



EHESP

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion : **2012-2014**

Date du Jury : **<9-10 décembre 2013>**

**Les Ressources humaines médicales
au Centre Hospitalier de Gonesse :
Du projet social médical institutionnel
au projet médical territorial**

**De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des
facteurs de l'attractivité médicale**

Marie-Marthe HIANCE

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier :

-**Monsieur Kletz**, directeur de mémoire, du Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines, pour le temps consacré à mon mémoire et ses conseils méthodologiques précieux, qui m'ont guidé pas à pas dans mon analyse ;

-**Monsieur Calmes**, Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales au Centre Hospitalier Sud-Francilien, pour son investissement, sa bienveillance et pour avoir cru en mon projet d'étude ;

-**Monsieur Bousquié**, maître de stage, Directeur des Ressources Humaines et de la Stratégie médicale du Centre Hospitalier de Gonesse, pour son regard critique et ses conseils avisés ;

-**Le service des Affaires médicales** du CH de Gonesse, pour le vivier d'informations sur l'hôpital, auxquelles il m'a permis d'accéder ;

-**Toutes les personnes interrogées**, à l'hôpital et en dehors, pour leur franchise, leur disponibilité et leur compréhension.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Des parcours professionnels attractifs à travers un projet social médical institutionnel.....	9
1.1 Les mutations de l'exercice médical à l'hôpital face aux évolutions des attentes et représentations du corps médical	9
1.1.1 Confronté à de nouvelles « règles du jeu », le corps médical connaît une crise identitaire.....	9
1.1.2 Les nouvelles générations de praticiens ont des aspirations qui diffèrent fortement de celles de leurs aînés.....	15
1.2 Une nécessaire évolution des politiques des établissements de santé en direction des personnels médicaux	18
1.2.1 Les facteurs d'attractivité et de fidélisation du personnel sont multiples	19
1.2.2 L'hôpital de Gonesse : vers un renouveau de l'attractivité médicale	23
2 Vers une individualisation et une territorialisation des parcours des professionnels médicaux	33
2.1 Renforcer la lisibilité locale du temps médical disponible pour contractualiser et individualiser les parcours de carrière	33
2.1.1 Les enjeux de la gestion du temps médical disponible	34
2.1.2 Assurer une lisibilité du temps médical disponible pour faire des médecins les « acteurs » de leur propre carrière.....	35
2.2 Favoriser une territorialisation de la gestion des ressources humaines médicales pour répondre aux besoins de santé et diversifier les parcours des professionnels médicaux.....	42
2.2.1 Un projet médical territorial, nouvelle conception de l'offre de soin,	42
2.2.2 ... visant à diversifier les parcours des professionnels médicaux	48
Conclusion	52
Bibliographie.....	55
Liste des annexes	63

Liste des sigles utilisés

APHP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ARTT : Aménagement et Réduction du Temps de Travail

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CET : Compte Epargne Temps

CH : Centre Hospitalier

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNG : Centre National de Gestion

COPS : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins

CRC : Centre de Recherche Clinique

DAM : Direction des Affaires Médicales

DPC : Développement Médical Continu

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPRD : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses

EPS : Etablissements Publics de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

FMC : Formation Médicale Continue

FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalière

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

MEP : Mode d'Exercice Particulier

PAC : Praticien Adjoint Contractuel

PCV : Part Complémentaire Variable

PDSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé

PH : Praticien Hospitalier
PRS : Projet Régional de Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluri-disciplinaire
RH : Ressources Humaines
RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité
RMO : Référence Médicale Opposable
RTT : Réduction du Temps de Travail
RUM : Résumé d'Unité Médicale

SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SIGREC : Système d'Information et de Gestion de la Recherche et des Essais Cliniques
SIHP : Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

T2A : Tarification à l'Activité
TTA : Temps de Travail Additionnel

Introduction

Interrogé par un journaliste du journal *l'Express* sur les critères rendant une entreprise attractive, Thierry Baril, directeur général Ressources Humaines d'Airbus, soulignait que « *l'un des points importants est de donner de la visibilité sur l'avenir. Airbus a beaucoup communiqué sur l'innovation et sur l'évolution continue du métier de développeur et de fabricant d'avion. Nous sommes une entreprise d'avenir et nous le faisons savoir* »¹. Cette visibilité sur l'avenir est l'un des points clés de choix du lieu de travail pour tout membre du personnel hospitalier. Or, les difficultés financières des établissements publics de santé, ainsi que les incertitudes pesant sur les activités médicales, à travers la menace des seuils d'autorisation, sont sources de réticences à s'engager professionnellement dans une telle structure. De plus, le cadre réglementaire fixant les statuts s'appliquant au corps médical encadre strictement les mesures pouvant être prises de façon autonome par les Etablissements publics de santé (EPS). Les marges de manœuvre à disposition des hôpitaux publics pour gérer la ressource médicale sont ainsi limitées et pose la question des moyens mobilisables en vue de renforcer l'attractivité et la fidélisation du personnel médical d'une structure hospitalière.

Face à la pénurie annoncée et aux contraintes budgétaires, plusieurs enjeux imposent aux établissements de santé de passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique des ressources humaines médicales. Si la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », dite HPST, de 2009² propose de nouveaux outils pour pallier les difficultés de recrutement, tels que le contrat de clinicien hospitalier ou le contrat d'engagement de service public, une gestion hospitalière fine impose d'intégrer également les problématiques d'attraction et de fidélisation des statuts traditionnels de praticiens, qu'ils soient titulaires (Praticiens Hospitaliers temps plein et temps partiel) ou contractuels (Assistants des Hôpitaux, Praticiens attachés et Praticiens contractuels)³.

Si de nombreux outils de gestion permettent de maîtriser et de prendre en compte les évolutions du personnel non médical (Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Commissions paritaires, Projet social, etc.), il n'en est pas de même pour la ressource humaine médicale. Pour autant, la rareté de la ressource médicale et les changements du contexte hospitalier font que les négociations salariales et l'adaptation du temps médical aux besoins sont le lot quotidien des Directions des Affaires Médicales.

Deux contraintes divergentes s'imposent, d'ores et déjà, aux établissements de santé.

D'une part, le contexte budgétaire contraint et évolutif impose de gérer, avec plus de précision et d'anticipation, l'évolution du corps médical, représentant une part importante de la masse salariale des établissements de santé. Ainsi, au Centre Hospitalier de Gonesse, en 2013, les dépenses relatives au personnel médical représentaient 23,4% des dépenses totales de personnel, soit 27 196 000€⁴.

¹ DUTHEIL C, 05 octobre 2011, « l'attractivité des entreprises françaises à la loupe », *L'Express* [visité le 23/09/2013], disponible sur internet : www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/l-attractivite-des-entreprises-francaises-a-la-loupe_1036992.html

² PARLEMENT. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

³ Article L. 6152-1 du Code de la santé publique

⁴ Etat des prévisions des Recettes et des Dépenses 2013

D'autre part, le contexte démographique défavorable implique une gestion de la ressource médicale au plus près, afin d'assurer l'ensemble des activités de soins répondant aux besoins de la population, mais également à l'ensemble des missions de l'hôpital public, et particulièrement la continuité et l'accès aux soins.

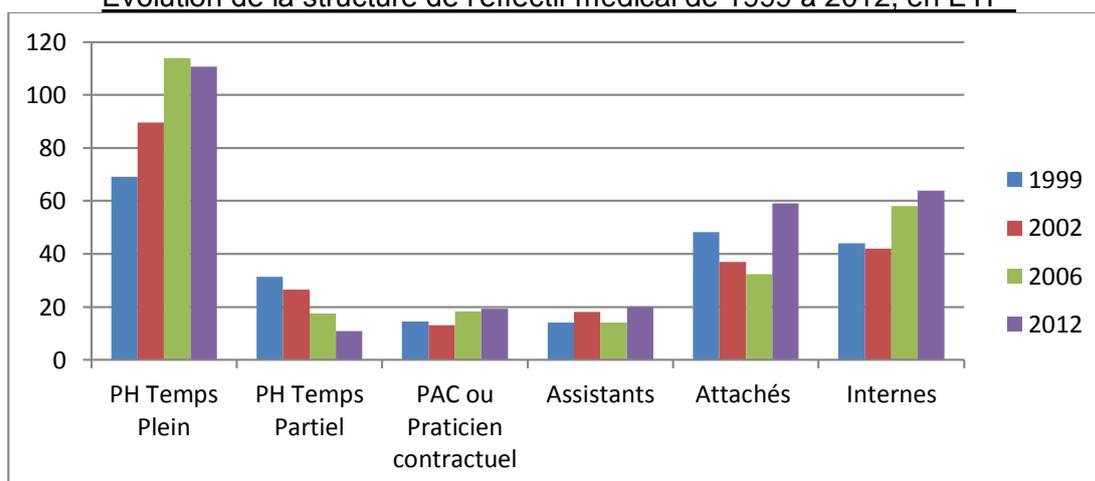
a) *Le CH de Gonesse*

Le Centre Hospitalier de Gonesse est un hôpital général de 952 lits et places, dont 520 en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), 180 en Psychiatrie, 174 en Moyens et Longs Séjours et 88 en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

En 2013, le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) de l'Etat de prévision des recettes et des dépenses (EPRD) présentait un budget de fonctionnement de 161 811 100 euros⁵. Si le CH de Gonesse a longtemps été dans une situation financière équilibrée, le résultat prévisionnel de 2013 est déficitaire de 654 433€, ce qui implique, en premier lieu, un suivi renforcé des dépenses totales de personnel, dont la croissance est de 3,4% par rapport au compte financier 2012. L'hôpital de Gonesse emploie 2 406 professionnels, dont 290 médecins⁶.

Au Centre Hospitalier de Gonesse, si l'effectif médical en 2011 montre, tous statuts confondus, en Équivalent Temps Plein (ETP), une augmentation par rapport à 2010 de 5,19%, il existe de réelles difficultés de recrutement dans certains domaines d'activité, alors que les besoins ne cessent d'augmenter. Cette problématique est, néanmoins, variable en fonction des périodes, des spécialités et des statuts recherchés. Ainsi, si de moindres obstacles sont rencontrés actuellement sur l'anesthésie, les difficultés sont accrues pour l'imagerie médicale⁷ et la pédopsychiatrie⁸. A l'inverse, la plupart des spécialités ne souffrent pas du manque de praticiens : le recrutement récent de trois urologues le démontre, ainsi que la recrudescence de candidatures spontanées dans des spécialités, telles que la Chirurgie Digestive. La véritable problématique du recrutement à CH de Gonesse se situe au niveau du choix du statut des médecins recrutés, où peu de marges de manœuvre sont disponibles. Les postes vacants de Praticiens Hospitaliers sont régulièrement occupés par des non-PH.

Evolution de la structure de l'effectif médical de 1999 à 2012, en ETP⁹



⁵ Etat des prévisions des Recettes et des Dépenses 2013

⁶ Bilan social 2012 du Centre Hospitalier de Gonesse

⁷ Annexe n°11

⁸ Annexe n°10

⁹ Bilans sociaux de 1999, 2006 et 2012

Ainsi, l'analyse des statuts des praticiens depuis 1999 montre plusieurs évolutions :

- Une augmentation importante du nombre de praticiens hospitaliers temps plein, avec une stabilisation entre 2006 et 2012
- Une hausse du nombre de praticiens contractuels
- Un accroissement notable du nombre d'attachés, intervenu entre 2006 et 2012
- Et enfin une hausse progressive des internes

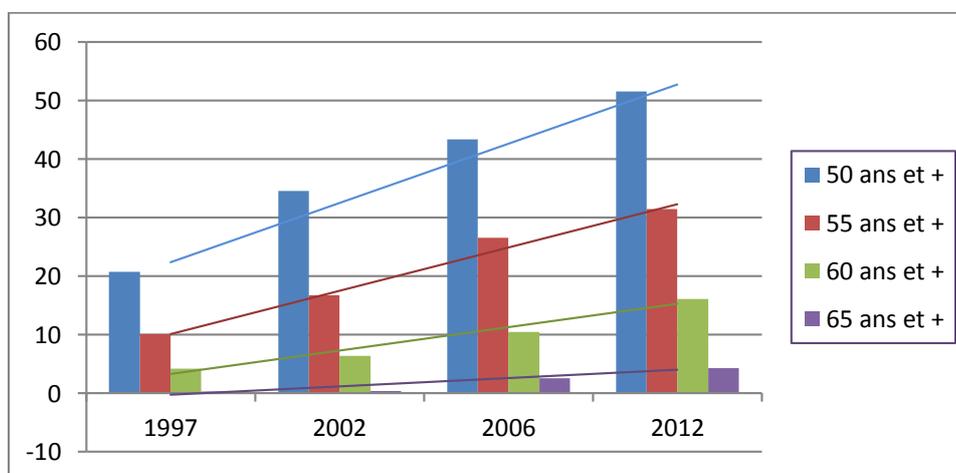
A l'inverse, on enregistre :

- Une diminution importante du nombre de praticiens hospitaliers temps partiel
- Et une fluctuation du nombre d'assistants

Il faut également noter une évolution révélatrice de la pyramide des âges du corps médical issue des bilans sociaux de 1997 à 2012. En effet, le pourcentage de praticiens ayant 50 ans et plus, par rapport à l'ensemble du personnel médical du CH de Gonesse, augmente fortement, passant de 20,8% en 1997 à 51,6% en 2012. La hausse du nombre de médecins ayant 65 ans et plus est également illustrative d'une modification du profil d'âge des personnels médicaux, puisqu'il passe de 0,3% en 1997 à 4,3% en 2012.

Evolution de la pyramide des âges (en pourcentage, par rapport au nombre total de médecins)¹⁰

	1997	2002	2006	2012
50 ans et +	20,8	34,6	43,4	51,6
55 ans et +	10,1	16,8	26,6	31,5
60 ans et +	4,2	6,4	10,5	16,1
65 ans et +	0,3	0,4	2,6	4,3



La politique de gestion des ressources humaines médicales se doit de tenir compte de cet état de fait, aussi bien en termes de choix de recrutement, pour assurer la continuité des activités médicales, mais également en termes de formation, afin de garantir le maintien de la qualité et la sécurité des soins.

Il est également à noter, s'agissant de l'hôpital de Gonesse, une forte concurrence des établissements de santé du territoire sur certaines activités en matière de recrutement : une concurrence provenant du secteur privé mais aussi, et surtout, du secteur public. En effet, la proximité de plusieurs hôpitaux publics environnant accroît la tension sur la demande de recrutement de praticiens.

¹⁰ Bilans sociaux de 1999, 2006 et 2012

La faiblesse de l'offre libérale et la précarisation croissante de la population impacte également fortement l'activité médicale de l'hôpital de Gonesse, notamment entre les activités programmées et non programmées.

D'une part, le profil socio-économique de la population conduit à un recours plus important aux services des urgences qu'aux médecins de ville. Le bassin de population, sur lequel l'hôpital recrute sa patientèle, est composé de 300 000 habitants environ. Il est caractérisé par des besoins de santé particulièrement forts, du fait de sa fragilité, soulignée par une série d'indicateurs socio-économiques et de santé défavorables : une précarité importante, un niveau socioprofessionnel et culturel faible, parfois en situation irrégulière ou en situation d'errance sociale, et avec de nombreuses difficultés linguistiques. Ce constat se traduit par une intrication de plus en plus fréquente des problèmes médicaux et de la dimension sociale.

D'autre part, le Val d'Oise dispose d'une offre libérale médicale et paramédicale acceptable actuellement, mais menacée à court terme. En effet, 30% des omnipraticiens du Val d'Oise ont plus de 55 ans¹¹. Plus précisément, Gonesse est recensé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹² comme un bassin de vie en densité faible en médecin généraliste. Pour une population recensée de 28 882 habitants en 2008, dont 12,8% aurait 60 ans ou plus, Gonesse dispose de 2,6 médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 3,8. De plus, l'âge moyen des médecins généralistes est de 55 ans. La désertification de certaines spécialités médicales de ville a imposé de diversifier l'offre de soins à l'hôpital. Ainsi, le service de pédiatrie a développé un projet de consultations avancées au niveau des urgences, afin de mieux orienter les patients au niveau des urgences selon leurs besoins de prise en charge.

L'attractivité de l'hôpital de Gonesse se construit sur des forces contradictoires, selon une étude réalisée par le Centre National de Gestion¹³. En effet, si il bénéficie de l'attractivité de la région Ile-de-France, il pâtit de la proximité de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé confirme la concentration des médecins dans la région Ile-de-France, tout en précisant que la ville de Paris concentre 37,3% des actifs réguliers de la région et polarise 47,2% des nouveaux inscrits à l'Ordre, tandis que le département du Val d'Oise n'en dénombre que 5,7% et la Seine-Saint-Denis 7,8%¹⁴. L'ARS note également, de façon régulière, un fort taux d'inadéquation concernant la répartition des internes en Ile-de-France, en défaveur des hôpitaux hors APHP.

