs médecins défiant la concurrence des EHPAD publics autonomes (voir supra). Pour autant, le niveau de rémunération demeure bien en-deçà de ce qui est généralement proposé dans les EHPAD privés. Par exemple, il peut paraître inéquitable que certaines fonctions de « référents », ajoutant une charge de travail supplémentaire, ne soient pas valorisées financièrement.

A première vue, l'investigation menée au sein du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin laissait à penser que l'établissement présentait des difficultés pour retenir les médecins des EHPAD qui lui sont rattachés. Pour autant, la suite a révélé que ce faible niveau de fidélisation était à nuancer par les propos rassurants exprimés sur les véritables motivations des départs récents. Cependant, les départs, quelles que soient leurs raisons, ont généré des risques réels pour l'établissement qui ont pu être limités dans leur impact grâce, notamment, au soutien de la communauté médicale. Les actions de prévention des départs demeurent néanmoins fragiles et mériteraient, dans un programme d'actions plus vastes, d'être développées.

3 Propositions pour mieux fidéliser les médecins d'un EHPAD hospitalier

« Comment fidéliser les médecins en EHPAD hospitalier ? » Le titre du mémoire prend tout son sens à la lecture de cette dernière partie. Après avoir établi plusieurs constats issus du terrain de stage, la finalité du mémoire est de parvenir à formuler des propositions ou un programme d'actions cohérent applicables à l'établissement, aux autres EHPAD hospitaliers et, pour certaines, aux EHPAD autonomes. Dès lors quels sont les leviers que peut actionner le directeur pour conserver les médecins qu'il emploie ? Que peut-il faire pour fidéliser les médecins extérieurs intervenant auprès des résidents ? A quels objectifs répondent ces actions ? Pour quels résultats attendus ?

3.1 Optimiser le temps de travail ou d'intervention des médecins

Le premier ensemble d'actions vise à optimiser le temps de travail ou d'interventions des médecins, médecins coordonnateurs et médecins traitants.

3.1.1 Améliorer le filtrage des tâches médicales inadéquates

- **RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART**

Il a été vu que la dynamique d'équipe était un facteur important ayant un impact sur le bien-être au travail et *a fortiori* la fidélisation des médecins. L'efficacité des autres professionnels de l'équipe dans l'accomplissement de leurs propres tâches fait partie de ce qui est attendu par les médecins pour pouvoir eux même bien travailler et travailler avec moins de stress.

Or, un cadre de santé m'expliquait qu'il était régulier que les IDE du service contactent le médecin présent sans même vérifier les transmissions dans le logiciel de soin et l'antériorité de la situation qui leur pose problème. Il est acquis pour les IDE qu'un médecin est présent sur place et que dès lors il peut être sollicité à tout moment. Néanmoins, en appelant le médecin sans « filtrage » préalable, l'IDE l'oblige à se déplacer, l'interrompt dans sa tâche en cours pour lui demander d'ausculter un résident dont le diagnostic a déjà été posé.

Un second problème réside dans le fait qu'il y a une désynchronisation entre le temps de présence médicale et le temps infirmier qui n'est pas nécessairement pris en compte par ces derniers. Les IDE ont tendance à ne pas suffisamment prendre en considération les horaires de travail du médecin et manquent d'anticipation dans la sollicitation des médecins : au moment où le médecin doit partir, il est fréquent qu'il soit appelé pour réaliser

des tâches « de dernières minutes ». Cela pose problème pour tout médecin impliqué et consciencieux qui doit également concilier une journée de travail avec ses contraintes personnelles. Les débordements induits par les sollicitations inadéquates provoquent ainsi une désorganisation au niveau du travail médical avec de potentielles répercussions sur l'après-travail.

- PROPOSITION D'ACTION

Un groupe de travail sur la problématique « *Comment mieux filtrer les appels médicaux internes non-urgents* » faisant participer médecin, cadre de santé et IDE pourrait être mis en place au niveau de chaque service (si le service est l'unité de roulement) et travaillerait sur l'élaboration d'une procédure pour filtrer les appels médicaux inadéquats. Chaque groupe de travail travaillerait sur le recensement des situations problématiques par retour partagé d'expériences et préciserait le « code de conduite » à adopter par les IDE : regarder les antécédents, réfléchir à l'utilité et l'opportunité d'appeler le médecin, de différer l'appel lorsque ce n'est pas urgent.

Un groupe synthèse rédigerait ensuite la procédure. Cette procédure de service serait systématiquement présentée par le cadre aux nouvelles recrues IDE. Un format « une page » simplifié pourrait également être affiché dans la salle de soin. Pourrait y être annexé le planning de présence du médecin.

Cette action peut s'appliquer dans tous les EHPAD hospitaliers. Le pilotage de l'action devrait être confié aux cadres de santé des différents services. Le rôle du directeur consisterait à assurer la supervision de l'ensemble des travaux des groupes de travail (participation ponctuelle, en fonction de la dynamique dans le groupe et les points de blocage) et à donner un avis sur la procédure élaborée par le groupe synthèse. La procédure est susceptible d'être mise à jour au gré des situations nouvelles.

- OBJECTIFS DE L'ACTION

L'objectif est de renforcer le niveau d'autonomie du personnel infirmier pour éviter de surcharger le médecin avec des tâches indues. Du reste, une répartition optimale de la charge de travail sur la journée devrait pouvoir favoriser pour le médecin la conciliation de sa vie professionnelle et de sa vie privée (aller chercher ses enfants à l'école, participation à des activités extra-professionnelles, etc.). Le filtrage raisonné des appels au médecin devrait également dégager du temps médical pour réaliser d'autres tâches dans le respect du temps de travail du médecin, en évitant le stress lié au manque d'anticipation.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

L'efficacité de cette action dépend notamment du taux de rotation (turnover) du personnel infirmier dans l'établissement : plus il est élevé, moins l'assimilation des bons

réflexes sur la nécessité de solliciter le médecin sera forte. Cet indicateur impose donc une sensibilisation régulière (fréquence à définir) en particulier si le taux de rotation est élevé.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'établissement (si l'on est dans un établissement de santé) pourrait être associée à la démarche.