Une enquête réalisée par le Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris¹⁵ sur les aspirations des jeunes médecins illustre ce constat. En effet, si 82% des jeunes médecins d'Ile-de-France envisagent de travailler dans la région, 65% souhaitent travailler à Paris ou en petite couronne et 10% en grande couronne, en première intention. Si la réalisation du premier choix est impossible, seulement 9% souhaitent travailler à Paris et 30% en grande couronne.

¹¹ Agence Régionale de Santé Ile-de-France, *Conférence de territoire*, 18 janvier 2011, Val d'Oise, Délégation territoriale 95, [visité le 26 juin 2013], disponible sur Internet : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/2_Organisation/3_Instances/3_Conf_Territoire/conference_de_territoire_95.pdf

¹² ROMESTAING P., *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France, situation au 1^{er} juin 2011*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Ile_de_France_2011.pdf

¹³ Ibid.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, *Enquête portant sur Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France*, Paris, juin 2013, pp. 36

b) *La démographie médicale au niveau national*

Actuellement, au niveau national, de nombreuses activités médicales souffrent du manque de médecins menaçant la garantie de continuité des soins dans certains territoires de santé.

Au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre¹⁶ est de 215 865 actifs. La croissance des effectifs de praticiens hospitaliers titulaires ou probatoires temps plein et temps partiel est de 38% en 9 ans. Cependant, alors que les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, en activité régulière, sont âgés en moyenne de 51,6 ans, les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 24,7% des effectifs. Ils sont susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2018, tandis que les médecins nouvellement inscrits, dont l'âge est inférieur à 40 ans, ne représentent que 15,3% de l'effectif total. Ce phénomène menace la recherche d'adéquation qualitative et quantitative, avec l'évolution des pratiques, des pathologies et des organisations.

Selon le rapport d'activité du CNG¹⁷, le tableau des emplois par spécialité montre que contrairement à la majorité des spécialités médicales, les taux de vacance de PH temps plein ont, comme l'anesthésie-réanimation (+0,9 point), progressé dans six spécialités. Il s'agit de la gastro-entérologie et hépatologie (+0,8 point), la médecine physique et de réadaptation (+1,7 point), l'oncologie médicale (+1,3 point), l'oncologie radiothérapique (+0,2 point), la réanimation médicale (+0,3 point) et la santé publique (+0,5 point). En revanche, les taux de vacance statutaire de cinq des quatorze spécialités chirurgicales ont baissé. Il s'agit de la chirurgie infantile (-0,3 point), la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (-0,1 point), la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (-0,8 point), la chirurgie urologique (-0,1 point) et la gynécologie-obstétrique (-0,3 point). Le taux de vacance en radiologie-imagerie s'amplifie sensiblement en passant de 45,9% en 2012 à 47,8% en 2013. Cette spécialité connaît d'importantes difficultés de recrutement, quel que soit le statut.

c) *La démographie médicale en Ile-de-France*

L'Ile-de-France fait partie des régions les plus dotées en nombre de médecins par habitants. Au 1er juin 2011, la région Ile-de-France recense 58 709 médecins inscrits dont 46 360 actifs et 12 349 retraités. Avec une densité moyenne de 366 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Ile-de-France occupe le 2ème rang, derrière PACA, des régions les mieux dotées¹⁸.

Selon le projet régional de santé (PRS), la pyramide des âges du corps médical francilien est globalement préoccupante, ce qui, associé à un faible taux de renouvellement constaté des médecins libéraux, toutes spécialités confondues, fait craindre une détérioration générale de l'offre de soin dans les cinq années à venir.

¹⁶ ROMESTAING P., *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France, situation au 1^{er} juin 2011*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Ile_de_France_2011.pdf

¹⁷ CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2012, *Rapport d'activité*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 04 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012.pdf

¹⁸ ROMESTAING P., *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France, situation au 1^{er} juin 2011*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Ile_de_France_2011.pdf

Données relatives aux médecins libéraux de plus de 55 ans ¹⁹:

Spécialités	Effectifs en IDF	Part des plus de 55 ans	Renouvellement
Médecine Générale	18 617	44,48%	Improbable
Pédiatrie	2 155	45,29%	Improbable
Cardiologie	1 580	44,49%	Non
Imagerie	1 968	42,9%	Non
Psychiatrie	4 226	53,95%	Non
Anesthésie-Réanimation	2 185	49,38%	Non
Total spécialités chirurgicales	4 957	47,63%	Improbable
Total spécialités médicales	10 576	41,43%	Improbable

De plus, un recul de l'attractivité des régions à forte densité devrait s'effectuer, tout en restant relatif comparé au phénomène de « déserts médicaux » connu dans d'autres régions. L'Atlas régional Ile-de-France 2011 du Conseil National de l'Ordre des médecins²⁰ note que, d'ores et déjà, « *la région Ile-de-France se démedicalise plus rapidement que les autres régions* ». Ainsi, entre 2012 et 2017, l'Ile-de-France va perdre environ 10 500 médecins dont 2/3 de spécialistes, elle ne va en former que 4 700 et 1 000 autres viendront s'y installer : le différentiel est de 4 800 médecins, soit environ 1 000 médecins par an. Ces éléments constituent un point particulièrement problématique, considérant que la région se situe dans un contexte d'augmentation des besoins de santé et de recours croissant à la médecine de ville.

d) *Le projet médical du CH de Gonesse*

Face à cette pénurie annoncée, un enjeu apparaît. L'hôpital de Gonesse vient de se doter d'un projet médical ambitieux pour la période de 2013 à 2017 et il s'agit de pouvoir mettre en œuvre et assurer la qualité et la sécurité des soins prévus dans ce projet. De plus, les besoins de la population locale vont croissants : un accroissement démographique et vieillissement, des objectifs de santé prioritaires à respecter, des pathologies émergentes, de nouvelles technologies d'exploration ou de traitement, une médicalisation croissante de la vie quotidienne et des besoins en prévention et dépistage.

La mise en place ou le maintien de ces activités médicales a fait émerger un paradoxe, qui va s'accroître au cours des prochaines années. La pénurie nécessite de mettre en place des dispositifs d'attraction souvent coûteux, car lié à la rémunération des médecins, alors que les contraintes financières demandent une rationalisation des dépenses de personnel. A titre d'exemple, si le CH de Gonesse n'a pas recours à ce type de palliatif, de nombreux hôpitaux publics font appel à de l'intérim médical. Ainsi, les dépenses d'intérim médical au niveau national représentaient, selon Conférence des Directeurs des Affaires médicales FHF Ile-de-France, 67 531 845 euros en 2011, soit 0,17% des dépenses de personnel des hôpitaux publics, représentant une évolution relative entre

¹⁹ Agence Régionale de Santé Ile-de-France, *Conférence de territoire*, 18 janvier 2011, Val d'Oise, Délégation territoriale 95, [visité le 26 juin 2013], disponible sur Internet : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/2_Organisation/3_Instances/3_Conf_Territoire/conference_de_territoire_95.pdf

²⁰ ROMESTAING P., *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France, situation au 1^{er} juin 2011*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Ile_de_France_2011.pdf

2009 et 2011 de 30,4%²¹. De même, 36% des établissements franciliens interrogés dans le cadre d'un questionnaire sur la Gestion des Ressources Humaines médicales sont contraint à faire appel à de l'intérim médical²².

Comment l'hôpital de Gonesse peut-il déployer des facteurs d'attractivité et de fidélisation de la ressource humaine médicale, dans un contexte démographique défavorable et des moyens financiers contraints, en vue de pérenniser et développer l'offre de soins présentée dans le projet médical 2013-2017 et pour le Nouvel Hôpital ?

Cette étude intervient dans le cadre d'un stage de huit mois, réalisé au Centre Hospitalier de Gonesse et s'appuie, en particulier, sur les expériences recueillies au cours des missions dévolues en tant qu'Elève Directeur d'hôpital, soit la rédaction du Projet social médical de l'établissement.

En vue de l'élaboration de ce projet, une double démarche a été mise en place. D'une part, une recherche d'expérience a été menée auprès des CHU de Brest²³ et Toulouse²⁴, afin de connaître la méthodologie adoptée par ces établissements, ainsi que les axes de réflexion développés dans leurs projets respectifs. D'autre part, en interne, un groupe de travail a été constitué, composé de membres de l'administration et de médecins, afin d'engager une réflexion commune, sur la question des facteurs d'attraction et de fidélisation du personnel médical. En vue de connaître avec plus de précision le ressenti des médecins concernant leurs conditions d'exercice au Centre Hospitalier, le groupe de travail a choisi d'envoyer par courrier électronique un questionnaire à l'ensemble du personnel médical. Celui-ci était composé de questions fermées, à choix multiples ou choix unique, mais également de questions ouvertes, laissant un espace d'expression libre. Le résultat de ce questionnaire n'est malheureusement pas représentatif, au vu du nombre de répondants. Il est néanmoins utilisé dans cette étude, des éléments marquants pouvant en être dégagés, se rapprochant des constats décrits dans différents rapports publics nationaux.

Une recherche documentaire a été nécessaire, en vue de présenter quelques éléments de contexte et de mettre en relief la problématique de l'étude, inspirée de l'expérience de l'hôpital de Gonesse. Celle-ci s'est agrémentée de nombreuses données internes (projets d'établissement, tableaux de service, données RH et données financières), fournies par la Direction des Affaires Médicales et la Direction des Finances, qui ont permis de traduire de façon concrète des hypothèses formulées.

La question de l'attractivité et de la fidélisation ne pouvait être étudiée sans interroger les médecins de l'établissement sur les atouts et les faiblesses de l'hôpital de Gonesse. Ainsi, six entretiens ont été réalisés, sur la période de juillet à août, avec des médecins de différentes spécialités et statuts, et investis de responsabilités variées. Leurs noms et fonctions ne seront pas cités, en vue de respecter l'anonymat qu'ils ont tous demandé. Les entretiens étaient non-directifs, d'une durée d'une heure à une heure et demie en moyenne, et se sont déroulés dans les bureaux des médecins.

Une recherche d'expériences comparables et de solutions innovantes en matière d'attraction et de fidélisation du personnel médical a été réalisée. Ainsi, dix entretiens ont été réalisés avec des acteurs extérieurs, appartenant à des structures variées (Direction

²¹ FHF Ile-de-France, *Réunion Intérim médical*, 16 juin 2013, Paris : FHF Ile-de-France, [visité le 30 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf-idf.fr/fr/la-conference-des-directeurs-des-affaires-medicales,34.html>

²² Annexe n°12

²³ MARINGUE G., Direction des Affaires Médicales de Brest, [interrogé le 25/04/2013]

²⁴ REYNIER M., Direction des Affaires Médicales de Toulouse, [interrogé le 12/04/2013]

d'établissement, Présidence de CME, FHF nationale, FHF Ile-de-France, ARS Ile-de-France et EHESP). Les entretiens étaient non-directifs et téléphoniques, et d'une durée d'une heure en moyenne. De plus, un questionnaire²⁵ a été envoyé à tous les Directeurs des Affaires médicales d'Ile-de-France, par l'intermédiaire du Président de la Conférence des DAM d'Ile-de-France. Le choix a été fait de ne présenter que des questions ouvertes, afin de ne pas limiter l'expression et de permettre l'intégration de données factuelles.

Si le centre hospitalier de Gonesse met l'accent sur des parcours professionnels attractifs à travers l'élaboration d'un projet social médical institutionnel, cette démarche pose la question du juste niveau d'action, en vue de proposer des carrières riches et variées (I).

La territorialisation de la gestion des ressources humaines médicales offre une opportunité pour répondre, à la fois aux attentes des praticiens et aux besoins de santé de la population (II)

²⁵ Annexe n°9

1 Des parcours professionnels attractifs à travers un projet social médical institutionnel

Plusieurs évolutions récentes imposent aux établissements publics de santé de revoir leur politique de gestion des ressources humaines médicales. D'une part, l'exercice médical au sein des hôpitaux publics a connu d'importantes transformations sociales, réglementaires ou contextuelles. D'autre part, le profil sociologique et les aspirations du corps médical ont évolué. Selon Roland Ollivier²⁶, « *soutenir l'attractivité de l'hôpital et une gestion opérante des ressources humaines médicales, c'est poser la question de la place des praticiens dans et hors l'institution* ». L'hôpital public doit pouvoir répondre à leurs attentes, en vue d'attirer de jeunes médecins et de fidéliser ceux ayant déjà choisi l'exercice public de leur spécialité. L'hôpital de Gonesse mise, pour les années à venir, sur deux vecteurs d'attraction : l'élaboration d'un projet social médical ainsi que la construction d'un nouvel hôpital.

1.1 Les mutations de l'exercice médical à l'hôpital face aux évolutions des attentes et représentations du corps médical

1.1.1 Confronté à de nouvelles « règles du jeu », le corps médical connaît une crise identitaire

A l'occasion du vote de la loi Chevandier, en 1892, autorisant le syndicalisme médical et supprimant les officiers de santé, le Doyen Brouadel proclamait : « *Le corps médical subit en ce moment une épreuve redoutable. Sa réputation et ses agissements sont publiquement mis en discussion dans les Assemblées législatives* »²⁷. Cette déclaration illustre le changement de paradigme qui s'est opéré au XX^{ème} siècle, lié aux différentes évolutions sociales, sociétales, économiques et financières, mais aussi techniques et scientifiques, et ayant progressivement modifié la pratique de l'exercice médical. Elle pose directement la question du rôle et de la place du médecin dans la société.

Le processus de construction identitaire est un processus continu. Dépassant la reconnaissance interne d'un groupe, il est tributaire des attentes collectives, comme le décrit Claude DUBAR²⁸ : l'identité « *n'est pas une éventuelle personnalité psychologique des sujets concernés. C'est une forme symbolique, d'abord langagière, dans laquelle les sujets se racontent. L'identité est alors entendue dans le sens de processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi, à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant* ».

²⁶ CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127

²⁷ TABUTEAU D., novembre-décembre 2011, « La crise de la médecine : comment en sortir ? », *Revue Le Débat*, n°167, pp. 24-26

²⁸ PATENAUDE J., XHIGNESE M., 2003, « Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles. Le cas de la profession médicale », in LEGAULT G., *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec : Presses de l'Université du Québec, pp. 55-84

Selon Patenaude et Xhignesse²⁹, il est possible de distinguer trois étapes du processus de développement de l'identité professionnelle. La première est le phénomène d'inscription sociale d'une profession, nourrie par une philosophie de pratiques, une fonction sociale sans équivoque et un corpus de valeurs partagées entre pairs. Deuxièmement, le professionnel est en attente d'une reconnaissance extérieure, c'est-à-dire une reconnaissance sociale, où les valeurs des pairs sont reconnues publiquement. Enfin, se produit une structuration organisationnelle de la profession : les valeurs des pairs, publiquement reconnues, sont traduites dans la structure. Ainsi, le sens partagé de la pratique professionnelle est traduit dans le prolongement de structures organisationnelles, institutionnelles, normatives ou associatives. Selon Patenaude et Xhignesse³⁰, la profession médicale arrive à la troisième étape de leur processus identitaire.

La seconde moitié du XX^{ème} siècle a été celle d'une transformation du contexte organisationnel de la pratique médicale. Plusieurs changements ont contribué à bouleverser les rôles professionnels : l'évolution des connaissances et des technologies, l'amélioration de la formation des professionnels de santé, l'acquisition de formations spécialisées, la transformation des effectifs sous l'effet des pénuries et des modifications des pratiques, et l'évolution des patients, plus instruits, plus informés et plus exigeants. L'ensemble de ces évolutions remettent en cause l'organisation de la profession sur trois plans : la définition de l'exercice de la médecine, les relations avec les autres professionnels de santé, et la relation professionnelle du médecin avec le patient. La rupture et le malaise qui en découle proviennent ainsi d'une transformation accélérée d'un art individuel libre vers une pratique médicale collective, de plus en plus encadrée par la réglementation et de multiples recommandations.

Selon De Pourvoirville³¹, l'identité traditionnelle des médecins se fonde sur l'excellence clinique et la notoriété scientifique, ainsi que sur trois sources de pouvoir professionnel que sont le monopole des soins, la préséance dans la hiérarchie des soins et l'autonomie de la pratique médicale. Alors que la place et le rôle du médecin dans la société a longtemps été empreinte de son autorité exercée sur le malade et de l'admiration, voire l'idolâtrie, de celui-ci pour son guérisseur, les évolutions de l'environnement dans lequel il exerce impose de modifier ses représentations et de transformer les règles régissant l'exercice médical. Désormais, le médecin doit s'habituer à introduire dans sa pratique une conscience des coûts de son exercice, prendre en compte les conséquences financières de ses actes et rendre optimale son organisation de travail.

Entre nouvelles exigences des usagers, encadrements législatifs divers, recommandations émises par des sources externes, le médecin ne peut plus se sentir tout à fait libre et maître de son exercice. Son pouvoir de décision sur le soin à délivrer au patient est contraint par des règles externes, voire remis en cause, par des contrôles, réalisés par des acteurs extérieurs et non médicaux. Il en va ainsi de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) de pertinence, consistant en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations de bonnes pratiques et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce phénomène peut

²⁹ PATENAUDE J., XHIGNESSE M., 2003, « Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles. Le cas de la profession médicale », in LEGAULT G., *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec : Presses de l'Université du Québec, pp. 55-84

³⁰ Ibid.

³¹ DE POURVOIRVILLE G., *La crise d'identité des médecins face au nouveau changement de l'hôpital*, 4 juin 2010, Paris : Ecole de Paris du management, L'Association des Amis de l'École de Paris du management, septembre 2010, pp. 12

traduire une perte de confiance sociale en la capacité des médecins à prendre en charge de façon systématiquement adéquate leur patient sans risquer de commettre une erreur fatale. De plus, le manque de personnel, les contraintes institutionnelles et administratives, la course à l'efficacité, l'aléa médical, le risque juridique croissant sont autant de raisons supplémentaires qui expliquent la « crise » que connaissent les médecins hospitaliers.

a) *De nouvelles attentes du patient et une responsabilité envers la collectivité.*

L'émergence de droits du patient et d'exigences collectives modifie l'autorité traditionnelle exercée par le médecin sur le malade. Le patient réclame désormais des soins éclairés, les dernières techniques et pratiques, sans en avoir les inconvénients. De même, il veut être prévenu des effets secondaires, des risques et contrôler la conduite du traitement, ou laisser faire le médecin avec la possibilité de lui reprocher, s'il y a lieu, ou de discuter voire de le poursuivre en justice en cas d'insuffisance. La loi³² est très claire à ce sujet : aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, ce consentement pouvant être retiré à tout moment. Cependant, tout consentement demeure subordonné à une information adéquate : on ne peut consentir à quelque chose qu'après en avoir été informé de façon exhaustive. Ainsi, le droit à l'information est une obligation codifiée dans le code de la santé publique : le médecin doit au patient « *une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* »³³.

Le contrat qui lie le médecin à son patient est le soin. Cet engagement, tacitement basé sur une confiance mutuelle, est mis en cause, notamment par le devoir de preuve d'information et de transmission des dossiers médicaux. Ces nouvelles obligations légales mettent en cause les modes de communication habituels et alourdissent la relation entre le praticien et le patient.

Ce partage plus équilibré de l'information médicale met fin à la position « paternaliste » du médecin, autrefois valorisée, qui l'incitait à se substituer à ceux qui souffrent et à décider pour eux en raison de cette souffrance. Ce constat constitue un choc des cultures, car il est synonyme d'antagonisme entre les exigences déontologiques et exigences éthiques et traduit le fait que le médecin ait aussi une responsabilité envers la collectivité, et non pas seulement envers les individus.

Aujourd'hui, les valeurs médicales restent inchangées mais l'opinion collective diffère de celle qui prévalait il y a encore quelques années. Les malades ne reconnaissent plus, de la même façon, l'autorité médicale, car le savoir des professionnels peut être discuté, la qualité de leurs décisions est mise en cause, la confiance n'est plus systématiquement acquise et le silence qui accompagne la prise de décision n'est plus admis. La diffusion des médias et le développement de l'accès à l'information, l'inclusion du patient dans l'élaboration de la politique de santé, fondement de la démocratie sanitaire, ont fait que le médecin n'est plus le seul détenteur de la connaissance clinique.

Au plan individuel, les facteurs qui fondaient la relation médecin-malade étaient au nombre de trois :

- l'asymétrie d'information, seuls les professionnels avaient accès à l'information médicale, celle-ci étant peu diffusée et difficilement compréhensible ;

³² PARLEMENT. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne]. Journal officiel du 5 mars 2002. [visité le 11/10/2013], disponible sur Internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=59B2E83D39F12F44C4F6037F486.ABA7F.tpdjo01v_2?cidTexte=J](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=59B2E83D39F12F44C4F6037F486.ABA7F.tpdjo01v_2?cidTexte=JORFTEST000000227015&categorieLien=id)

³³ Article R. 4127-35 du Code de la santé publique

- la certitude de la qualité des connaissances des médecins et de l'utilité pour les patients de leurs décisions, qui ne pouvaient par conséquent pas être discutées ;
- et enfin, la confiance du malade, totalement rassurante à la fois pour le patient et le praticien.

L'accès facilité aux informations par l'utilisation des nouvelles technologies, donne aux malades un contre-pouvoir d'information, qu'il appartient au praticien de gérer au mieux, afin de garder sa position de « sachant », sans lequel l'acte thérapeutique risque de perdre de son efficacité et de son utilité. Le dialogue singulier déséquilibré est ainsi transformé en partenariat éclairé et librement consenti par le couple malade/médecin.

Au total, les médecins ont appris à respecter les préférences des malades et à partager avec eux les décisions, dont ces derniers sont les bénéficiaires, ou éventuellement les victimes. Cette information, parfois à outrance du malade, peut mener à une juridicisation de la relation médecin-patient.

b) Des évolutions réglementaires et institutionnelles de plus en plus encadrantes des pratiques et des organisations médicales

Les principales réformes réglementaires, ayant bouleversé l'exercice médical, sont celles de la modification du financement des hôpitaux³⁴, ainsi que la mise en œuvre de l'aménagement et réduction du temps de travail (ARTT)³⁵. Depuis 2002, le repos de sécurité, la réduction du temps de travail (RTT) et le temps de travail additionnel (TTA), compensant respectivement le temps de garde, un travail hebdomadaire supérieur à 35 et 48 heures, mais également la tarification à l'activité (T2A), intégrant une notion de durée dans la prise en charge du patient, ont amené et contraint les médecins hospitaliers à comptabiliser leur temps de travail. Or, compter et décompter son temps de travail, l'organiser collectivement ne sont pas des pratiques intégrées dans la culture médicale. Seule la continuité des soins était un devoir déontologique et l'unique fondement à l'organisation individuelle du temps de travail. Ces réformes modifient de façon importante la conception du soin. En effet, le temps de travail du praticien hospitalier est désormais décompté, tout comme celui de la prise en charge de son patient, la durée de séjour ayant vocation à être la plus faible possible. Le développement de la prise en charge ambulatoire impose de renouer avec un mode de pratique où le soutien et le traitement des patients se déroulent dans leur milieu de vie. Ainsi, la gestion du temps médical conduit à une nouvelle représentation sociale du praticien hospitalier et, par là même, à une certaine forme de « désacralisation » de son métier, le praticien n'étant plus maître de la durée de prise en charge. Un médecin comptabilisant presque 35 ans d'exercice à l'hôpital de Gonesse résume : « *avant la T2A, on n'avait pas la notion du temps, tout le monde prenait son temps, on avait moins de comptes à rendre. Aujourd'hui, la T2A impose une meilleure gestion des patients et des séjours : elle demande plus de présence auprès du malade pour prendre rapidement les décisions et poser les diagnostics* ». De plus, les contraintes économiques et financières imposent un contrôle renforcé du temps

³⁴ PARLEMENT. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, [en ligne]. Journal officiel, n°293 du 19 décembre 2003. [visité le 24 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&dateTexte=&categorieLien=id>

³⁵ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/M 2 n°2002-425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers [en ligne]. Texte non paru au Journal officiel. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-36/a0362974.htm>

de travail additionnel (TTA), tout en organisant les lignes de garde et les astreintes, afin d'assurer la permanence des soins.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 réformant la planification sanitaire³⁶, celle-ci est passée d'une logique de planification des moyens (lits, équipements, via la carte sanitaire) à une logique de planification de la production (Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins en volume). Cette logique donne une lisibilité sur l'activité réalisée mais également sur les pratiques, impliquant ainsi une évaluation régulière des processus de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et d'efficacité. L'hôpital de Gonesse a ainsi intégré les EPP de pertinence au sein du Projet Qualité de l'établissement et au sein des contrats de pôle. La simple remise en question de la pertinence des soins réalisée est un bouleversement radical de l'exercice médical. Elle pose concrètement la question de la pertinence des hospitalisations, la pertinence des actes et la pertinence des parcours de soins, imposant au médecin de réduire les inadéquations des séjours, d'optimiser les modes de prise en charge et de participer à l'amélioration des pratiques.

La réforme relative à la création des pôles de santé³⁷ a également contraint l'organisation médicale de l'hôpital à se transformer. Elle a induit une modification de la hiérarchie médicale d'une part, mais également, une transformation du périmètre d'exercice. En effet, l'objectif était de dépasser l'organisation hospitalière en services, en raison du manque de coordination et de synergie, et du risque de doublons qu'elle engendrait. Néanmoins, le service constituait un niveau adapté à la construction identitaire de l'exercice médical. En 2005, la réforme concernait notamment l'obligation pour les établissements hospitaliers publics de se réorganiser en interne sous forme de pôles, c'est-à-dire de regroupements de services, avec un chef de pôle nommé par le directeur, et devant s'engager sur des objectifs avec des moyens négociés dans le cadre d'une contractualisation interne. Cette réforme a engendré une diminution de l'autorité du chef de service, devenant par là même « responsable d'unité de soin », mais également une ouverture forcée vers les autres spécialités membres du pôle, impliquant une dilution du périmètre d'exercice, les personnels et les lits étant voués à être mutualisés.

Enfin, une autre transformation est intéressante à noter, plus marginale que les précédentes, mais non moins chargée de symboles. Alors que même l'étymologie soulignait l'existence d'une singularité, le « Personnel non médical » ne désignant et définissant les personnels que par leur non-appartenance au corps médical, nombreuses sont les directions hospitalières qui ont choisi de regrouper la gestion de l'ensemble du personnel sous un même mode de management. Ainsi, au nord de l'Île-de-France, plusieurs hôpitaux ont regroupé la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Affaires Médicales. Le CH de Gonesse en est l'un des exemples, avec la création, en 2012, d'une Direction des Ressources Humaines et de la Stratégie Médicale³⁸. Cette tendance à assimiler la gestion du Personnel non médical et du Personnel médical illustre l'effacement progressif d'une forme de singularité de gestion du personnel médical.

³⁶ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

³⁷ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

³⁸ Annexe n°1

c) *Des modifications contextuelles qui pèsent lourdement sur l'exercice et la culture médicale*

D'une part, le contexte démographique et financier impose de remettre en cause certains principes fondateurs de l'exercice médical, comme la liberté de prescription par les recommandations de la HAS, la liberté d'installation, avec des dispositifs tels que le contrat d'engagement de service public, le libre choix du médecin par le patient, par la mise en place du parcours de soin et du médecin traitant en 2004.

La menace pesant sur l'autonomie professionnelle est liée à la hausse rapide des coûts de la santé et la priorité générale des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses de santé. Cantonné depuis Hippocrate à l'efficacité thérapeutique quel qu'en soit les moyens, le médecin doit désormais contribuer à l'équilibre financier de la protection sociale. Les objectifs ne peuvent plus seulement être sanitaires, ils sont également financiers.

Enfin, un dernier élément de contexte, et non des moindres, impose des transformations de l'exercice médical. Il en va ainsi des nouvelles technologies. Si les nouvelles technologies constituent un concept généraliste et recouvrant des réalités diverses, toutes ont un impact sur la conception de l'exercice médical et génère nécessairement une fracture générationnelle au sein de la profession. La technicisation thérapeutique, qui passe par l'intégration d'outils informatiques dans la pratique médicale, fait apparaître de nouvelles formes de prise en charge, telle que la chirurgie ambulatoire, de nouveaux types de traitement, tels que la radiothérapie, ou encore un développement de l'offre médicale, avec la procréation médicale assistée. Le jeune médecin s'engouffre plus facilement que le praticien senior dans cette modernité, intégrant rapidement dans sa pratique médicale l'Internet, la Chirurgie Assistée par Ordinateur, le télédiagnostic, la télésurveillance, la cybermédecine, et perturbant, de fait, la transmission inter-générationnelle de connaissances.

L'exemple de la télémédecine illustre parfaitement la transformation de l'exercice médical imposée par ces nouvelles technologies, avec l'éclosion du suivi à distance, grâce à la pose des alarmes *in vivo* et *ex vivo*, l'émergence de l'échographie télécommandée, ou encore de la téléconsultation. Elle a vocation à se développer dans un avenir proche, avec le développement de la téléassistance médicale, en chirurgie notamment, la télé-expertise, pour le diagnostic anténatal ou encore la cancérologie, afin de faciliter les réunions de concertation pluri-disciplinaires (RCP), et enfin, la télésurveillance des indicateurs biologiques du patient, pour des pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, le diabète ou l'insuffisance respiratoire.

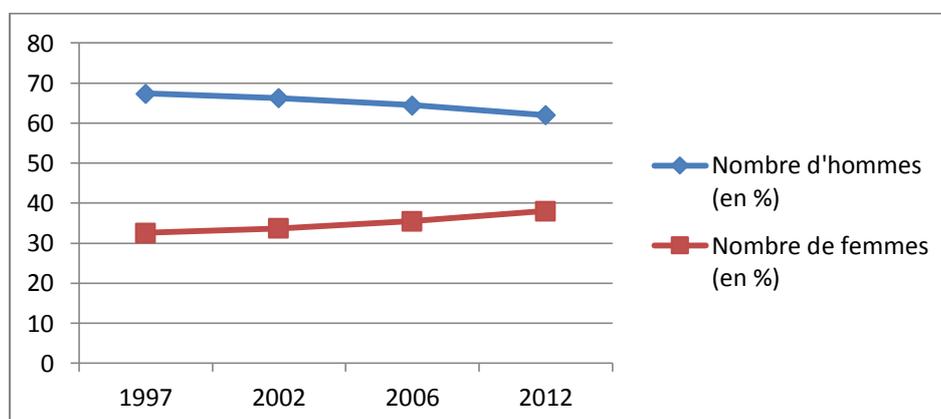
Ainsi, l'ensemble de ces transformations induit une modification importante de l'exercice médical avec l'intégration d'une vision pluridisciplinaire de la prise en charge et un engagement dans l'organisation des soins envers la communauté. Le médecin doit développer ses compétences professionnelles, autant comme scientifique que comme gardien de règles collectives. Le défi des jeunes médecins est de devenir à la fois un professionnel humaniste, un apprenant, un communicateur, un collaborateur capable de travailler en équipe, un gestionnaire, un leader pour sa communauté et un enseignant, à des degrés divers selon les intérêts de chacun et le contexte de pratique.

1.1.2 Les nouvelles générations de praticiens ont des aspirations qui diffèrent fortement de celles de leurs aînés.

La problématique de la pénurie médicale est également exacerbée par la transformation des aspirations professionnelles des jeunes médecins. En effet, les jeunes médecins acceptent de plus en plus difficilement les conditions de travail qui étaient celles de leurs aînés. Celles-ci se sont améliorées, mais sont loin de ressembler aux charges de travail considérées comme acceptables par les catégories socioprofessionnelles correspondantes au sein d'autres corps de métier. La manière d'exercer la médecine en milieu hospitalier est remise en cause, devant tenir compte de l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle, mais également en rationalisant les tâches dévolues au corps médical. Ainsi, si les charges de travail des médecins étaient, par le passé, aussi lourdes qu'aujourd'hui, elles étaient exclusivement médicales alors qu'aujourd'hui une part non négligeable est administrative. Cette activité rebute les professionnels médicaux, qui n'en comprennent pas l'intérêt, en raison de son caractère chronophage et n'entrant pas directement en lien avec la prise en charge de la pathologie.

En 2013, une enquête a été réalisée par le Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris (SIHP)³⁹, afin de déterminer les attentes professionnelles de jeunes médecins et de connaître le mode d'exercice auquel ils aspirent. Elle décrit l'importance des bouleversements liés à l'émergence d'une nouvelle génération de médecins, très féminine. En effet, la féminisation du corps médical se poursuit : au niveau national, la part des femmes en activité est passée de 38% en 2007 à 43% en 2013. L'hôpital de Gonesse ne déroge pas à cette évolution.

Evolution du nombre de femmes et d'hommes au sein du personnel médical du CH de Gonesse⁴⁰



Cette féminisation du corps médical transforme la manière d'appréhender la vie professionnelle, et par ricochet, la façon d'exercer à l'hôpital public. De plus, au niveau national, le profil des jeunes médecins évolue également en lien avec le fait que 24% des

³⁹ SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, *Enquête portant sur Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Île-de-France*, Paris, juin 2013, pp. 36

⁴⁰ Bilans sociaux de 1999, 2006 et 2012

nouveaux inscrits ont un diplôme obtenu hors de France (11,4% européen, 12,7% extra européen)⁴¹.