- **INDICATEUR DE SUIVI**

Les résultats de l'action seraient évalués par le médecin qui devra relever le « nombre d'appels inadéquats » par mois. Il tiendra un tableau rappelant le motif de l'appel et les raisons qui l'ont conduit à conclure qu'il était inadéquat.

Une réunion « retour d'expérience » d'une heure pourrait être programmée mensuellement pour passer en revue le tableau avec l'équipe IDE et le cadre de santé afin de trouver les solutions correctives et, avec l'accumulation, programmer une révision de la procédure.

3.1.2 Optimiser l'arrivée des médecins traitants

- **RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART**

Des difficultés ont été exprimées par les médecins traitants quant à la coordination de la prise en charge entre le service et le cabinet médical du médecin.

Souvent, l'arrivée du médecin n'est pas préparée : il est régulier que le résident ne soit pas dans sa chambre ou ne soit pas prêt ou qu'il ne trouve pas immédiatement l'IDE à son arrivée parce qu'il n'est pas attendu.

- **PROPOSITION D'ACTIONS**

La communication via un système de messages pré-formatés de téléphone portable à téléphone portable renforcerait la coordination entre l'IDE et le médecin traitant. En pratique, le médecin ou son secrétariat médical enverrait un message comme « *J'arrive dans 15 à ... minutes* » à l'IDE en service pour le prévenir de l'arrivée du médecin qui s'apprête à quitter son cabinet pour les consultations en EHPAD. L'IDE aurait donc un téléphone dédié en plus de son DECT (Digital Enhanced Cordless Telephone traduit « téléphone numérique sans fil amélioré »), qu'il porterait durant le service, pour recevoir les messages des médecins traitants. Il doit transmettre ce téléphone à chaque roulement. Informé de l'arrivée du médecin, l'IDE devra confirmer au médecin que le message a été reçu et lui transmettre en retour des informations essentielles : rappel des identifiants et du mot de passe pour accéder à sa session personnalisée du logiciel de soin, numéro de chambre et de l'étage du résident.

Le rôle du directeur consistera avant tout de rencontrer les médecins traitants pour leur expliquer l'avantage de la solution et obtenir leur adhésion. Il validera l'achat du téléphone qui servira à améliorer les transmissions et expliquera son usage au cadre du service et à l'équipe IDE. Il contrôlera également lors des points avec le cadre que le téléphone est réellement utilisé par le service. Il fait également le lien avec les médecins traitants en cas de blocage au niveau du cabinet médical.

- OBJECTIFS DE L'ACTION

Cette action opérationnelle dont les effets escomptés peuvent être très positifs pour le médecin a pour but d'effacer l'impression que peut avoir le médecin qu'il n'est pas attendu au moment où il doit passer. Elle a également pour but de diminuer le temps d'intervention en réduisant les « temps morts ». Si pour le service, elle permet de réduire l'incertitude sur l'heure de passage du médecin, le message l'alerte aussi sur la nécessité de reprioriser immédiatement ses tâches pour préparer le résident que le médecin vient voir en consultation. Elle vise également à répondre partiellement au problème de la « double prise en charge » particulière aux EHPAD hospitaliers.

En étant informé de l'arrivée du médecin, l'IDE a le temps de vérifier dans les transmissions le motif de la consultation s'il n'est pas déjà au courant de celui-ci et de raccompagner le résident à sa chambre qui sera ausculté par le médecin s'il n'y est pas déjà. L'intérêt de rappeler au médecin qu'il a facilement accès à une session personnalisée sur le logiciel de soin (voir infra 3.1.3) doit lui permettre de consulter le dossier médical du résident à son arrivée, même si l'IDE n'est pas immédiatement disponible pour l'accueillir à l'entrée du service.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

L'action proposée est d'un faible niveau technique. S'il est impossible de recevoir des messages textes sur le DECT, l'achat d'un téléphone portable par service (moins de 200 euros le téléphone, aucun frais d'abonnement supplémentaire) ne représente pas un coût trop important sur le budget du service.

Pour être efficace, cette action dépend également de l'accessibilité à la salle de soin du médecin traitant (voir infra 3.1.3).

- INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de messages reçus du cabinet médical par mois par rapport au nombre de passages en consultation (pour chaque médecin)

Nombre de messages réponses envoyés par les IDE au cabinet médical par mois (pour chaque médecin)

3.1.3 Favoriser l'accessibilité des médecins traitants

- RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART

Il a été constaté sur le terrain de stage que les médecins traitants ne disposent pas de place de parking dédiée, contrairement aux médecins de l'établissement. Il est certain que sur le site de Loos, le parking manque de places y compris pour les visiteurs. On a également noté que le médecin traitant s'il a besoin d'accéder à un poste informatique doit se rendre dans la salle de soin. Au sein de l'EHPAD Les Magnolias, il n'y a pas de bureau dédié aux médecins extérieurs, ni au médecin coordonnateur installé au premier étage. La question de l'accessibilité se pose au regard de la nécessaire sécurisation de l'accès à la salle de soin : tous les médecins traitants ne se sont pas nécessairement procurés le badge permettant l'accès. Enfin, le manque d'accessibilité se traduit également par le fait que la plupart des médecins généralistes utilisent un autre logiciel que celui de l'EHPAD pour suivre le dossier médical de leurs patients : ils ne sont généralement pas formés à son utilisation et ne manifestent pas la volonté de recevoir une formation.

Malgré tout, les conditions matérielles d'accès constituent un frein à l'optimalité de leurs interventions et sont perçues comme contraignantes.

- PROPOSITION D'ACTION

Une triple action pourrait permettre d'améliorer la situation.

La première consisterait à améliorer l'appropriation de l'usage du logiciel de soin en élaborant un **Vadémécum** essentiellement visuel permettant au médecin de consulter et de saisir les transmissions au bon endroit dans le dossier médical informatisé, sans être contraint de passer du temps à chercher dans le logiciel. Le Vadémécum serait créé avec un IDE du service, le médecin coordonnateur et, le cas échéant, le référent du logiciel de soin.