Etre médecin aujourd'hui n'est pas seulement une question statutaire ou synonyme de prestige. Désormais, les exigences de l'exercice doivent s'articuler avec la construction d'une vie privée, sous peine d'y renoncer. De plus, l'exercice médical doit se réaliser au sein d'une équipe, et non plus seul. Enfin, ces changements ne peuvent se faire en renonçant au principe de liberté d'exercice.

La vie privée détermine en grande partie le choix d'une région pour l'exercice professionnel. Un médecin, interrogé sur les raisons de son choix d'exercer à l'hôpital de Gonesse, a insisté sur le fait qu'il était « *invisageable d'aller travailler ailleurs du fait que mon conjoint avait déjà trouvé un poste dans une entreprise proche d'ici* ». Ainsi, 83% des jeunes médecins évoquent des raisons d'ordre privé⁴². Seuls ceux qui envisagent de partir à l'étranger mettent en avant une meilleure situation professionnelle, sous-tendue essentiellement par les conditions de travail et des revenus supérieurs. De plus, selon les résultats de cette enquête du SIHP, le temps de l'exercice médical doit intégrer la problématique posée par le fait de travailler de façon variable et chronique sur des temps considérés comme dédié au repos : 39% des jeunes médecins ne souhaitent pas conserver une activité de nuit et 58% souhaitent continuer à travailler du lundi au vendredi. Cependant, il existe une réponse différente en fonction des genres : les hommes sont plus nombreux à envisager de garder une activité de nuit, représentant 45% contre 31% des femmes.

Enfin, en début de carrière, la majorité des hommes envisage de travailler plus de 50 heures (65%), alors que les femmes sont plus nombreuses à souhaiter travailler entre 35 et 50h (53%).

En définitive, c'est avant tout l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (86%) et l'ambiance de travail (86%) qui conditionnent le choix de carrière professionnelle. Contrairement à une représentation répandue, les revenus n'arrivent qu'en sixième position (61%), derrière l'intérêt de la pratique médicale, travailler au sein d'une équipe, le plateau technique de qualité, le niveau de compétences scientifiques et la qualité de l'organisation des soins⁴³. Un médecin interrogé sur les raisons qui fondent sa volonté à rester à l'hôpital de Gonesse énonce : « *la qualité de travail dans le service* », « *la bonne réputation en dehors de l'hôpital* », « *le projet du nouvel hôpital, notamment pour ses équipements* » et « *le travail en équipe, qui pousse à être humble et à apprendre tous les jours* ».

L'ensemble de ces évolutions sociologiques ont un impact fort sur le mode d'exercice médical choisi⁴⁴. L'hôpital public est plébiscité (53%) car l'exercice en son sein est synonyme de protection de l'emploi, d'un salaire régulier et de reconnaissance des droits sociaux, qui sont plus difficiles à faire valoir dans les autres modes d'exercice. L'intérêt dans la pratique médicale (81%) et la formation médicale continue (75%) sont également des vecteurs d'attraction et de fidélisation des médecins. C'est ainsi, la « valeur refuge »

⁴¹ ROMESTAING P., *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2013*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf

⁴² SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, *Enquête portant sur Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France*, Paris, juin 2013, pp. 36

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

de l'hôpital public, qui explique son attraction auprès des jeunes professionnels médicaux. Une tendance est, ainsi, intéressante à relever : l'anesthésie, la cardiologie et la chirurgie générale, spécialités traditionnellement ancrées dans le système libéral, ont tendance à être exercées plus majoritairement à l'hôpital public.

Plusieurs pistes de réflexion émergent de cette enquête, portant sur la fidélisation et l'attraction du personnel médical. Une hybridation de l'exercice médical est fortement briguée : 72% des jeunes médecins souhaitant exercer dans le public sont intéressés par un exercice mixte public/privé. De plus, une hybridation des compétences est également désirée (74%), notamment à travers la délégation des tâches médicales à d'autres professionnels de santé (éducation thérapeutique, renouvellement de médicaments pour une pathologie chronique, certains actes techniques) pour organiser leur temps d'exercice professionnel, dans le cadre de protocoles pré-établis. Toutefois, la possibilité de faire de l'enseignement (33%) ou de la recherche (29%) ne crée pas d'émulation forte auprès des jeunes médecins.

Ainsi, cette enquête du SIHP démontre que les attentes des jeunes médecins envers leur future profession se rapprochent fortement des aspirations de jeunes professionnels appartenant à d'autres corps de métiers. En effet, LinkedIn⁴⁵ a réalisé le même type d'enquête auprès de jeunes diplômés. Elle soulignait que « réussir professionnellement » signifiait pour les personnes interrogées : avoir un travail épanouissant (60%), parvenir à conserver un bon équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée (43%), vivre de sa vocation (27%), être reconnu dans son travail (24%) et avoir un haut salaire (21%). Les raisons justifiant un changement d'entreprise seraient les suivantes : un salaire plus important (47%), un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle (18%), une meilleure reconnaissance de votre travail (16%) et une ambiance de travail plus agréable (16%).

Le contexte de l'exercice médical a évolué de façon importante durant les dernières décennies. L'environnement de travail hospitalier s'est transformé, sous l'effet des réformes hospitalières et des évolutions économiques, qui encadrent plus fortement l'activité médicale. De plus, les attentes et exigences professionnelles des jeunes praticiens sont différentes de celles de leurs aînés, en raison de nombreuses évolutions sociologiques. Les médecins hospitaliers connaissent une crise et un mal-être, sans pour autant se détourner de l'hôpital public. Ces constats induisent une nécessaire modification de la conception de la gestion des ressources humaines à l'hôpital public et un accompagnement du personnel médical dans ces bouleversements. L'élaboration d'un Projet social médical est une réponse apportée par le CH de Gonesse.

⁴⁵ INSTITUT CSA-LINKEDIN, février 2013, *Etudiants et jeunes diplômés : les aspirations professionnelles*, Paris, [visité le 30 mai 2013], disponible sur Internet : <http://www.csa-fr.com/multimedia/data/sondages/data2013/opi20130318-les-aspirations-professionnelles-des-jeunes.pdf>

1.2 Une nécessaire évolution des politiques des établissements de santé en direction des personnels médicaux

« Dans ce contexte, la gestion des ressources humaines médicales doit relever d'une politique d'établissement volontariste. Le directeur d'hôpital, responsable de cette gestion, doit concomitamment répondre aux besoins de santé de la population, gérer la contrainte financière et prendre en compte les aspirations diverses du corps médical », souligne Roland Ollivier⁴⁶. De nombreux hôpitaux rencontrent des difficultés de recrutement de praticiens. Ainsi, sur 11 établissements franciliens interrogés, 10 connaissent une problématique de recrutement dans au moins une spécialité médicale, et notamment l'Anesthésie-Réanimation, l'Imagerie médicale, la Psychiatrie et les Urgences⁴⁷. Ces difficultés imposent ainsi aux établissements de santé de développer des méthodes innovantes d'attraction et de fidélisation. Diverses pistes peuvent être exploitées, mais elles posent toutes la question de l'évaluation de leurs effets sur la structure.

En 1983, une étude américaine démontre que l'ampleur du phénomène de roulement du personnel infirmier, déjà répandu, est variable selon les hôpitaux. Certains recrutent et conservent assez facilement leur personnel, ce qui leur a valu le nom d' « hôpitaux magnétiques » (*magnet hospital*)⁴⁸. Si cette étude ne peut s'appliquer totalement au corps médical, relativement sédentaire dans ses modes d'exercice, donc non concerné par le changement régulier de personnel décrit, elle démontre que les incitatifs non-économiques, comme la valorisation et le soutien, sont d'aussi puissants, sinon de plus puissants « prédicteurs » de comportements que les variables jouant sur le revenu. En effet, ces « hôpitaux magnétiques » ne rémunèrent pas leur personnel de façon hors-normes. Le véritable facteur de fidélisation est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer.

Si l'hôpital de Gonesse ne rencontre des difficultés de recrutement que dans certaines spécialités, telles que l'imagerie médicale⁴⁹ ou la pédopsychiatrie⁵⁰, et des difficultés d'attractivité pour certains profils de praticiens, notamment Praticien Hospitalier, il est impératif de prendre les mesures adaptées pour réussir le double pari de demain : attirer les jeunes praticiens et fidéliser ceux qui sont déjà engagés dans le service public hospitalier gonesse. Il s'agit également de réduire les coûts induits par le manque d'attractivité de certaines spécialités à l'hôpital, en termes d'activité, de dépenses de personnel, de gestion, de stress et d'épuisement du personnel, produisant une image négative de l'établissement tout entier. Enfin, les quelques difficultés rencontrées actuellement doivent permettre de tenir compte de l'évolution des connaissances et des techniques médicales, mais également de s'ouvrir aux coopérations inter-établissements, aux filières et réseaux pluridisciplinaires et à la télémédecine, et enfin revisiter la dualité public/privé. Le rôle du manager hospitalier est alors d'accompagner la mutation de la médecine et de la vie médicale d'aujourd'hui.

⁴⁶ CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127

⁴⁷ Annexe n°12

⁴⁸ 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

⁴⁹ Annexe n°11

⁵⁰ Annexe n° 10

1.2.1 Les facteurs d'attractivité et de fidélisation du personnel sont multiples

Bien souvent, la question de l'attractivité et la fidélisation du personnel à l'hôpital public revient à interroger le mode et le niveau de rémunération des praticiens et la différence nette existante entre le public et le privé. Plusieurs rapports remis au Ministère de la Santé soulignent cet élément et mettent en exergue l'inadéquation de la nature et du niveau de revenus de praticiens exerçant à l'hôpital avec la réalité du travail accompli, comme avec leur degré de responsabilité et de compétence. Ainsi, un rapport de la HAS⁵¹ de 2008 souligne l'insatisfaction des PH sur leurs modalités de rémunération. Un autre rapport de l'IGAS⁵² de 2008 met en avant le fait que le système de rémunération n'encourage ni la mobilité, ni la gestion dynamique des parcours de carrière. En bref, il est indispensable d'assurer une corrélation entre niveau de compétence, niveau de responsabilité, articulation et durée des temps de travail, d'une part, et rémunération, d'autre part.

Un élément important est mis en avant par l'IGAS dans son rapport de 2008⁵³. Si le différentiel de salaire entre le privé et le public est une donnée importante dans l'étude de la question de l'attraction par la rémunération, c'est la variation de la rémunération au sein de l'hôpital public et entre les praticiens hospitaliers qui est la plus difficile à faire accepter par le corps médical. Cette diversité de niveau de rémunération s'explique avec la différence des statuts, les activités de permanence des soins, l'exercice libéral, les rémunérations complémentaires liées à la recherche ou les expertises. Le rapport de l'IGAS estime ainsi que l'écart de rémunération existant va de 1 à 5 dans les Centres Hospitaliers (CH) et de 1 à 10 dans les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU).

Un praticien hospitalier de Gonesse résume : « *le privé est très attractif dans certaines spécialités, pour la rémunération qu'il apporte. Seule ma vocation pour l'hôpital public et mon attachement au service public m'ont guidé pour refuser les offres du privé. L'hôpital ne se bat pas à armes égales avec le privé. Seules les gardes et les plages additionnelles peuvent offrir une rémunération supplémentaire à l'hôpital, conduisant à une inégalité entre services et praticiens. Si l'hôpital veut garder ses praticiens, il faut que la rémunération soit corrélée à la charge de travail, c'est-à-dire que le praticien soit intéressé à la réalisation d'actes* ». Ce praticien fait ainsi référence à la possibilité contractuelle ouverte depuis 2006 pour le statut de PH d'une rémunération complémentaire sur des critères quantitatifs d'activité et des critères qualitatifs, intitulée Part Complémentaire Variable (PCV). Le contrat de clinicien peut intégrer ce système mixte de rémunération. Si la rémunération traditionnelle des praticiens contractuels statutaires est strictement encadrée, l'hôpital public peut utiliser le contrat de clinicien⁵⁴ pour attirer à l'hôpital public des médecins du secteur privé en disposant d'une marge de négociation. La rémunération totale (part fixe et variable) est librement négociée dans la limite que constitue le 13^e échelon du corps des praticiens hospitaliers temps plein, augmenté de 65%⁵⁵. La détermination de cette part variable de la rémunération du praticien, en fonction de l'atteinte ou non des objectifs contractuellement fixés, est un outil managérial, tant pour

⁵¹ HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, Juillet 2008, *Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : Etat des lieux et Perspectives*, Paris : Haute Autorité de la Santé, [visité le 24 juin 2013], disponible sur Internet : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/data/04utilisations/Rapportp4pcompaqh.pdf>

⁵² BRAS P-L et DUHAMEL G., Juin 2008, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, Paris : Inspection générales des affaires sociales, [visité le 08 juin 2013], disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000596/0000.pdf>

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Article L 6152-1 du Code de la Santé Publique

⁵⁵ COPIN J.-Y., juin-juillet 2011, « A la recherche du temps médical... Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST », *Gestions Hospitalières*, n°507, pp. 421-423

le directeur, qui en arrête le montant, que pour le chef de pôle qui propose ce montant au directeur, après avoir mené l'entretien d'évaluation.

Néanmoins, s'agissant des PH, si la question de l'avancement par échelons reste de la compétence des EPS, la question des modes et du niveau de rémunération sont de celles du ministère de la santé. Un travail sur l'attractivité de l'établissement ne peut donc porter que sur d'autres facteurs que la rémunération.

Plusieurs éléments ont fait l'attractivité de l'hôpital public. Tout d'abord, l'Ordonnance du 30 décembre 1958⁵⁶ fonde les CHU, permettant un exercice médical à la fois clinique, de recherche et d'enseignement. La loi hospitalière de 1970⁵⁷ provoque, quant à elle, une forte attractivité vers les Centres Hospitaliers Généraux, essentiellement pour les fonctions de chef de service. Enfin, la création du statut de PH en 1984⁵⁸ constitue un élément de collégialité et un cadre transparent pour l'avancement et la valorisation de la carrière médicale à l'hôpital. Cette réforme a permis une médicalisation accélérée des hôpitaux.

Un rapport remis au Ministère de la santé, en juillet 2009⁵⁹ explique le désintérêt latent chez les médecins pour l'hôpital public. Si l'ensemble des réformes hospitalières semblent avoir leur part de responsabilité, ce serait particulièrement l'effet du protocole sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT)⁶⁰, puis de l'intégration du temps de garde dans le temps de travail⁶¹ qui auraient achevé de déstabiliser le système, constituant autant de chocs et d'impacts statutaires et impliquant une importante transformation du rapport au temps de travail.

A l'hôpital public, les facteurs d'attractivité et de fidélisation du personnel médical sont différents, en raison de la variation du prisme de lecture que le médecin fait de son exercice, selon qu'il exerce déjà dans la structure ou non. De plus, ces facteurs peuvent varier en fonction de plusieurs éléments : d'une part, le niveau décisionnel auquel ils se rapportent (unité de soin, pôle d'activité ou établissement), et d'autre part, le statut des médecins concernés, les attentes pouvant varier selon que le médecin est interne, assistant, chef de clinique, ou praticien senior.

Néanmoins, plusieurs éléments de fidélisation peuvent être exploités.

⁵⁶ PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale [en ligne]. Journal officiel, du 31 décembre 1958. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000886688&dateTexte=20000621

⁵⁷ PARLEMENT. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, [en ligne]. Journal officiel, du 03 janvier 1971. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=19920103

⁵⁸ PREMIER MINISTRE. Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers [en ligne]. Journal officiel, du 25 février 1984. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000868588&dateTexte=20050725

⁵⁹ ABOUD E., AUBART F., JACOB A., MANGOLA B. et THEVENIN D., 23 juillet 2009, *Promotion et modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, Paris : Ministère de la Santé et des Sports, [visité le 08 juin 2013], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportMissionABOUD.pdf>

⁶⁰ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers du 22 octobre 2001, [en ligne] [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/diapomedecin.pdf>

⁶¹ CONSEIL EUROPEEN. Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail [en ligne]. Journal officiel de l'Union européenne, n° 307 du 13 décembre 1993. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0104:fr:HTML>

C'est tout d'abord, le dynamisme et la variation de l'activité qui sont recherchés par un médecin⁶². Il s'agit dès lors d'assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital, en favorisant une valorisation de l'activité individuelle, une adaptation du projet personnel au projet collectif, un exercice de la spécialité dans une équipe et dans le cadre d'un territoire de santé, une valorisation collective de l'équipe médicale et une reconnaissance de l'implication dans la vie institutionnelle.

L'environnement et les conditions de travail doivent ensuite offrir un cadre d'exercice adéquat et tenant compte de diverses variables : l'équilibre professionnel, la continuité des soins et la permanence médicale, la prévention et la gestion des conflits, le dialogue social, la prévention des risques professionnels, le caractère modéré de la charge des activités administratives et la prévention des risques psycho-sociaux. Ce cadre d'exercice doit favoriser l'envie de poursuivre la carrière hospitalière, en assurant la qualité du travail en équipe, de l'exercice clinique auprès du patient, du plateau technique, mais également la prise de responsabilité professionnelle et l'engagement dans le service public.

Enfin, l'exercice médical à l'hôpital doit offrir au praticien la possibilité de moduler sa carrière. Il s'agit dès lors de s'inscrire dans une approche de métiers, de compétences et de qualifications, à l'image de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) du personnel non médical. L'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles peut passer par des coopérations entre professionnels de santé, la Formation Médicale Continue (FMC) et le Développement Professionnel Continu (DPC) et la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités et modes d'exercice. De plus, la modularité de la carrière du praticien se fait à travers l'accompagnement réalisé pour faciliter l'évolution des modes et temps d'exercice et valoriser les carrières, la modulation des modes d'exercice et du temps de travail tout au long de la carrière, et enfin, l'avancement en fonction du temps de travail, des activités et des projets convenus et évalués. Ainsi, un élément de fidélisation cité de façon récurrente par les médecins interrogés au CH de Gonesse est la possibilité de diversifier les activités par une gestion horaire du temps de travail, celle des plages additionnelles, l'activité libérale, les activités d'intérêt général, la participation à la Permanence des Soins (PDSES).

Si les facteurs d'attraction et de fidélisation du personnel peuvent être distingués, l'enquête commandée par le SIHP et réalisée par la TNS-Sofres⁶³ relève deux facteurs incitatifs principaux pour les jeunes médecins à venir travailler dans une zone moins attractive : pouvoir intégrer un service avec un projet médical bien défini (65%) et pouvoir exercer au sein d'une équipe de praticiens (64%). Ce sont donc le service et l'équipe médicale au sein desquels il va exercer, qui sont au cœur de l'intérêt porté par un médecin à une structure. Ainsi, trois éléments paraissent essentiels en termes d'attractivité et de fidélisation du personnel médical, et devant fonder la stratégie des EPS pour les années à venir.

D'une part, il est indispensable de favoriser les lieux de reconnaissance identitaire pour l'exercice médical. Le pôle d'activité ne semble pas constituer une structure dans laquelle les médecins se reconnaissent et se sentent appartenir. Si le service de soins peut constituer une structure identitaire, selon Guy Vallancien⁶⁴, l'équipe médicale est la base de l'identité hospitalière et constitue une véritable « plus-value » par rapport au secteur libéral privé. Constituée autour des spécialités médicales, regroupée en unités, elle peut

⁶² AUBART F., DELMOTTE D., JACOB A., PRUVO J-P et VERAN O., 2011, *L'exercice médical à l'hôpital*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 27 avril 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf

⁶³ SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, *Enquête portant sur Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France*, Paris, juin 2013, pp. 36

⁶⁴ VALLANCIEN G., novembre-décembre 2011, « Le médecin du 21^{ème} siècle, sa place et son rôle », *Revue Le Débat*, n°167, pp. 3-15

constituer un vecteur identitaire fort et véhiculer une valeur symbolique majeure, à condition qu'elle soit présentée comme un collectif de travail, et non comme une abstraction. L'équipe médicale est, selon le rapport du CNG et de la DGOS de 2011⁶⁵, une ressource sociale en ce qu'elle favorise l'échange et évite les replis catégoriels. Elle doit être l'unité de base de l'organisation, constituée autour d'un projet et d'objectifs d'activité, intégrée dans le territoire et engagée dans le développement professionnel continu. Elle est le lieu de résolution des contradictions entre l'intérêt collectif et celui des praticiens qui la constituent. Néanmoins, les règles d'organisation de l'équipe apparaissent souvent comme peu visibles, voire masquées ou opaques. Une fois, les règles de fonctionnement établies et rendues public, il est indispensable aux hôpitaux de favoriser la labellisation des équipes, véritable facteur de notoriété de valorisation sociale et d'attractivité. Il s'agit d'en faire un lieu de reconnaissance de l'action médicale, individuelle et collective, mais également un vecteur de promotion des recrutements médicaux à l'hôpital. Guy Vallancien⁶⁶ propose une répartition des tâches entre médecins hospitaliers : actes techniques d'un côté, et fonction de guide et de décideur, de l'autre. Cette répartition des rôles au sein de l'équipe permettrait d'atténuer les risques psychosociaux. Elle constitue également une importante ressource professionnelle, favorisant la transmission des savoirs, la prise progressive de responsabilité.

Chaque intégration dans une équipe ou un service peut s'accompagner d'une contractualisation avec le nouveau praticien. En effet, l'organisation du travail au sein de l'équipe médicale serait fondée sur une contractualisation visible de tous et pouvant être évaluée, sur la base d'un contrat collectif d'équipe intégré au contrat de pôle, et d'autre part, d'un contrat individuel d'engagement pour chaque professionnel de l'équipe. Le contrat individuel du praticien formaliserait à la fois les droits (congés, formation, projet personnel, missions, stage) et devoirs (soins, prévention, éducation thérapeutique, de mission d'intérêt général), mais intégrerait également l'investissement institutionnel, ou encore la participation à la Permanence des soins (PDSES). Ainsi donc, cette démarche a vocation à initier une contractualisation des fonctions et des activités selon les compétences, les rythmes, les investissements dans les différents domaines d'activité, individuels et collectifs, ainsi que les besoins de l'établissement. Elle facilite la formalisation d'une modulation de la carrière, organisant des activités de soins, avec la formation, l'enseignement, la recherche, le développement de projets médicaux, la prise de responsabilité, l'expertise, le tutorat/le compagnonnage ou le projet personnel.

La modularité de la carrière reflète la possibilité donnée d'agir en lien avec son projet personnel et ses savoirs-faires. Or, la carrière hospitalière offre plus souvent un exercice figé, peu évolutif et peu adaptable. Il s'agit, dès lors, pour l'établissement de santé, de faire connaître aux praticiens les moyens à leur disposition pour moduler les fonctions et les activités selon leurs compétences, les rythmes et les investissements dans les différents domaines d'activité, individuels et collectifs, ainsi que les besoins de l'établissement. Le praticien exerçant à l'hôpital doit pouvoir choisir les bases de son temps de travail et disposer de la possibilité d'alterner des années plus centrées sur la clinique, et d'autres sur la formation, le management ou la vie personnelle. Il doit pouvoir également adopter des missions à pénibilité reconnue, ou choisir de travailler sur un temps limité. L'un des corollaires de cette modularité est de mettre en place au cours de la carrière des bilans rétrospectifs et prospectifs des compétences et des engagements. En définitive, il s'agit de faire de la modularité de la carrière, d'une part, un élément

⁶⁵ AUBART F., DELMOTTE D., JACOB A., PRUVO J-P et VERAN O., 2011, *L'exercice médical à l'hôpital*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 27 avril 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf

⁶⁶ VALLANCIEN G., novembre-décembre 2011, « Le médecin du 21^{ème} siècle, sa place et son rôle », *Revue Le Débat*, n°167, pp. 3-15

central du « volet social » de l'exercice hospitalier, et d'autre part, un outil de reconnaissance de l'activité du praticien au sein de l'établissement.

L'un des outils sur lesquels les hôpitaux publics peuvent s'appuyer est la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), appliquée au corps médical. Celle-ci peut être constituée de plusieurs éléments :

- Assurer la sécurisation des parcours professionnels, c'est-à-dire faire de la souplesse du déroulé de carrière une contrepartie à la continuité des soins.
- Faire valoir que les personnels médicaux doivent bénéficier d'un accompagnement plus étroit.
- Offrir les informations et les éléments de mise en œuvre des droits sociaux pour tous les moments charnières de la carrière ou dans les temps de déstabilisation ;
- Porter une attention particulière au début, incluant le post-internat, et la fin de carrière
- Favoriser l'aménagement du temps de travail, afin de permettre la poursuite des différentes activités d'un praticien selon un contrat de fin de carrière.

Au niveau de la direction d'établissement, la GPMC médicale aurait comme avantage, afin de garantir la pérennisation des activités de soins, celui de développer une vision par compétences opérationnelles, plutôt qu'un rattachement à la spécialité. Il s'agit de tenir compte des évolutions récentes de l'exercice médical, conduisant les jeunes praticiens à suivre des formations particulières, telles que l'acupuncture ou l'homéopathie, mais également à choisir des modes d'exercice particulier (MEP), dont la spécialité n'est pas reconnue par la sécurité sociale, comme la médecine du sport, la médecine pénitentiaire, l'addictologie, l'aide médicale d'urgence, les techniques transfusionnelles, l'évaluation et le traitement de la douleur ou encore l'allergologie. Enfin, il est indispensable de prendre toute la mesure du morcellement des spécialités au sein de l'établissement. A titre d'exemple, exercent actuellement à l'hôpital de Gonesse, des proctologues et des rythmologues, dont les connaissances pointues, mais par trop balisées, risque de les éloigner de la pratique plus générale de leur spécialité.

Si de nombreuses thématiques sont communes aux questions d'attraction et fidélisation du personnel médical, chaque établissement se doit de renforcer ses atouts et de pallier les faiblesses connues. Deux nouveaux éléments pourraient jouer en la faveur d'un renouveau de l'attractivité médicale à l'hôpital de Gonesse : la mise en œuvre d'un Projet social médical et la construction d'un nouvel hôpital.

1.2.2 L'hôpital de Gonesse : vers un renouveau de l'attractivité médicale

A) L'hôpital de Gonesse a choisi d'élaborer un Projet Social Médical

L'hôpital de Gonesse a souhaité élaborer un volet médical au projet social, posant clairement les principales clés de construction de la politique de recrutement et d'avancement du personnel médical, ainsi que la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux praticiens.

La rédaction d'un projet social médical reste relativement novatrice à ce jour, même si elle sera probablement amenée à se généraliser dans les années à venir au sein du milieu hospitalier. Au CH de Gonesse, la prise en compte de préoccupations relatives au personnel médical dans le cadre de la régulation sociale n'est pas une nouveauté. Néanmoins, l'élaboration d'un projet social médical est un signal important à destination des membres du corps médical : celui d'une prise de conscience, d'une volonté

d'initiative. Il s'agit de continuer à « donner envie » de faire carrière à l'hôpital public, et en particulier à l'hôpital de Gonesse.

L'objectif premier pour l'élaboration d'un projet social médical est de conforter la mission de l'hôpital public, en garantissant la réponse aux besoins de santé, présents mais surtout futurs, de la population et en concrétisant les perspectives d'activité contenues dans le projet médical. En effet, le Projet Social constitue l'un des documents structurant le Projet d'Etablissement. Il s'inscrit dans ses orientations et il est cohérent avec celui-ci ainsi qu'avec les autres volets du Projet d'Etablissement, et notamment, avec le Projet Médical et le Projet de Soins, avec lesquels il partage plusieurs points communs. L'objectif est de conduire une véritable réflexion sur les outils disponibles au niveau de l'établissement, afin d'assurer la pérennité des compétences médicales, tout en tenant compte des nouvelles conditions de travail issues du Nouvel Hôpital et de l'environnement budgétaire et financier des prochaines années.

Un contexte particulier a poussé à l'élaboration d'un volet spécifiquement médical. A l'heure actuelle, deux éléments imposent aux hôpitaux publics de mettre en œuvre une politique active et dynamique en matière de gestion des ressources humaines médicales : c'est, tout d'abord, la tendance démographique défavorable du corps médical, risquant de mettre en péril la pérennité de certaines spécialités et de réduire l'offre de soins de proximité, et d'autre part, la nécessaire mise en œuvre d'une véritable stratégie médicale, dans un contexte de financement de l'hôpital à l'activité, adaptée à un contexte financier contraint. Ainsi, le projet médical 2013-2017, comme l'activité produite dans un Nouvel hôpital, peuvent constituer deux facteurs d'attraction du personnel médical. Néanmoins, l'intégration de considérations spécifiques à l'égard des médecins au sein du Projet Social a également vocation à assurer une fidélisation du personnel exerçant à l'hôpital.

La Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », dite HPST, de 2009⁶⁷ positionne la stratégie médicale comme véritable compétence partagée entre le Président de la Commission médicale d'Etablissement (CME) et le Directeur. L'élaboration de ce document est donc issue d'une volonté initiale de la CME, appuyée par une forte adhésion de la Direction des Ressources Humaines et de la Stratégie médicale. Il s'agit d'accorder une place aux médecins au sein du traditionnel projet social de l'établissement, afin de les inclure dans les considérations sociales dont bénéficiaient le personnel non médical, tout en leur reconnaissant certaines spécificités.

Un cahier des charges fixait préalablement un cadre à l'élaboration du Projet Social Médical.

D'une part, trois préoccupations majeures ont précédé la conception de ce document :

- Elaborer des axes pragmatiques et réalisables dans le cadre réglementaire et législatif s'imposant aux Etablissements Publics de Santé.
- Tenir compte de l'ensemble des ressentis et appréhensions des conditions d'exercice médical à l'hôpital, tout statut confondu.
- Faire qu'il ne soit pas « l'objet » de l'administration mais impose une forte implication des représentants du corps médical pour permettre sa mise en œuvre et sa constante alimentation.

De plus, trois objectifs méthodologiques ont guidé les modalités de préparation du Projet Social Médical.

⁶⁷ PARLEMENT. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Tout d'abord, favoriser l'émergence de facteurs d'attractivité et de fidélisation innovants. Si la construction d'un nouvel hôpital constitue un élément majeur pour les projections futures d'activité et l'attractivité de l'exercice médical, les acteurs institutionnels souhaitaient aller au-delà et initier une véritable politique de fidélisation du personnel médical et d'attraction de nouvelles compétences. D'une part, il s'agissait de sortir de la logique de la rémunération comme unique vecteur d'attractivité. D'autre part, l'objectif était de générer une véritable réflexion sur les leviers d'amélioration des conditions et de l'environnement de travail des médecins.

Deuxièmement, adapter les profils de médecins recrutés aux besoins de santé. Le recrutement de médecins à l'hôpital de Gonesse a vocation à répondre à trois enjeux majeurs :

- répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population, c'est-à-dire à la fois faciliter l'accès aux soins de premier recours, afin de pallier la fragilisation de l'offre de ville, mais également assurer un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé.
- être réactif face aux nouveaux besoins et attentes de la population.
- développer l'expertise dans certains domaines, en lien avec les projections épidémiologiques relatives au bassin de population.

Enfin, s'appuyer sur les bonnes pratiques développées par les services et les harmoniser au niveau de l'établissement. La réflexion menée à l'occasion de l'élaboration du Projet Social Médical a permis de mettre en lumière l'absence d'harmonisation des politiques d'accueil des praticiens, réalisées par les services, mais également de la gestion du temps médical. De nombreux services de soin de l'hôpital ont développé des stratégies et outils de gestion du personnel médical, aussi bien en termes d'attraction de nouvelles compétences, que de juste répartition du temps médical entre les différentes activités, telles que l'hospitalisation, les consultations, etc. L'élaboration d'un Projet Social médical doit être l'occasion de recenser ces bonnes pratiques locales.

Il a été convenu, en amont de la démarche, que la méthodologie d'élaboration serait différente de celle du projet social non médical. L'objectif étant d'obtenir une véritable adhésion du corps médical, la démarche adoptée par le Président de CME et la Direction des Affaires médicales a fait l'objet d'une présentation en CME.

L'élaboration d'un tel document étant nouvelle à l'hôpital de Gonesse, une recherche d'expériences similaires a été réalisée préalablement, afin de connaître la forme et les orientations choisies par les autres établissements. Des démarches analogues ont été repérées aux Centres Hospitaliers Universitaires de Brest⁶⁸ et Toulouse⁶⁹. Les grands axes de travail sélectionnés par ces établissements peuvent être regroupés en trois thématiques :

- La fidélisation des praticiens exerçant dans l'établissement
- L'attraction de nouvelles compétences
- Une meilleure intégration des médecins à la structure hospitalière

Le caractère récent de leurs mises en place ne permet pas d'en tirer des enseignements.

La deuxième étape a consisté en la formation d'un groupe de réflexion. Après validation de la méthodologie par la CME, un appel à candidature a été réalisé auprès de l'ensemble des membres de la communauté médicale exerçant au sein de l'établissement.

⁶⁸ MARINGUE G., Direction des Affaires Médicales de Brest, [interrogé le 25/04/2013]

⁶⁹ REYNIER M., Direction des Affaires Médicales de Toulouse, [interrogé le 12/04/2013]

Ce groupe a été composé :

- de membres de droit : le Directeur de l'établissement, le Président et Vice-Président de CME, la Direction des Affaires médicales, le Médecin responsable de la Formation médicale (suppléé par le Médecin en charge du Département de la Qualité et de la Gestion des Risques), le Médecin en charge du Département de l'Information Médicale et la Direction des Affaires Financières
- de membres nommés : un Praticien Hospitalier, un Praticien Attaché et deux Praticiens Assistants.