La deuxième serait de **mettre à disposition un badge d'accès à la salle de soin** pour chaque médecin, à l'accueil du site ou à tout autre emplacement sécurisé devant lequel le médecin passe nécessairement pour se rendre à l'EHPAD. Il serait informé par courrier du dispositif, mais également du fait qu'il devra restituer le badge à la fin de sa consultation pour des raisons de sécurité. Il devrait être possible pour le médecin de le récupérer à son arrivée même sans solliciter l'agent d'accueil (en particulier s'il est occupé avec un patient). Ce dernier devra néanmoins noter que le médecin est en possession du badge et faire signer le registre de consignation à son retour.

La troisième reviendrait à **identifier une ou deux place(s) de parking** non-nominative(s) mais réservée(s) aux médecins traitants (par exemple pour revenir au terrain d'investigation : sur le site de Loos, au niveau de la maison après le portail de sécurité).

- OBJECTIFS DES ACTIONS

Le but principal des actions proposées est de favoriser une intervention optimale des médecins traitants auprès des résidents. En effet, les médecins sont constamment à la recherche de temps lorsqu'ils se déplacent en EHPAD. Comme la proposition d'action précédente, l'idée est de diminuer le temps d'intervention en réduisant les temps « inutiles » (recherche d'une place pour garer la voiture, temps à saisir les transmissions dans le logiciel de soin, temps d'attente dans les couloirs pour accéder à la salle de soin, etc.)

Il convient de noter qu'une formation plus complète aurait pu être proposée aux médecins qui le souhaitent. Il semblerait néanmoins que la plupart des médecins ne le désirent pas (étude du besoin à réaliser). D'après les entretiens, ils n'ont pas envie de se former sur un logiciel qui n'est pas le même que celui de leur cabinet et généralement différent de celui de l'EHPAD voisin où ils peuvent également intervenir. Dès lors, l'objectif du Vadémécum est d'apporter les informations utiles sans obliger le médecin à se former.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

L'identification de places de parking réservées dépendra du dimensionnement du parking. Sur le site de Loos, par exemple, la place manque. Néanmoins, il n'y a que dix médecins traitants qui en auraient besoin. Dans les EHPAD autonomes qui ont répondu au questionnaire, il y a en moyenne vingt-deux médecins traitants qui interviennent. Cela risque d'être plus compliqué sauf à négocier des emplacements réservés sur la voie publique avec la mairie.

Les contraintes de la mise à disposition d'un badge d'accès seraient faibles : l'action ne requière que du temps d'agent administratif afin de noter et faire contresigner la remise du badge au médecin.

- INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de médecins traitants ayant besoin d'un IDE pour la saisie des transmissions dans le logiciel de soin en fin de consultation à N+1 après mise en œuvre.

Nombre de signatures dans le registre de consignation des badges par rapport au nombre de passages en consultation par mois (pour chaque médecin).

Nombre d'emplacements réservés et signalés (par un marquage au sol) sur le parking de l'établissement à N+1 après mise en œuvre.

3.2 Motiver les médecins salariés par la mise en place d'outils de management

Le rôle du directeur apparaît essentiel pour susciter la motivation des équipes et en particulier des médecins exerçant au sein de l'établissement si l'on considère que « le

manager doit donner à chacun le sentiment de son utilité, la certitude qu'il a pleinement sa place dans l'institution et qu'il y a un avenir propre »⁴⁹.

Afin de motiver les médecins, le directeur dispose d'outils managériaux classiquement utilisés avec le personnel non médical (obligatoires au niveau réglementaire) mais qui pourraient être repris et adaptés à la spécificité de l'exercice médical en EHPAD.

3.2.1 Systématiser les fiches de poste

- **RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART**

Il a été constaté sur le terrain d'étude que les fiches de poste des médecins n'étaient que partiellement formalisées et uniquement utilisées au moment de l'embauche. De plus, les fiches de poste en bonne et due forme ne sont réservées qu'au médecin RSI de l'EHPAD et au médecin chef de pôle. Ni le médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Magnolias, ni les autres médecins de l'EHPAD Jean de Luxembourg n'ont une fiche de poste formalisée. Pourtant, l'exercice médical en établissement amène nécessairement les médecins à gérer des équipes et à participer à l'élaboration de projets médicaux.

Parmi l'échantillon d'EHPAD étudié, la plupart des directions ont formalisé des fiches de poste pour le médecin coordonnateur et un rapport de l'IGAS constatait que *« l'existence d'une fiche de poste est encore trop rare »*, en ajoutant dans le paragraphe suivant qu'*« il est indispensable que tout poste dispose d'une telle fiche »⁵⁰*. Deux recommandations du rapport vont d'ailleurs dans ce sens, notamment en soutien de la professionnalisation des parcours des professionnels médicaux hospitaliers.

- **PROPOSITION D'ACTION**

La formalisation d'une fiche de poste pour chaque médecin, qu'il soit uniquement coordonnateur ou coordonnateur et médecin traitant dans l'établissement, est indispensable dans tout établissement. La fiche de poste devra *« préciser les compétences indispensables, les savoir-faire et savoir-être attendus, les missions, les objectifs et les conditions de leur évaluation »⁵¹* (voir infra 3.2.2). Dans la rubrique sur les compétences attendues, la fiche de poste ne doit pas seulement mentionner ce qui a trait à l'activité médicale mais également les compétences en matière de management de projet et de

⁴⁹ HONTEBEYRIE-SOULIE C., février 2013, « Managers : comment favoriser et entretenir votre motivation pour mieux motiver vos équipes », *Santé RH*, n° 47

⁵⁰ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016, « 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 »

⁵¹ *Ibidem*

gestion d'équipe. La fiche de poste peut également préciser les liaisons fonctionnelles entre le médecin et les autres services de l'établissement.

Par ailleurs, le rapport de l'IGAS précité notait à juste titre que : « *cette fiche ne poste n'a pas vocation à rester figée pendant toute la carrière, mais à être adaptée et ajustée au fil des entretiens, du parcours du professionnel, de l'évolution de l'organisation et de l'exercice au sein de la structure.* »⁵²

Le pilotage de l'action reviendra nécessairement au directeur et au président de la CME qui devront travailler les fiches de poste conjointement, dans le respect de leurs compétences propres. Ils veilleront à associer étroitement à la réflexion le médecin qui en est le destinataire pour qu'il puisse s'approprier et réagir au contenu de la fiche de poste.

De préférence, ce travail devra être mené dans une période de trois à six mois après la prise de poste du médecin en se basant sur l'ébauche de la fiche de poste qui lui a été présentée lors de son recrutement. Pour les médecins depuis longtemps sur leur poste sans fiche de poste, ce travail sera mené progressivement, en introduisant d'abord la question lors d'une réunion de la CME, par exemple.

- OBJECTIFS DE L'ACTION

La généralisation des fiches de poste répondra à plusieurs objectifs de qualité de vie au travail :

- améliorer la clarté du travail à faire ;
- clarifier la responsabilité managériale du médecin ;
- renforcer la capacité à se projeter sur la réalisation d'objectifs ;
- s'assurer de la compréhension mutuelle du poste entre la direction et le médecin ;
- préciser le positionnement du médecin par rapport aux autres professionnels ;
- reconnaître l'étendue des missions du médecin au-delà de ses missions médicales.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

L'élaboration d'une fiche de poste pour chaque médecin ne peut être effective qu'avec le soutien des médecins au-delà du soutien du président de la CME. Pour éviter un blocage, le directeur devra être vigilant à présenter l'objectif de la démarche et l'intérêt qu'il doit susciter chez les médecins. Elle doit s'intégrer dans le cadre de la CME : il devra faire valider chaque fiche de poste en réunion de CME dans le respect du principe de transparence.

Ensuite, la systématisation des fiches de poste est un travail qui ne peut qu'aller de pair avec les deux autres propositions qui suivent : la mise en place d'un entretien d'intérêt

⁵² *Ibidem.*

individuel chaque année et celle d'un accompagnement personnalisé qui se matérialise par des entretiens réguliers au cours de l'année.

- INDICATEURS DE SUIVI

Nombre de nouvelles fiches de poste formalisées par rapport au nombre de médecins à suivre chaque année.

Fréquence d'actualisation des fiches de poste des médecins à suivre tous les deux ou trois ans.

3.2.2 Réaliser un entretien d'intérêt annuel avec chaque médecin

- RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART

Au Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, le chef de pôle procède à des « entretiens d'intérêt » qui présentent l'avantage de ne pas être formalisés contrairement aux entretiens d'évaluation tels qu'ils sont réalisés avec le personnel non médical. Cela donnerait la souplesse nécessaire au bon déroulement de l'entretien. Le directeur ne participe pas à ces entretiens d'intérêt.

Pour autant, la fréquence de ces entretiens n'est pas déterminée. Il semblerait qu'ils ne soient pas réguliers et *a fortiori* le manque de régularité pose question sur leurs véritables objectifs. Le risque porte sur le fait qu'ils soient mal interprétés par les médecins. En effet, il a été signalé lors des entretiens que ces entretiens pouvaient provoquer une certaine distance.

- PROPOSITION D'ACTION

Si le terme d'« entretiens d'intérêt » peut être conservé pour marquer la distinction entre ce qui est fait pour le personnel non médical et le personnel médical, leurs modalités devraient évoluer pour qu'ils soient mieux perçus par les médecins et devenir déterminant pour que ces derniers aient une vision de leur avenir dans l'établissement.

Les entretiens d'intérêt devraient d'abord s'appuyer sur un support stable avec des rubriques claires que le directeur devrait travailler avec le chef de pôle sur le modèle de ce qui est proposé à l'AP-HP (annexe 12). Sur le principe, le support devrait être adapté aux spécificités de l'exercice médicale – respect de la déontologie de chaque praticien et de son indépendance professionnelle – et à cet exercice en EHPAD.

La régularité de l'entretien est primordiale : un entretien systématique tous les ans avec chaque médecin apparaîtrait adapté. Il pourrait être conduit conjointement par le chef de pôle et le directeur et pas uniquement par le premier pour les praticiens hospitaliers. Le directeur mènerait également un entretien similaire avec chaque chef de pôle.

- OBJECTIFS DE L'ACTION

Le guide de l'entretien annuel individuel des praticiens de l'AP-HP⁵³ formule précisément certains des objectifs qui peuvent être atteints par cette action :

- « *favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de la structure et, plus largement, de l'institution* » ;
- « *promouvoir un management par la confiance et favoriser l'engagement des praticiens dans la réalisation du projet de service* »
- « *maintenir et renforcer la motivation des praticiens au sein de l'équipe* ».

L'objectif de l'entretien d'intérêt consiste d'abord à instaurer un espace de dialogue et d'écoute privilégié avec le praticien. Il doit se sentir écouté, aussi le respect de son temps de parole est essentiel. Il doit pouvoir s'exprimer sur ses besoins (en matière de formation notamment), ses souhaits, ses centres d'intérêt, son ressenti par rapport à la conduite de l'établissement et sa vision de l'institution. De même, il convient de faciliter sa prise de parole s'il a des problèmes ou des difficultés particulières à évoquer. La franchise doit être encouragée.

Ensuite, l'entretien d'intérêt est un moment important pour reconnaître la valeur du travail accompli par le PH durant l'année écoulée. Il convient également en faisant le bilan de repreciser les attendus et ainsi clarifier le travail dans le cadre de la ligne institutionnelle. Les nouvelles idées doivent être accueillies positivement même si elles ne correspondent pas dans l'immédiat aux objectifs de l'institution et aux projets de développement d'activité médicale qui ont été identifiés. L'entretien doit permettre de noter les nouvelles propositions et de les conserver « en mémoire » afin d'être capable de mobiliser le PH au moment opportun s'il souhaite toujours s'impliquer ; il doit enfin permettre de lui demander s'il souhaite contribuer aux projets qui seront initiés l'année suivante.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

L'instauration d'un entretien d'intérêt annuel pour chaque médecin et en présence du directeur implique d'avoir une bonne dynamique entre le directeur et le chef de pôle. L'implication du chef de pôle est indispensable, aussi il doit adhérer à cette culture managériale qui consiste à réaliser un entretien annuel dans un cadre formalisé a minima.