La réflexion du groupe de travail a été organisée autour de six thématiques : Politique de recrutement, Politique d'avancement, Politique de gestion du temps médical, Politique de contractualisation, Politique d'amélioration des conditions de travail, et Politique d'accueil des nouveaux arrivants.

Afin d'alimenter la réflexion menée autour de ces thématiques, le groupe de travail a fait le choix d'interroger directement le personnel médical, par l'intermédiaire d'un questionnaire⁷⁰, afin de recueillir le sentiment du public concerné, s'agissant des conditions de travail et d'exercice médical à l'hôpital de Gonesse et permettant de prioriser les problématiques développées au sein du Projet Social médical.

Enfin, le projet validé par le groupe de travail a fait l'objet d'une validation par l'ensemble des instances du centre hospitalier.

Dans le cadre de l'élaboration d'un volet médical du projet social, le groupe de travail a décidé de réaliser une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble des personnels médicaux. L'objectif de cette enquête était de recueillir des avis, opinions et attentes, en vue d'envisager les pistes de travail les plus adéquates. Pour cela, le questionnaire⁷¹ visait à identifier les motifs de satisfaction, d'insatisfaction, et les attentes exprimées.

Si le type de questionnaire, choix unique ou choix multiple selon les questions, induit nécessairement des biais méthodologiques, en raison des contraintes qu'elle impose au répondant, l'analyse des résultats est intéressante à plus d'un titre⁷². Tout d'abord, le nombre de médecins ainsi que leur profil est significatif, tout en étant délicat à analyser finement. Le questionnaire n'a reçu que 27 réponses, soit 10,3% des médecins, ce qui relativise les conclusions de cette étude. Le profil des répondants est le suivant : praticien hospitalier (70%), temps plein (96%), 45 à 54 ans (59%), aussi bien femme (48%) que homme (52%), membre de la CME (52%) ou non (48%), non chef de pôle (85%) et non responsable de service (63%). Le choix d'exercer à l'hôpital public s'est fondé sur diverses raisons : l'engagement pour le service public (67%), l'appartenance à une équipe médicale (56%), la qualité de travail en équipe (59%) et l'attraction des fonctions hospitalières (30%).

Si le sentiment d'appartenance au Centre Hospitalier de Gonesse existe bien chez une majorité de praticien (56%), l'appartenance au service ou à l'équipe médicale est bien plus forte (85%). Les praticiens ayant répondu ont globalement un sentiment de reconnaissance dans le travail accompli (48%), et en particulier par le chef de pôle (37%) et par le responsable de service (48%). Le sentiment de reconnaissance reçu de la part de l'administration est plus mitigé : 41% ont répondu « ne sait pas », comme 41% ne se trouvent pas soutenus par elle dans les projets qu'ils mènent. Néanmoins, 74% s'estiment satisfaits de l'écoute et du traitement des demandes réalisés par les services des Affaires Médicales.

⁷⁰ Annexe n°2

⁷¹ Idem

⁷² Annexe n°3

S'agissant de la politique sociale de l'établissement, la qualité du dialogue social est estimée comme étant moyenne (41%). Les priorités sociales affichées par l'établissement devraient être : le maintien du nombre d'agents (63%), l'harmonie des organisations (52%), la formation professionnelle (44%) et la réduction de l'exposition au stress (44%). La conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle ne semble également pas satisfaisante, puisque 41% ont répondu « Non pas du tout » et 22% « insuffisamment/partiellement ». Les réformes sont vécues peu accompagnées (44%), voire pas du tout (26%). Enfin, l'hôpital de Gonesse aurait vis-à-vis des professionnels, un rôle indifférent (52%), et fragilisant (22%).

Concernant les conditions de travail, plusieurs résultats sont significativement marquants. En effet, les répondants ne s'estiment pas protégés contre les troubles musculo-squelettiques (48%), ni contre les risques psycho-sociaux (56%). Ils considèrent, d'autre part, que les conditions de travail à l'hôpital se sont dégradées (67%). La charge de travail quotidienne est un élément-clé dans la définition des conditions de travail. Celle-ci est évaluée comme étant « importante mais tolérable » (50%), voire « trop importante » (38%). De plus, l'organisation du service ne permet pas sa juste répartition (50%).

Plusieurs questions visaient l'évaluation, par les praticiens en exercice, de l'accueil et l'intégration réservés aux nouveaux praticiens. Au niveau de l'établissement, ils sont estimés comme étant moyennement satisfaisant (52%), voire plutôt insatisfaisant/Insatisfaisant (26%), alors qu'au niveau du service, ils sont considérés comme étant très satisfaisant (52%) ou moyennement satisfaisant (41%). La majorité des répondants souhaitent voir mettre en place des entretiens réguliers entre le praticien et le chef de service (93%). Enfin, 80% des praticiens ne partant pas en formation ne le font pas par manque de temps.

Certaines propositions ont été émises, au sein des espaces de libre expression définis, notamment dans le sens de définition de nouveaux lieux d'échanges, tels que le maintien des bureaux et conseils de pôle, la diffusion de la pratique de réunions de service, et de plus nombreuses rencontres entre les médecins et la direction pour les médecins ne faisant pas partie de la CME. Les objectifs de ces rencontres doivent être multiples :

- « préciser les objectifs et projets et éviter la mise devant le fait accompli »
- « favoriser la transparence de la politique de gestion administrative et financière de l'hôpital »
- « renforcer la concertation pour évaluer les besoins »

Enfin, globalement, les remarques générales faites sur les conditions d'exercice à l'hôpital de Gonesse réclament plus de reconnaissance et une meilleure information des praticiens, notamment hors CME, plus grande transparence de la politique de l'établissement et une meilleure évaluation de l'impact des réductions de personnel sur la motivation générale. Elles insistent également sur une fidélisation du personnel insuffisante, une précarisation des carrières, une difficile intégration de la logique comptable et financière de la T2A et une disparité dans la considération et le respect des médecins. Malgré tout, les projets médicaux sont généralement suivis par l'administration. Le projet social médical a pour vocation de répondre à la plupart de ces constats, en ne contenant que des mesures pragmatiques, réalisables et en nombre limité, afin de garantir sa mise en œuvre et assurer une amélioration des conditions de travail. Les mesures dont il se compose sont priorisées en fonction d'objectifs prédéfinis et portent autant sur le court terme que sur le moyen terme, afin d'assurer la fidélisation du personnel médical exerçant actuellement à l'hôpital de Gonesse, mais également en vue d'attirer d'autres compétences.

La construction du projet social médical a été effectuée autour de trois axes stratégiques, déclinés en objectifs, actions et fiches-actions. Les trois axes stratégiques sont les suivants :

1. Renforcer l'attractivité de l'hôpital
2. Garantir la fidélisation du personnel médical
3. Assurer une gestion adaptée du temps médical

Tel que démontré précédemment, l'attractivité étant assurée par les services de soin, bien plus que par l'établissement lui-même, il s'agit en premier lieu, d'assurer la publicité des vecteurs d'attraction pour un jeune praticien. Tout d'abord, le service des Affaires médicales et les responsables de service vont apporter un appui administratif renforcé à la démarche d'agrément, en vue d'augmenter le nombre d'internes reçus au sein de l'établissement, en soutenant et en incitant à la rédaction de projets pédagogiques. D'autre part, la publicité des publications réalisées et de la participation à des projets de recherche clinique sera renforcée. Cette publicité se fera par un affichage sur le site internet de l'hôpital des résultats d'un recensement des publications effectuées par les praticiens de l'hôpital et de leur participation à des projets de recherche clinique. Et enfin, une stratégie de conventions et de partenariats vis-à-vis des universités et écoles étrangères sera développée.

Le passage de l'internat au post-internat est crucial pour un jeune praticien. L'accompagnement et l'aide apportés par l'établissement durant cette période ne peut être que bénéfique et se traduire par un plus grand nombre de recrutement en post-internat. Il s'agit tout d'abord de rendre lisible, au plus tôt, les postes vacants, mais également, de susciter rapidement l'envie de poursuivre sa carrière au CH de Gonesse. Dès la fin de l'internat, les opportunités d'un l'exercice médical à l'hôpital peuvent être présentées. Cette présentation devra être réalisée par le Président de CME ou un représentant appartenant au corps médical, afin que les arguments avancés correspondent totalement aux attentes des jeunes praticiens. D'autre part, il est indispensable de promouvoir et valoriser la reconnaissance d'un domaine d'expertise et la participation à la vie hospitalière. L'objet principal de cette mesure est essentiel dans la démarche d'attractivité de l'établissement. Il s'agit de formaliser un contrat entre praticien assistant et l'établissement, afin de corréliser ses attentes avec les besoins de la structure employeur.

L'attractivité passe également par une plus grande lisibilité des possibilités de carrière offerte au sein de l'établissement hospitalier. Cet objectif recouvre plusieurs modalités. L'une d'entre elles, privilégiée par le groupe de travail, est de favoriser l'émergence de projets en lien avec le projet médical. Un appel à projet sera ainsi réalisé au sein de l'établissement, afin que la modulation de la carrière ne soit pas un « objet » de l'administration mais bien un outil à disposition des médecins eux-mêmes. D'autre part, il est indispensable que ce focus sur la carrière du praticien intègre la mise en place d'un suivi personnalisé. Au vu des réponses reçues au questionnaire sur la question, il s'agit de proposer aux chefs de pôle et responsables de service de réaliser des entretiens réguliers de bilan et d'évolution du projet professionnel. Cette démarche sera inscrite au sein des objectifs des pôles.

L'amélioration de l'accueil des internes et des nouveaux praticiens dans des services et à l'hôpital est capitale, en vue de valoriser l'image externe de l'établissement. Les jeunes internes peuvent se voir présenter la façon dont leur activité quotidienne s'intégrera dans un projet plus global de pôle et d'établissement. Il s'agit également de présenter leurs droits et leurs devoirs, qui ne sont pas toujours bien connus des intéressés. Afin de garantir une amélioration de cet accueil, une évaluation interne des unités de soins ayant reçu des internes sera mise en œuvre, par l'intermédiaire d'un questionnaire, ainsi qu'un bilan de fin de stage, dont les résultats seront analysés en CME. De plus, la convivialité

de l'accueil des nouveaux praticiens doit être également renforcée. Contrairement aux cadres de santé qui se voient proposés une journée d'intégration, aucune modalité d'intégration n'est prévue, à l'hôpital de Gonesse pour les nouveaux praticiens. Ainsi, à leur arrivée, ils se verront remettre le livret d'accueil, un "kit nouveaux arrivants", intégrant des informations pratiques, telles que les "numéros utiles", une visite individuelle de l'hôpital sera également réalisée, et enfin chaque nouveau praticien pourra se présenter, en personne, à la communauté médicale, en CME. Enfin, la participation des internes et des nouveaux arrivants à la vie institutionnelle doit être réaffirmée. Deux mesures ont vocation à inciter les internes et les nouveaux praticiens à s'investir dans la vie institutionnelle : tout d'abord, une plus large diffusion de l'information sur l'accès aux instances, notamment les modalités d'élection, et d'autre part, en laissant un espace d'expression dédié aux internes en CME.

La fidélisation du personnel médical est multi-vectorielle au sein d'un établissement de santé. Le groupe de travail s'est donc fondé sur les résultats du questionnaire⁷³, afin de cibler les priorités sur lesquelles il se devait d'agir. Ceux-ci étaient formels s'agissant du sentiment de protection des praticiens contre les divers risques auxquels ils sont exposés. Le projet social vise ainsi à renforcer la lisibilité des droits sociaux du clinicien hospitalier, notamment en matière d'accident du travail et de maladie, grâce à l'élaboration d'un guide interne présentant les démarches à suivre et les personnes à contacter. Il s'agit également de renforcer la prévention des risques professionnels, en développant les consultations avec la médecine du travail, aussi bien à l'accueil du praticien, puis régulièrement lors de sa carrière à l'hôpital.

Face à la féminisation croissante de la profession, l'un des vecteurs de fidélisation sur lequel l'hôpital peut agir est de faciliter la conciliation de la vie professionnelle avec la vie privée. Celle-ci peut se faire simplement, par une plus grande transparence de la disponibilité des logements et places en crèche, notamment par l'intermédiaire d'un affichage sur le site intranet de l'hôpital des informations indispensables à la constitution d'un dossier (formulaire de demande, date de réunion de la commission d'attribution, etc.). De façon plus globale, une réflexion sera engagée sur la mise en place d'un référent administratif ou une « conciergerie », dont le rôle serait d'apporter un soutien d'ordre varié aux médecins, tel que la recherche d'un logement, le suivi de dossiers administratifs (impôts, taxes, allocations), la recherche de garde d'enfants, etc.

La diffusion de l'information en interne a été soulevée à plusieurs reprises au sein des commentaires libres du questionnaire⁷⁴. L'objectif est donc de conforter la diffusion de l'information en interne, en renforçant la communication institutionnelle envers les médecins non membres de la CME et autres instances, à travers une diffusion de l'ordre du jour et du relevé de décision de la CME. Enfin, afin de raffermir les liens existants entre les membres de la communauté médicale du CH de Gonesse, des lieux d'échanges professionnels dédiés au corps médical seront créés. Ainsi, des conférences seront organisées en interne. Elles seront destinées aux médecins sur des thématiques précises (formation médicale, expertise, droits sociaux) et viseront à consolider les liens existants et d'encourager les échanges entre médecins et avec la direction sur des sujets stratégiques et transversaux.

L'amélioration de l'image externe de l'établissement passe également par une amélioration des conditions de travail, en assurant la transmission des informations portant sur des situations à risque. Il s'agit d'engager une réflexion sur le renforcement de la présence médicale au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

⁷³ Annexe n°3

⁷⁴ Annexe n°2

(CHSCT) et l'intégration des médecins dans la démarche d'actualisation du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels.

Enfin, en lien avec la réglementation, il est indispensable d'instaurer une démarche de Développement Personnel Continu (DPC), en élaborant une stratégie institutionnelle de formation médicale, définie par le corps médical de l'établissement, par l'intermédiaire d'une Commission de formation médicale, sous-commission de la CME. Il s'agit également de renforcer la communication interne portant sur la formation, en communiquant le catalogue de formation médicale à la sous-commission créée, en assurant la lisibilité et la publicité sur les Revues de Mortalité et de Morbidité (RMM) et en garantissant la transparence sur les formations réalisées par le Personnel non médical aux chefs de pôle.

La gestion du temps médical est un élément majeur pour le praticien, puisqu'elle fonde, à la fois, un cadre contraignant à son exercice, mais également un vecteur de négociation, en vue de permettre une conciliation avec ses projets personnels. Cette gestion du temps médical ne peut intervenir sans une bonne articulation des instances et commissions de l'hôpital impliquées dans la démarche. Ainsi, il est indispensable de renforcer le rôle de certains acteurs dans la stratégie de recrutement, et notamment l'articulation de la Commission de l'Organisation de la Permanence des soins (COPS) avec le travail des autres instances, en intégrant à l'ordre du jour de la CME un suivi régulier des travaux de la COPS. De plus, le Directoire doit être plus impliqué dans la préparation des recrutements, en systématisant la présentation des candidats et de leurs projets. Enfin, une sous-commission de la CME sera créée, en vue de placer la communauté médicale au cœur de la stratégie de recrutement de l'établissement. Parallèlement, une réflexion institutionnelle doit être menée par le corps médical sur la notion d'équipe médicale, afin notamment de favoriser la construction et la labellisation d'équipes médicales.

L'adaptation des ressources médicales à l'activité doit être fiabilisée en anticipant les évolutions des effectifs médicaux, notamment par la mise en place d'une démarche de GPMC médicale, en recensant les effectifs médicaux pour les 5 ans à venir, mais également les compétences opérationnelles médicales, c'est-à-dire les sur-spécialités de chaque membre du corps médical de l'hôpital. Il s'agit de connaître avec précision l'état des compétences médicales disponibles au sein de l'établissement.

Plusieurs outils doivent être mis en œuvre, en vue de permettre aux chefs de pôle et aux responsables de service les outils de prioriser les recrutements. Un travail est actuellement en cours de réalisation, effectué par la COPS, en vue de recenser et centraliser les tableaux de service prévisionnel développés localement par les services. L'avancement de cette étude doit être présentée régulièrement en CME, afin qu'une véritable analyse naisse, portant sur la gestion du temps médical, et pouvant déboucher à moyen terme sur la mise en place d'une délégation de gestion. Ainsi, la tenue d'un tableau annuel prévisionnel d'activité (TAPA) sera intégrée dans les objectifs des contrats de pôle, devant être signés à la fin de l'année 2013.