En termes de charge de travail, la réalisation d'entretiens d'intérêt annuels est envisageable dès lors qu'il y a peu de médecins dans l'établissement. Au-delà d'une douzaine de médecins, elle occasionnerait une charge de travail supplémentaire non-négligeable.

⁵³ ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS, janvier 2017, « Guide de l'entretien individuel annuel des praticiens de l'AP-HP », disponible sur internet : http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme10janvier2017_guideentretienindividuel.pdf

Pour mettre en place cette démarche, il convient également de communiquer, après avoir obtenu l'adhésion des chefs de pôle, aux autres médecins (en CME) sur la nature de ces entretiens, leurs objectifs et les effets positifs qui sont attendus. Il est par exemple très important d'être précis et transparent sur le plan procédural, sur ce que les médecins pourront attendre et anticiper : transmission de la grille d'entretien avant l'entretien pour préparation ; information sur le fait qu'un compte rendu sera rédigé et envoyé ; etc.

- INDICATEUR DE SUIVI

Evolution du nombre d'entretiens d'intérêts à suivre chaque année.

3.2.3 Renforcer l'accompagnement personnalisé des médecins

- RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART

L'indépendance professionnelle des médecins conduit souvent à penser que les médecins peuvent régler leurs problèmes seuls, sans besoin d'être « coachés » par le personnel de direction. Au sein du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, une responsable de la filière médico-sociale a été désignée et reçoit régulièrement les médecins de l'EHPAD Jean de Luxembourg. S'il est en place, l'accompagnement personnalisé demeure incomplet (tous les médecins de l'EHPAD ne sont pas régulièrement reçus par ce responsable, par exemple le médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Magnolias) ce qui risque d'amener à négliger les souhaits des médecins et à sous-utiliser leurs compétences au détriment des résidents.

Ensuite, il a été vu que la fonction de médecin coordonnateur demeure méconnue des résidents et des familles voire de son attributaire lui-même. Cette situation véhicule le risque de démotiver le médecin qui ne se sentirait pas reconnu dans son environnement, puis de désinvestir sa fonction.

- PROPOSITION D'ACTION

La mise en place d'un accompagnement personnalisé de chaque médecin de l'EHPAD pourrait prendre une double forme.

D'abord, il devrait prendre la forme d'échanges individuels réguliers et programmés entre le médecin et un responsable de la direction (directeur ou attaché d'administration hospitalière). Chaque médecin aurait un référent au sein de l'administration avec lequel il peut aborder les sujets qu'il souhaite dans le cadre d'**entretiens individuels type « coaching »** (fréquence à définir conjointement entre les deux intéressés) : relations avec l'équipe, attentes personnelles, conditions matérielles, observations sur les projets en cours, nouveaux projets à impulser, etc. Dans la limite de ses compétences, le cadre de

direction peut alors lui apporter conseil en matière de management d'équipe, management de projet, etc., et l'orienter vers les outils appropriés (procédures « qualité », outil de gestion de projet, etc.) dont il aurait besoin pour concrétiser ses projets ou l'aider à résoudre un problème. Le référent ferait également le lien avec les autres services logistiques, techniques et administratifs de l'établissement pour répondre aux demandes du médecin.

Ensuite, il devrait prendre la forme d'un **accompagnement direct du référent dans les activités du médecin** qui pourraient nécessiter sa présence. Par exemple, dans le cadre des réunions visant à échanger sur le projet de vie avec la famille et le résident ou encore au moment de la visite de préadmission. Ces deux moments constituent des temps forts pour que le médecin coordonnateur affirme sa position et son rôle ; que le résident et la famille l'identifient et le distinguent du médecin traitant (lorsque ce sont deux personnes différentes). Le référent aurait alors pour rôle de présenter le médecin, de valoriser ses missions et faire connaître son rôle surtout s'il vient d'être recruté.

- OBJECTIFS DE L'ACTION

La désignation d'un référent personnel apportant soutien et conseil au médecin permettrait à ce dernier de trouver plus aisément sa place dans l'établissement, en particulier dans le rapport aux usagers. Elle devrait répondre au besoin de reconnaissance nécessaire pour maintenir voire renforcer sa motivation au travail.

Cette action vise également à renforcer l'autonomie du médecin dans ses projets par des conseils sur les ressources internes dont il peut disposer. Elle permettrait également de repérer les difficultés et les manques qui freinent la prise de responsabilités managériales des médecins.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

La mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé des médecins de l'EHPAD nécessite du temps de la part du personnel de direction.

C'est pourquoi la définition de la fréquence des rencontres doit être définie conjointement, en fonction des disponibilités des deux intéressés de manière raisonnable.

- INDICATEUR DE SUIVI

Evolution du nombre d'entretiens individuels type « coaching » à suivre chaque année.

3.3 Renforcer la solidarité médicale dans les EHPAD hospitaliers

Le dernier ensemble d'actions a pour but de renforcer la solidarité entre les médecins du secteur médico-social et les médecins du secteur sanitaire. Le sentiment de faire partie d'une communauté médicale solidaire, travaillant dans le respect mutuel des fonctions et

compétences des uns et des autres, est fondamental pour l'épanouissement professionnel des médecins. C'est un facteur déterminant pour donner envie aux médecins de rester travailler dans un établissement.

3.3.1 Clarifier les modalités d'organisation en mode dégradé

- RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART

Il peut être utilement rappelé que l'organisation en mode dégradé mise en place à l'EHPAD Jean de Luxembourg pour pallier l'absence d'un médecin a démontré son efficacité tout en révélant un soutien volontaire et effectif des médecins du secteur sanitaire à leurs confrères en difficulté au sein de l'EHPAD.

Pour autant, quelques situations invitent à nuancer l'absolue cohésion qui règnerait au sein de l'établissement. Il semblerait que la logique de solidarité trouverait ses limites dans quelques cas particuliers : par exemple, en l'absence du médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Magnolias, au lieu de demander une aide aux médecins du secteur sanitaire sur place, le service s'est tourné sur conseil de ces derniers vers le seul médecin présent à l'EHPAD Jean de Luxembourg déjà en surcharge de travail. Ce dernier s'est alors enquis de la situation, ce à quoi il lui a été répondu : « *c'est de la compétence des médecins du médico-social* ». Entendre cette réponse génère nécessairement des frustrations, qui témoignent de la dichotomie persistante entre les deux filières. Ces situations sont néanmoins complexes et mériteraient d'être abordées à titre préventif.