Enfin, une stratégie territoriale devrait être amorcée, visant à renforcer les partenariats territoriaux en matière de recrutement de praticien, en garantissant leur transparence et en favorisant leur réalisation dans le cadre de partenariat inter-établissement. Il est indispensable de définir les règles de bonne conduite pour harmoniser les modalités de recrutement et limiter la concurrence entre hôpitaux publics.

Selon la direction et la présidence de CME, plusieurs éléments positifs sont issus de l'élaboration d'un Projet Social Médical.

Tout d'abord, elle a permis de mettre en lumière l'absence d'harmonisation entre les politiques d'accueil des praticiens et la gestion du temps médical entre les services. Une

large démarche de recensement les bonnes pratiques locales, mises en œuvre par les services, va en découler.

De plus, cette démarche a engendré un effet de synergie et de plus large cohérence dans la stratégie médicale entre la Présidence de la CME et la Direction de l'établissement. Elle devrait aboutir à une réflexion institutionnelle portant sur la stratégie de recrutement, afin de l'adapter au Projet médical 2013-2017 et en recherchant des pistes d'attractivité autre que la seule rémunération.

Enfin, la méthodologie choisie par le groupe de travail a permis de rechercher une meilleure compréhension du ressenti et des attentes des praticiens de l'établissement, notamment grâce à la démarche participative issue du questionnaire, mais également par la large représentation du corps médical dans le groupe de travail lui-même, ayant engendré un travail commun et un espace de dialogue ouvert entre les Médecins et la Direction.

B) Un Nouvel Hôpital, véritable potentiel d'attraction

Un nouvel hôpital est en cours de construction à Gonesse. Le transfert de toutes les activités Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et de moyen séjour est prévu à l'automne 2014. Plusieurs choix importants ont été faits en termes d'organisation :

- le regroupement en unité de lieu et de mode de prise en charge des urgences, des consultations externes et du plateau technique opératoire
- la réalisation de plateaux d'hospitalisation, aux standards actuels de la qualité de l'accueil hôtelier
- le traitement spécifique des flux de malades programmés et des patients reçus en urgence, des hospitalisés et consultants
- la création d'un centre de diagnostic, d'un centre de prévention et d'éducation thérapeutique
- l'installation de technologies innovantes : la robotisation des transports internes et de certaines installations biomédicales, la communication multimédia, la dématérialisation du dossier médical et soignant et une informatisation poussée, intégrant les installations techniques, les équipements biomédicaux et le système de gestion des patients.

La construction d'un nouveau bâtiment va se révéler être un réel atout pour l'attractivité des patients et des personnels. L'hôpital de Gonesse est un pôle de santé majeur dans le département du Val d'Oise. Néanmoins, sa situation géographique éloignée de la capitale ne constituait pas un facteur d'attraction de l'hôpital, une majorité du personnel médical résidant à Paris. Le projet du Nouvel Hôpital résout en partie la problématique de l'accès à la structure, en améliorant sa desserte en transports collectifs. Cet élément est essentiel à la croissance de l'activité, elle-même indispensable pour répondre aux obligations financières de l'établissement, et notamment le remboursement de la dette contractée pour sa réalisation.

Cette nouvelle construction va constituer une dynamique importante en matière d'attractivité et de fidélisation du personnel, en raison de ces nouveaux locaux, constituant un nouvel environnement de travail, les nouveaux plateaux techniques et équipements médicaux.

L'un des médecins du CH de Gonesse, interrogés sur les facteurs d'attractivité et de fidélisation d'un nouvel hôpital, a répondu qu' « *un nouveau plateau technique est un élément indéniable d'attractivité : d'une part, sa diversité permet de faire varier les profils et les sur-spécialités des PH se présentant comme candidat et de diversifier le recrutement des patients pris en charge, et d'autre part, cela permet de développer la formation des internes et jeunes praticiens. Par exemple, en cardiologie, de nombreuses techniques sont à acquérir pour les jeunes praticiens (échographie, coronarographie, etc.), qui définiront leur sur-spécialité (rythmologue, angiologue, coronarographe, etc.), auxquelles un plateau technique, nouvellement équipé et de façon diverse, peut répondre. Un nouveau plateau technique peut donc attirer des jeunes qui veulent se sur-spécialiser et permet de constituer un vivier de jeunes praticiens formés à l'hôpital* ».

Le déménagement dans le nouveau bâtiment a été l'occasion, pour le Centre Hospitalier Sud-Francilien (CHSF), de revoir l'ensemble de la communication réalisée à destination des professionnels susceptibles d'être intéressés par l'offre de travail de l'hôpital. Celui-ci a, en effet, élaboré une revue présentant le nouvel hôpital, service par service, « *qui n'aurait pas été réalisée avec autant d'enthousiasme et de précision dans l'ancien hôpital* », souligne le Directeur de la Stratégie et des Affaires médicales du CHSF, Gilles Calmes⁷⁵. L'effet d'attraction de ce nouvel hôpital semble néanmoins difficile à mesurer précisément et à objectiver. Un signe de cette attractivité renouvelée réside dans la disparition des difficultés de recrutement rencontrées auparavant sur certaines disciplines chirurgicales et l'imagerie⁷⁶.

L'impact de la mise en œuvre du Projet Social Médical et l'effet « Nouvel Hôpital », resteront, néanmoins, à évaluer. En effet, il est nécessaire de garantir que la démarche soit suffisante pour constituer un facteur d'attractivité et de fidélisation, et d'assurer une liberté dans le choix des praticiens exerçant au sein de l'établissement. Plusieurs pistes sont envisageables pour le Centre hospitalier de Gonesse, et notamment dans le sens d'une multiplication des opportunités de parcours professionnels, à l'hôpital et en dehors.

⁷⁵ CALMES G., Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales du Centre Hospitalier Sud-Francilien, [interrogé le 22/09/2013]

⁷⁶ Idem

2 Vers une individualisation et une territorialisation des parcours des professionnels médicaux

« *Mieux vaut être seul, que mal accompagné ; un service, c'est les difficultés de couple multipliées par dix ; il vaut mieux bien choisir avec qui on s'engage !* », a déclaré, avec humour, un chef de service, interrogé sur ces difficultés à recruter et sur les raisons qui l'ont poussé à refuser la candidature de certains praticiens. Il met ainsi en avant le manque de compétence et les difficultés relationnelles de ceux-ci avec le reste de l'équipe. Dans un contexte démographique défavorable et des conditions financières difficiles, il est indispensable de trouver les outils « marketing » d'attractivité, permettant à la fois une appropriation par les médecins des dispositifs de modulation de leur carrière, et d'autre part, une augmentation des marges de négociation des établissements dans le recrutement et la gestion de la ressource humaine médicale. L'individualisation et la territorialisation des carrières des professionnels médicaux sont deux concepts pouvant constituer la stratégie institutionnelle d'attraction des « talents » pour un hôpital public général, tel que le centre hospitalier de Gonesse.

2.1 Renforcer la lisibilité locale du temps médical disponible pour contractualiser et individualiser les parcours de carrière

L'hôpital de Gonesse ne rencontre pas de difficulté de recrutement médical dans tous les domaines d'activité. Seules certaines spécialités sont concernées. La véritable problématique se situe autour de la question de savoir quel statut attirer pour quelle compétence. Il s'agit, en effet, de pouvoir définir les besoins de l'établissement, afin de proposer des opportunités de carrières attractives.

Suite à la mise en œuvre du protocole Aménagement et Réduction du temps de travail (ARTT) de 2001⁷⁷ et de la directive du Conseil européen de 1993 sur le temps de garde⁷⁸, le temps de travail est devenu un élément majeur de négociation pour les établissements et un véritable facteur d'attractivité et de fidélisation pour le personnel médical. En effet, le temps de travail représente un point de discussion sur la répartition de la charge de travail au sein du service de soins, mais également un outil de négociation pour mieux concilier vie professionnelle et vie privée. De plus, si le secteur public dispose de faibles marges de manœuvre, concernant la rémunération, le supplément de salaire apporté par les gardes et astreintes, de même que la possibilité d'effectuer de l'activité libérale, peuvent constituer des éléments indéniables d'attractivité.

⁷⁷ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers du 22 octobre 2001, [en ligne] [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/diapomedecin.pdf>

⁷⁸ CONSEIL EUROPEEN. Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail [en ligne]. Journal officiel de l'Union européenne, n° 307 du 13 décembre 1993. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0104:fr:HTML>

2.1.1 Les enjeux de la gestion du temps médical disponible

Le nombre de Praticiens Hospitaliers en exercice a augmenté de façon importante. S'agissant des Praticiens Hospitaliers, au 1er janvier 2013, le Centre National de Gestion (CNG)⁷⁹ indique que les effectifs auraient connue une hausse de +3%. Cette hausse des effectifs s'explique en grande partie par la seule croissance du nombre des PH temps plein, en augmentation de +3,7%. L'effectif des PH temps partiel continue, quant à lui, de décroître, diminuant de 2,4%.

Cependant, il convient de préciser que la croissance des effectifs de praticiens hospitaliers, postes devant être pourvus à terme par des praticiens recrutés après réussite au concours national de praticien hospitalier ou par mutation d'un praticien hospitalier titulaire, ne se traduit pas pour autant par une évolution équivalente du temps médical à l'hôpital. En effet, l'augmentation des emplois de praticiens hospitaliers observée depuis 2002 résulte :

- de la diminution du temps médical disponible suite à la mise en œuvre du protocole Aménagement et Réduction du temps de travail (ARTT) de 2001⁸⁰ et de la directive du Conseil européen de 1993 sur le temps de garde⁸¹ ;
- de l'émergence de spécialités médicales. En effet, deux spécialités importantes se sont créées depuis la création du statut de PH : la médecin d'urgence et la médecine gériatrique ;
- des variations des flux des internes, auxquelles les hôpitaux ont pallié par le recrutement de médecins à diplôme étranger, devenus Praticiens adjoint contractuels (PAC), puis intégrés dans le corps des PH ;
- de la transformation d'emplois de PH à temps partiel ou d'emplois de praticiens contractuels en emplois de PH à temps plein.

Malgré cette augmentation du nombre de PH, le taux de vacance statutaire reste important. En effet, s'agissant des PH temps plein, le taux de vacance statutaire est estimé à 20,7%. Ce taux est variable en fonction des spécialités : il est de 10% en biologie, 19,7% en chirurgie, 20,5% en médecine, 22,2% en odontologie, 25,4% en psychiatrie et 33,6% en radiologie⁸². Cette vacance importante pèse plus ou moins sur l'organisation d'un service, mais augmente la charge réelle ou ressentie sur les praticiens restant. Si ce n'est pas le cas de l'hôpital de Gonesse, certains hôpitaux ont recours au « mercenariat ». Il provoque, souvent, une détérioration des organisations avec le recours à des praticiens sans attaches et sans évaluation des pratiques. Le Ministère des Finances évalue les dépenses nationales liées à ce phénomène à 67 531 845€ en 2011⁸³. Ce fonctionnement hors du commun pose également le problème de sécurisation des soins.

⁷⁹ CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2012, *Rapport d'activité*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 04 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012.pdf

⁸⁰ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers du 22 octobre 2001, [en ligne] [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/diapomedecin.pdf>

⁸¹ CONSEIL EUROPEEN. Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail [en ligne]. Journal officiel de l'Union européenne, n° 307 du 13 décembre 1993. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0104:fr:HTML>

⁸² CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2012, *Rapport d'activité*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 04 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012.pdf

⁸³ FHF Ile-de-France, *Réunion Intérim médical*, 16 juin 2013, Paris : FHF Ile-de-France, [visité le 30 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf-idf.fr/fr/la-conference-des-directeurs-des-affaires-medicales,34.html>

Dans son rapport de 2005⁸⁴, la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) a mis en exergue la faiblesse des systèmes de gestion et de pilotage du temps de travail médical. Face à un risque de pénurie de compétence médicale, il semble indispensable de disposer des moyens de « gagner du temps » médical.

Sur les 11 établissements franciliens interrogés, seuls 27% déclarent avoir choisi d'instaurer une politique spécifique de gestion du temps médical⁸⁵. Or, la juste connaissance du temps médical disponible par activité et par praticien a un impact majeur en termes de qualité, afin de garantir la continuité des soins, de répartir équitablement les missions entre les praticiens, mais également de respecter la réglementation, notamment s'agissant du repos de sécurité. Il existe également un objectif en termes d'efficience, portant sur le coût de la permanence des soins ou encore le coût du temps « hors soins », incluant la formation, ou l'enseignement. En effet, les contraintes financières croissantes imposent aux établissements de santé de limiter, entre autre, le coût des temps additionnels, en instaurant de la transparence dans l'usage de ceux-ci.

Par ailleurs, il est indispensable de connaître avec précision la ressource médicale disponible, dans le but d'appliquer, de façon stricte, les objectifs fixés dans le projet médical et de vérifier l'adéquation du besoin en ressource avec l'effectif réel.

Enfin, il s'agit de permettre à l'établissement de rendre compte de l'activité médicale. En effet, il semble essentiel de développer des outils, permettant de démontrer avec précision l'utilisation réelle de la ressource médicale, en vue de justifier toute création de postes, voire tout recrutement sur un poste vacant.

La MeaH⁸⁶ souligne, tout de même, dans son rapport une difficulté. La question de la gestion voire du décompte du temps de travail des médecins paraît « surréaliste » voire « incongrue » pour beaucoup de praticiens. Compter et décompter son temps de travail, l'organiser collectivement ne sont pas encore des pratiques intégrées dans la culture des praticiens. L'objectif de la gestion du temps médical est également de répondre au sentiment de perte de pouvoir et de légitimité des médecins hospitaliers en définissant des règles précises et partagées, en clarifiant les besoins, principes et outils efficaces au service d'une vision et d'une culture commune de la gestion du temps médical.

Néanmoins, si les médecins craignent, avec une gestion plus précise du temps médical, un accroissement du contrôle de l'administration sur leurs organisations, les Directions ne sont pas plus incitées à s'engager dans cette démarche, craignant, de leur côté, un phénomène inflationniste des demandes de temps médical supplémentaire.

2.1.2 Assurer une lisibilité du temps médical disponible pour faire des médecins les « acteurs » de leur propre carrière.

L'objectif n'est pas de retirer aux chefs de service leurs prérogatives d'organisation de l'unité de soins et de répartition des missions entre les praticiens, mais bien de savoir quels outils précis permettent d'évaluer les besoins et d'estimer le « potentiel de

⁸⁴ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, septembre 2005, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expérience*, Paris : MeaH, [visité le 15 juillet 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf

⁸⁵ Annexe n°12

⁸⁶ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, septembre 2005, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expérience*, Paris : MeaH, [visité le 15 juillet 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf

production » du service. Bien souvent, la question reste de savoir comment estimer l'effectif cible. Cette démarche débute par un recensement des besoins formalisés par le responsable d'unité, à la fois en termes de vacation et en termes de permanence des soins. Il s'agit de déterminer sur quelles activités se reporte le temps médical et en quelles proportions, afin de répartir, au mieux, les missions entre les praticiens. Cette méthode révèle deux inconvénients : l'amplitude du besoin est difficile à estimer, en dehors de la réalisation stricte des différentes activités du service, d'une part, et, d'autre part, la corrélation entre le besoin en ressource et le nombre d'ETP nécessaire relève d'un contrat de confiance passé entre le responsable de service et la Direction.

Si des ratios peuvent être élaborés en vue de comparer la dotation de différents services du territoire, le profil épidémiologique et sociologique de la population, ainsi que les voies de recrutement, mais également l'architecture de l'unité de soins, peuvent faire varier de façon importante l'activité médicale et la répartition des missions, et en conséquence le dimensionnement de l'équipe médicale y exerçant.

En termes de gestion du temps médical, le tableau de service semble un outil indispensable, devant être développé et faire l'objet d'une appropriation par l'hôpital de Gonesse, en vue de devenir un instrument d'anticipation et de prévision. Le tableau de service décrit sur une période donnée la répartition des missions entre les différents praticiens, et permet de définir une organisation de l'unité de soins, et de rendre lisible les modalités d'utilisation du temps médical. Il a comme missions de :

- réaffirmer le rôle du chef de service dans sa mission managériale d'organisation et de régulation de l'activité au sein du service ;
- intégrer l'exercice médical individuel du praticien dans une organisation d'équipe ;
- faire coïncider la réalisation des activités du service avec les besoins du pôle et de l'établissement.

Au sein du tableau de service, l'activité s'organise en service quotidien de jour suivi d'une astreinte à domicile, ou d'une permanence sur place. Par dérogation, le service quotidien de jour et la permanence sur place peuvent être organisés en temps médical continu. Les activités pouvant être organisées en temps continu sont explicitement limitées et se justifient par le fait que l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour et la nuit, tous les jours de l'année. Cela concerne les urgences, l'anesthésie, la réanimation, la néonatalogie, et la gynécologie obstétrique, lorsque plus de 2000 accouchements par an sont réalisés.⁸⁷

Au niveau hebdomadaire, le tableau de service permet plutôt de s'interroger, à travers une organisation type, sur la répartition des activités entre les praticiens du service, l'équilibre dans la prise en charge des contraintes de permanence ou encore la cohérence avec l'organisation du travail des soignants.