- PROPOSITION D'ACTION

La clarification des modalités d'organisation dans des situations où la compétence d'un médecin du secteur médico-social s'imposerait et vice-versa pourrait constituer un axe de travail intéressant qui pourrait être investi par la CME. Il pourrait en découler **l'élaboration d'une « charte des responsabilités »** recensant l'ensemble des situations qui pourraient générer un conflit de compétences. La charte devra trancher sur le fait de savoir qui intervient dans quelles situations et quelles sont les situations où le pragmatisme doit être de rigueur (en envoyant un médecin présent sur place en EHPAD pour traiter le problème, même s'il est affecté en secteur sanitaire).

- OBJECTIFS DE L'ACTION

L'action vise à désamorcer les conflits latents qui pourraient s'exprimer dans le cadre de la prise en charge de certaines situations où il n'est pas certain que la logique de compétence s'applique ou si elle devrait être privilégié par rapport à la logique géographique d'une intervention des médecins sur place.

La charte des responsabilités vise à proposer une ligne de partage entre ce qui peut être fait par les médecins du secteur sanitaire pour une problématique d'EHPAD sur site et ce qui doit nécessairement être assuré par les médecins du secteur médico-social.

Au demeurant, la clarification de l'organisation médicale dans les situations complexes confirmerait la cohésion qui existe au sein de la communauté médicale.

- CONDITIONS DE FAISABILITE

Cette piste d'action devra être proposée par le directeur au président de la CME avant de la mettre en débat lors d'une réunion de la CME. Il pourra ainsi mener personnellement l'investigation auprès des médecins de l'EHPAD pour relever les éventuels problèmes rencontrés. Si le nombre de situations complexes est suffisamment important, il sera important d'élargir la discussion à l'ensemble de la communauté médicale en inscrivant le sujet à l'ordre du jour de la CME.

- INDICATEUR DE SUIVI

Nombre de plaintes reçues après rédaction et diffusion de la charte.

3.3.2 Favoriser l'émergence d'un pôle d'activité médico-social

- RAPPEL DES CONSTATS DE DEPART

Si la fonction de « responsable de structure interne » est reconnue par les textes, cette fonction, contrairement à celle de chef de pôle, n'est pas valorisée financièrement.

Cette absence de gratification peut susciter un sentiment d'iniquité par rapport au chef de pôle. Elle peut également conduire le médecin à ressentir un manque de reconnaissance financière.

- PROPOSITION D'ACTION

A court ou moyen terme, le directeur – qui a le pouvoir de définir l'organisation interne de l'établissement – devrait **nommer un chef de pôle de la filière médico-sociale** lorsque l'EHPAD est prépondérant en termes de capacité dans l'établissement de santé.

L'attribution de cette fonction à l'un des PH de l'EHPAD apparaîtrait légitime par rapport à cette représentativité de l'EHPAD dans l'activité complète de l'établissement.

- OBJECTIFS DE L'ACTION

L'action proposée a pour but de reconnaître et de valoriser financièrement le rôle de RSI en accordant au médecin RSI de l'EHPAD le statut de chef de pôle de la filière médico-sociale. En le nommant dans cette fonction, le directeur revalorise également son

positionnement par rapport aux autres médecins. Il assoit le rôle managérial du médecin vis-à-vis de l'encadrement et des équipes soignantes de l'EHPAD. Il marque davantage la spécificité et l'importance de l'EHPAD par rapport au reste des activités de l'établissement. En devenant chef de pôle, le médecin est également appelé à être encore plus impliqué dans la vie institutionnelle (projet de pôle, contrat de pôle, etc.)

De plus, elle permettrait d'ajuster l'organisation médicale à la réalité de la division spatiale d'un établissement multi-site (où l'EHPAD est majoritairement localisé sur un site différent de l'hôpital) et en proportion des capacités de l'EHPAD dans les activités de l'établissement.

- **CONDITIONS DE FAISABILITE**

La première condition est financière. La nomination d'un chef de pôle engendre un coût supplémentaire : le chef de pôle bénéficie d'une indemnité de fonction dont les modalités de calcul sont fixées par arrêté. Cette indemnité comporte une part fixe mensuelle de 200 euros et une part variable annuelle d'un montant maximum de 2 400 euros (fixée par le chef d'établissement en fonction de l'appréciation de l'atteinte d'objectifs)⁵⁴. Dès lors, il est possible d'évaluer le coût moyen annuel de la mesure à 3 600 euros (en comptant 2 400 euros en part fixe et 1 200 euros en part variable).

La seconde a trait à l'opportunité. Dans l'hypothèse où aucun pôle n'est en place, il est possible de mettre en œuvre cette mesure rapidement. Mais il convient d'envisager une autre hypothèse : celle où le centre hospitalier non généraliste et à vocation gériatrique avec EHPAD rattaché(s) a constitué un pôle d'activité unique pour l'ensemble de ses activités, sanitaires et médico-sociales. Si le chef de pôle désigné n'est pas un praticien exerçant en EHPAD, il apparaît alors légitime dans un établissement dont l'activité majoritaire en termes de capacités est l'activité de l'EHPAD, de constituer un second pôle et de désigner un autre chef de pôle exerçant au sein de l'EHPAD, *a fortiori* si celui-ci est implanté sur un autre site que l'hôpital. Cette désignation ne devrait être effectuée qu'à l'issue du mandat du chef de pôle actuel (pour rappel le mandat d'un chef de pôle dure quatre ans⁵⁵). En étant déchargé de la responsabilité du nouveau pôle médico-social tout en reconnaissant ce qui a été accompli jusqu'alors, ce dernier aurait alors l'opportunité de s'investir sur d'autres champs stratégiques, notamment au niveau du GHT tout en conservant (deuxième mandat) la responsabilité du pôle sanitaire de l'établissement.

Une telle réorganisation se réfléchit néanmoins en amont, en associant étroitement le président de la CME qui est détenteur de la compétence pour proposer une liste de médecins pouvant prétendre à la fonction de chef de pôle au directeur. Enfin, il conviendra

⁵⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles [en ligne]. Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010. [visité le 14.08.2017]

⁵⁵ Article D. 6146-1 du Code de la santé publique

avant toute entreprise de réfléchir à « l'après ». Par exemple, des espaces de dialogue devront émerger entre les deux chefs de pôle notamment pour coordonner l'élaboration des projets de pôle...

- INDICATEURS DE SUIVI

- Respect du délai réglementaire d'élaboration du projet et du contrat de pôle.

- Evolution du niveau de satisfaction des médecins traitants.

Conclusion

Dans l'introduction, nous demandions dans quelle mesure la direction d'un EHPAD hospitalier peut agir sur la fidélisation des médecins exerçant en EHPAD. Fil rouge de ce mémoire, cette question nous a permis d'interroger les enjeux qui sont liés à une politique de fidélisation, en arguant du fait que celle-ci s'inscrit nécessairement dans un contexte territorial et démographique particulier. Une politique de fidélisation ne se définit qu'au regard de ce qu'attendent les acteurs : les usagers, les médecins et le directeur. Elle n'est pas systématique : fidéliser un médecin n'est pas toujours pertinent et tous les départs ne peuvent être évités. Mais même si l'institution n'est pas tenue pour responsable par le médecin qui décide de s'en aller, elle doit être en mesure de réagir en prévoyant les mesures nécessaires, entre autres, à la continuité du service.

Les hypothèses soulevées par le sujet ont été travaillées dans le corps de ce mémoire au regard de ce qui a été relevé sur le terrain d'investigation.

(1) Nous notons d'abord que le fait de travailler au sein d'une équipe de PH, avec notamment la possibilité d'organiser les congés sans gêner la continuité des soins médicaux, constitue un avantage reconnu par les médecins comme déterminant dans leur volonté de rester dans l'établissement.

(2) Nous avons par ailleurs pu confirmer, au moins partiellement, que les profils de postes médicaux offerts au Groupe Hospitalier Loos Haubourdin agissent comme des leviers de fidélisation.

(3) Ensuite, le travail mené a permis de vérifier que les conditions matérielles et financières constituent un élément pris en compte par les médecins pour évaluer leurs conditions de travail.

(4) Enfin, les médecins exerçant en EHPAD reconnaissent que la dynamique de travail dans le service et l'établissement est un facteur déterminant sur leur envie de rester.

Au demeurant, le présent mémoire a décrit les éléments à prendre en considération par un directeur pour mettre en œuvre une politique de fidélisation en EHPAD hospitalier. Le développement d'une telle politique intègre une dimension stratégique, technique et managériale intrinsèque au métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Dès lors, il est conseillé à ce dernier de développer des stratégies en matière (1) d'optimisation du temps de travail et d'intervention des médecins, (2) de motivation des PH par la mise en place d'outils de management et (3) le renforcement de la solidarité médicale. Trois axes constituant finalement des pistes de réflexion qui mériteraient d'être davantage développées par les directeurs, en fonction des spécificités de l'établissement.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 17 janvier 1995 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées au 6° de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique (abrogé) [en ligne], [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000532340>

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000395786

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°123 du 28 mai 2005. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000257443

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles [en ligne]. Journal officiel, n°0136 du 15 juin 2010. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000022346709

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD [en ligne]. Journal officiel, n°0303 du 31 décembre 2012. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000023334101

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les EHPAD [en ligne]. Journal

officiel, n°0303 du 31 décembre 2012. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000023334544

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE. Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°0205 du 04 septembre 2011. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000024532249

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 25 octobre 2011 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées à l'article R. 6152-403 du code de la santé publique [en ligne]. Journal officiel, n°0280 du 03 décembre 2011. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000024908577

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Circulaire n° DGCS/SD3A/2012/404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD [en ligne]. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36346.pdf

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n°0301 du 29 décembre 2015. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031700731

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [en ligne]. Journal officiel, n°0276 du 27 novembre 2016. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033479390

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées [en ligne]. Journal officiel, n°0293 du 17 décembre 2016. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033623436

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [en ligne]. Journal officiel, n°0298 du 23 décembre 2016. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033670895

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine [en ligne]. Journal officiel, n°0100 du 28 avril 2017. [visité le 14.08.2017], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034502881

Articles de périodiques

BRUNELLE Y., janvier-mars 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, pp. 39-48.

DEFEBVRE M.-M., POIRIER G., BLOCH F. et al., juin 2017, « Démographie des gériatres en 2015 et réflexions sur l'évaluation des besoins de formation pour le DES en région Hauts-de-France », *Revue de Gériatrie*, t. 42, n° 6, pp. 337-345

DIGEON J., LAFITTE E., avril 2017, « Recrutement médical à l'hôpital : comment provoquer l'attractivité ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 575, pp. 51-53

DUREL G., WONE F., MARAVAL F. et al., juin 2016, « Responsabilité du médecin coordonnateur et problèmes juridiques », *Revue de Gériatrie*, t. 41, n° 6, pp. 359-367

FREDJ K., février-mars 2010, « Synergie entre médecin coordonnateur et directeur d'EHPAD : mythe ou réalité ? », *Gérontologie Pratique*, n° 214-215

HONTEBEYRIE-SOULIE C., février 2013, « Managers : comment favoriser et entretenir votre motivation pour mieux motiver vos équipes », *Santé RH*, n° 47

MARRON-DELABRE A., RIVOLLIER E., BOIS C., novembre-décembre 2015, « Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients », *Santé Publique*, vol. 27, n° 6, pp. 837-840

WOEHL J.-M., avril 2017, « Projet médical, jeunes médecins et attractivité », *Revue Hospitalière de France*, n° 575, pp. 48-50

Rapports

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, HAUTE AUTORITE DE SANTE, « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé », disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2057632/fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-de-sante

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION, 2016, « Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé : année 2015 », disponible sur internet : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3132/rapport_bilan_social_2015.pdf

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, juin 2016, « Atlas national de la démographie médicale en France - Situation au 1^{er} janvier 2016 », disponible sur internet : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, octobre 2013, « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 47, disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article47.pdf>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, septembre 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la Drees*, n° 5, disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, juillet 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour

personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Études et résultats*, n° 1015, disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, avril 2014, « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public », disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_definitif_fhf_attractivite_medicale.pdf

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES NORD-PAS-DE-CALAIS, février 2014, « Fragilité sociale des personnes âgées du Nord : entre vieillissement, précarité et dépendance », disponible sur internet : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2045873/no_oldcol_06.pdf

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, octobre 2011, « Financement des soins dispensés dans les EHPAD – évaluation de l'option tarifaire dite globale », disponible sur internet : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapport-s-publics/124000032.pdf

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, décembre 2016, « 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 », disponible sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf

KPMG, avril 2014, « Observatoire des EHPAD », disponible sur internet : <http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/05/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

LE MENN J., CHALVIN P., novembre 2015, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », disponible sur internet : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapport-s-publics/154000771.pdf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, décembre 2009, « 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD », disponible sur internet : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2009/Rapport-sur-EHPAD.pdf>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, décembre 2016, « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail », disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, novembre 2015, « Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public », disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/021115_-_dp_-_plan_d_action_attractivite_a_l_hopital_public.pdf

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE, novembre 2014, « État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux en EHPAD dans la région des Pays de la Loire », disponible sur internet : <http://www.intelligible.fr/blog/wp-content/uploads/2014/11/URPS-ML-PDL-DPetudeEHPAD-2014-11.pdf>

Mémoires

ALCETEGARAY D., décembre 2015, *Dynamique de changement autour du positionnement d'un médecin coordonnateur. L'exemple d'un EHPAD du Sud-Ouest* [en ligne], Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, [visité le 14.08.2017], Disponible sur Internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/dessms/alcetegaray.pdf>

LUEZ J.-M., septembre 2010, *Quelle place pour le médecin traitant dans l'EHPAD ? Analyse des problématiques actuelles et futures* [en ligne], Mémoire du Diplôme Universitaire de Médecin coordonnateur en EHPAD : Université Lille 2, [visité le 14.08.2017], Disponible sur Internet : http://medco5962.free.fr/pdf/memoire_luez.pdf

SIMON O., décembre 2014, *Quelles réponses pour un directeur d'EHPAD confronté à la vacance du poste de médecin coordonnateur ? L'exemple de l'EHPAD public autonome de Civray dans la Vienne*, Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, [visité le 14.08.2017], Disponible sur Internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/dessms/simon.pdf>

Sites internet

APM NEWS, mai 2014, « EHPAD : médecins coordonnateur et libéraux clament leur volonté de coopérer 'en bonne intelligence' ». [consulté le 14.08.2017], disponible sur

Internet : <http://www.apmnews.com/depeche/92753/248389/ehpad-medecins-coordonnateurs-et-liberaux-clament-leur-volonte-de-cooperer-en-bonne-intelligence>

APM NEWS, novembre 2016, « EHPAD : les médecins coordonnateurs divisés sur l'intérêt de redéfinir leurs missions ». [consulté le 14.08.2017], disponible sur Internet : <http://www.apmnews.com/depeche/92753/295608/ehpad-les-medecins-coordonnateurs-divises-sur-l-interet-de-redefinir-leurs-missions>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Cartographie interactive de la démographie médicale. [consulté le 14.08.2017], disponible sur Internet : <https://demographie.medecin.fr>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, Statistiques et indicateurs de la santé et du social. [consulté le 16.09.2017], disponible sur internet : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/fracc_pers_agees2.asp-prov=CH-depar=CJ.htm

GERONTONEWS, janvier 2017, « Il faut 'motiver' les médecins pour qu'ils viennent en EHPAD ». [consulté le 14.08.2017], disponible sur internet: http://www.gerontonews.com//il-faut-motiver-les-medecins-pour-qu-ils-viennent-en-Ehpad-NS_CZ9OKL7D7.html

HOSPIMEDIA, novembre 2016, « Des médecins coordonnateurs en Ehpads dénoncent le non-respect de leur temps de travail en vigueur ». [consulté le 14.08.2017], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161122-ressources-humaines-des-medecins-coordonnateurs-en-ehpad-denoncent>

HOSPIMEDIA, novembre 2016, « 'Il est urgent de s'intéresser aux médecins et de mieux les accompagner dans leur carrière' », [consulté le 14.08.2017], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/analyses/20161115-ressources-humaines-il-est-urgent-de-s-interesser>

HOSPIMEDIA, janvier 2017, « L'AP-HP se dote d'une charte du management médical et d'un guide pour l'entretien annuel individuel », [consulté le 14.08.2017], disponible sur Internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170111-ressources-humaines-l-ap-hp-se-dote-d>

PERELLI

Victor

Décembre 2017

DESSMS

Promotion 2017

Comment fidéliser les médecins en EHPAD hospitalier : l'exemple du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (Rennes)

Résumé :

Dans les EHPAD rattachés à un établissement public de santé, la prise en charge médicale des résidents et sa coordination dépend généralement de praticiens hospitaliers qui dédient leur temps de travail à l'établissement. En effet, il est plus rare en EHPAD hospitaliers que les prestations médicales soient réalisées par des médecins traitants extérieurs.

Dès lors, la continuité et la qualité des soins reposent sur la stabilité d'un effectif médical. Le directeur garant de la continuité du service porte la responsabilité des risques qui surviendraient au cas où cette présence médicale ne serait plus assurée. La fidélisation des médecins constitue donc un enjeu central dans la politique médicale d'un EHPAD hospitalier.

Les possibilités d'action visant à retenir un médecin sont directement liées à la notion de qualité de vie au travail. Le paramétrage du poste de travail, mais aussi l'environnement et la dynamique de travail, sont autant de vecteurs pouvant permettre de fidéliser les médecins exerçant en EHPAD.

Mots clés :

Attractivité - Continuité des soins - Coordination - Dynamique de travail - EHPAD - Environnement de travail - Etablissement public de santé - Fidélisation - Haubourdin - Loos - Management - Médecin - Médecin coordonnateur - Organisation - Politique médicale - Praticien hospitalier - Qualité de vie au travail - Responsabilité

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.