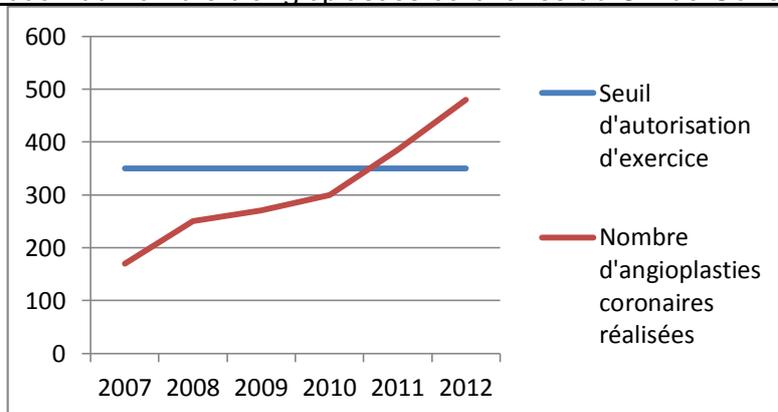
Au CH de Gonesse, certains services remplissent deux types de tableaux de service. Tout d'abord, un tableau informatisé par l'intermédiaire du logiciel E-GTT, et transmis par les chefs d'unité de soins aux services des Affaires médicales, a été mis en place. Il permet de définir, au niveau individuel, la répartition entre les différents types d'exercice,

⁸⁷ MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ET MINISTERE DELEGUE AU BUDGET ET A LA REFORME BUDGETAIRE. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [en ligne]. Journal officiel, n°102 du 2 mai 2003. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=45657CC774580A36B071D9934556E5AF.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT00000602745&categorieLien=id

tels que la présence au CH, le travail en dehors du CH, l'activité d'intérêt général, l'activité libérale, l'enseignement, et la formation continue. Il doit également permettre de définir la nature des absences : repos hebdomadaire, jour RTT, congé annuel, congé maladie (CM), compte épargne temps (CET), etc. Néanmoins, il ne permet pas d'avoir une visibilité précise sur le temps de travail prévisionnel⁸⁸. Il existe, d'autre part, des tableaux de service, élaborés localement, par les responsables d'unités, afin de répartir les différentes activités médicales du service entre les praticiens. Ce tableau n'est, quant à lui, pas transmis aux services des affaires médicales⁸⁹.

Au Centre Hospitalier de Gonesse, l'activité de cardiologie interventionnelle a été menacée d'arrêt, en 2011, par l'ARS Ile-de-France, en raison du manque d'activité réalisée. En effet, le seuil d'autorisation d'exercice s'agissant du nombre d'angioplasties coronaires était de 350, et le nombre d'actes réalisés par le service était inférieur. Suite aux délais accordés par l'ARS, en vue de démontrer que le service devait faire face à une telle demande et que les compétences étaient disponibles pour y répondre, une réorganisation totale du service a été engagée, notamment marquée par l'arrivée d'un nouveau responsable de service et une réorientation des objectifs managériaux, visant à réduire les tensions entre les médecins et à réorganiser la répartition des missions et rôles des praticiens. Pour le nouveau chef de service, les tableaux de service ont été un outil indispensable en vue de réaliser un suivi d'activité pour l'ensemble des cardiologues, la définition d'objectifs cibles d'activité et le contrôle de la réalisation de l'activité. Par exemple, le responsable de service a imposé un nombre minimum de huit patients, par plage de consultation et par praticien, dont six programmés et deux urgences, en vue d'augmenter le potentiel de recrutement pour l'activité programmée d'angioplasties coronaires. Les résultats de cette réorganisation ont été rapides, permettant, dès 2011, de répondre aux engagements passés auprès de l'ARS.

Evolution du nombre d'angioplasties coronaires au CH de Gonesse⁹⁰



En plus de permettre la validation de l'autorisation d'exercice de cette activité, la réorganisation engendrée a eu un effet bénéfique pour l'ensemble du service. La durée moyenne de séjour est ainsi passée de 9 à 3,5 jours en moins de deux ans.

Une sous-commission de la COPS a été créée, en 2013, en vue de réaliser un audit des tableaux de service au sein de l'établissement. La mission de la COPS étant, selon l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la

⁸⁸ Annexe n°7

⁸⁹ Annexe n°8

⁹⁰ Rapport d'activité de 2007 à 2012

continuité de la permanence des soins⁹¹, de préparer « *l'organisation des activités et du temps de présence médicale* », l'objectif de cette sous-commission est de pouvoir lier la déclaration des plages additionnelles et de CET avec les résultats de l'analyse des tableaux de service, mais aussi de vérifier l'adéquation entre le temps médical et l'organisation des activités, ainsi que la compatibilité entre l'effectif médical et ces activités. Il s'agit, enfin, de s'assurer du caractère équitable de la répartition des effectifs médicaux entre les services, et donc d'évaluer la charge de travail pesant sur les praticiens des services.

Le Centre Hospitalier de Saint-Denis⁹² a mis en place des tableaux de service mensuels. Ils ont pour objectif de suivre la présence des praticiens à l'hôpital aussi bien que de travailler sur les organisations et le temps de travail. En effet, les tableaux présentent également la répartition des missions par activités (consultation, Bloc opératoire, staff, etc.) et par praticien. Une réflexion a également été menée en vue d'intégrer un temps de « vie institutionnelle » ou « temps administratif ».

Au niveau annuel, la modélisation de tableau prévisionnel d'activité a pour objectif de construire une représentation globale des variations d'activité sur une année, afin d'apprécier l'adéquation d'ensemble entre les besoins et les ressources disponibles et d'agir sur la programmation du temps. Il s'agit également d'évaluer la variation de la charge de travail pesant sur les praticiens d'un service au cours d'une année. L'analyse de l'activité médicale sur une année peut se fonder sur une extrapolation des données représentatives des années passées.

La modélisation de l'activité annuelle d'un service ne signifie pas nier la dimension aléatoire de l'activité médicale, ni la nécessité de conserver une souplesse de fonctionnement pour prendre en compte la variabilité des situations des patients. Il s'agit, en recherchant l'organisation la plus efficace possible des activités prévisibles et programmables, d'inscrire l'activité de chaque praticien dans un ensemble de repères collectifs pouvant faciliter son activité, en assurant la nécessaire cohérence entre les différentes activités individuelles, en adaptant au mieux la répartition des ressources et compétences médicales à l'activité, et en donnant au personnel non médical du service une visibilité suffisante sur l'organisation d'ensemble du service.

Si l'élaboration de tableaux annuels prévisionnels d'activité facilite l'anticipation des évolutions devant être apportées à l'organisation du service, elle permet également d'étudier les variations des charges de travail pesant sur les praticiens du service au cours d'une année. La MeaH propose, dans son rapport de 2005⁹³, l'analyse de ratios entre les indicateurs d'activité retenus d'un service et les volumes de jours disponibles. Ainsi, l'étude de la charge de travail d'un service de l'hôpital de Gonesse peut être réalisée. Plusieurs ratios peuvent être calculés, en rapportant le nombre mensuel obtenu

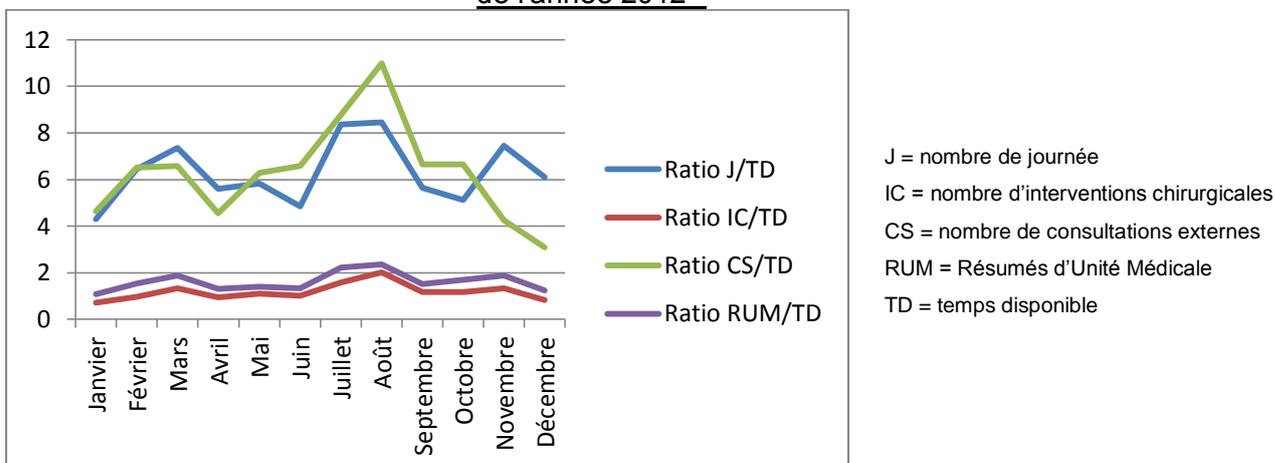
⁹¹ MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ET MINISTERE DELEGUE AU BUDGET ET A LA REFORME BUDGETAIRE. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [en ligne]. Journal officiel, n°102 du 2 mai 2003. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=45657CC774580A36B071D9934556E5AF.tpdjo17v_2?cidTexte=JO RFTXT000000602745&categorieLien=id

⁹² VAUCONSANT C., Direction des Affaires Médicales de Saint-Denis, [interrogée le 12/09/2013]

⁹³ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, septembre 2005, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expérience*, Paris : MeaH, [visité le 15 juillet 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf

par activité au temps disponible correspondant⁹⁴. La mise en graphique de ces ratios permet de visualiser l'évolution de la charge de travail par activité au sein du service.

Evolution d'indicateurs de charge de travail d'un service de l'hôpital de Gonesse, au cours de l'année 2012⁹⁵



L'évolution de ces ratios au cours de l'année esquisse les mêmes tendances.

Plusieurs éléments méthodologiques doivent être précisés. L'utilisation de différents indicateurs d'activité semble indispensable pour obtenir une représentation graphique de l'évolution de la charge de travail pouvant être considérée comme théorique. Il faut, de plus, ajouter que la charge de travail représentée est bien la charge théorique et non la charge ressentie par les praticiens. De plus, il est à noter qu'il s'agit d'un service en temps continu, où le temps de garde n'est donc pas assimilable à du temps de journée. Enfin, l'étude se basant sur les tableaux de service déclarés aux services des affaires médicales, ils ne prennent pas en compte l'activité réalisée par les internes.

La collecte des informations permet de comparer la charge de travail par période. L'objectif est de mieux percevoir les conséquences des choix organisationnels dans la répartition des ressources médicales et d'évaluer le coût de l'activité en personnel médical, tout en ayant une réflexion globale sur l'organisation des équipes médicales en termes d'effectifs minimums et de qualifications. En effet, le système de tableaux de service permet d'analyser l'existant et de réajuster les situations en cas de difficultés, mais également de répartir les contraintes sur l'ensemble des praticiens. Dans l'analyse des vecteurs de fidélisation d'un service, l'évolution de la charge de travail peut ainsi être estimée et faire l'objet d'une comparaison sur plusieurs années. Cette étude est, néanmoins, chronophage et se heurte à l'absence de culture de négociation et de dialogue portant sur les organisations, entre les médecins et l'administration.

La mise en œuvre d'outils, tels que les tableaux de service prévisionnels, suscite une profonde remise en cause de la culture médicale et de la représentation que les médecins se font de la gestion de leur temps de travail. Les praticiens sont souvent réticents *a priori* à une démarche de saisie et de suivi du temps. D'une part, ils estiment souvent qu'elle constitue une forme de contrôle de la part de l'administration qui leur fait perdre de l'autonomie voire les "fonctionnarise"⁹⁶. L'intervention d'un médecin du CH de Gonesse

⁹⁴ Annexe n°5

⁹⁵ Idem

⁹⁶ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, septembre 2005, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expérience*, Paris : MeaH, [visité le 15 juillet 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf

lors d'une réunion de la COPS, portant sur le lien devant être établi entre tableau de service, organisation de l'unité et temps de travail, est révélatrice, celui-ci demandant « *de quel droit la COPS peut dire qu'une organisation est mauvaise ?* »⁹⁷. Les praticiens peuvent, en effet, interpréter la gestion du temps de travail comme une forme de défiance et de remise en cause de leur autonomie, pouvant parfois conduire à un sentiment de dévalorisation ou encore à une démotivation et un désinvestissement professionnel. D'autre part, ils souhaitent consacrer moins de temps aux tâches de gestion administrative.

Ce constat justifie le travail d'explication et d'argumentation vers les praticiens, pour tenter de lever les réticences et faire apparaître la valeur ajoutée qu'ils peuvent retirer de cette démarche. Ainsi, la mise en œuvre d'une politique renforcée de gestion du temps médical doit s'accompagner d'une communication ciblée, tendant à expliquer :

- la nécessité de déclarer son temps pour pouvoir bénéficier du temps additionnel ;
- l'avantage constitué par une meilleure visibilité du temps pour argumenter les demandes de moyens auprès de l'ARS ;
- le fait de ne pas utiliser les données dans une logique strictement de contrôle ;
- une validation décentralisée des données au niveau du service, évitant un regard administratif direct ;
- l'engagement d'une évaluation permettant d'ajuster les organisations au vu d'un bilan objectif ;
- la possibilité d'instaurer une contractualisation entre le praticien et le service ou le pôle, afin de faire corrélérer les attentes des médecins avec les besoins de l'unité.

Certains hôpitaux intégrés dans ce type de démarches ont fait le choix d'élaborer une charte de gestion du temps médical. Les objectifs sont, à la fois, la clarification et harmonisation des règles de gestion et de décompte (obligation de services, valorisation de la permanence des soins, déclaration des absences, temps « hors soins », tels que la formation, recherche, temps hors structure), mais également la diffusion et communication institutionnelle, rappelant les usages et bonnes pratiques. En effet, les modalités pratiques de fonctionnement et les outils utilisés peuvent être assez différents d'un service à un autre. Le diagnostic peut donc mettre en évidence des iniquités et hétérogénéités, source de frictions entre médecins et de difficultés pour l'administration. La volonté de résoudre ces difficultés amènera plus facilement les médecins à accepter de nouveaux principes et modalités de fonctionnement plus homogènes et équitables.

L'élaboration de tableaux de service permet ainsi de distinguer la charge de travail individuelle et l'activité collective de production de soins assurée par le service dans sa globalité. Elle ouvre la perspective d'une contractualisation élargie entre la direction de l'hôpital et le service, du type "contrat d'objectifs", mais également de formaliser le lien contractuel entre le projet de l'équipe et l'attente du praticien, en intégrant une individualisation des parcours professionnels. Ce contrat constitue un outil de transparence, de partage des droits et devoirs, de reconnaissance en fonction des engagements individuellement consentis, et doit permettre d'adapter l'organisation du service en fonction des souhaits d'exercice de chaque praticien. Ils peuvent également définir les conditions de réalisation et d'indemnisation du temps additionnel, le choix entre rémunération et récupération ou versement au Compte Epargne Temps (CET) des temps additionnels (en fonction des contraintes et des nécessités de service), et le choix entre indemnisation ou récupération des astreintes. Ainsi, Raymond Le Moign, sous-directeur des ressources humaines du système de santé à la direction générale de l'offre de soins

⁹⁷ Compte-rendu de la COPS du 11/06/2013

(DGOS), a déclaré, lors des Rencontres RH de la Santé, qu'il était nécessaire « *d'ouvrir un chantier sur le système de décompte du temps de travail des praticiens hospitalier* ». Il propose l'introduction d'une contractualisation du temps de travail additionnel, avec l'accord explicite du praticien. Par ailleurs, la prise en compte du temps de travail effectif réalisé lors des astreintes s'effectue selon le choix préalable du praticien, soit dans le cadre de ses obligations de service, soit en temps de travail additionnel (rémunéré, récupéré, ou versé sur un CET)⁹⁸.

Enfin, l'objectif est l'appropriation totale de l'outil par le corps médical, en vue de permettre aux praticiens, et notamment à certains responsables de service et/ou chefs de pôle, de se positionner comme managers de leur équipe et de pouvoir mieux répartir les ressources en personnel de leur service. Afin que la Gestion des ressources humaines médicales devienne participative, la MeaH⁹⁹ propose d'organiser un entretien annuel entre les praticiens et le responsable de service et/ou chef de pôle, afin de faciliter l'examen conjoint des objectifs relatifs aux activités et les souhaits des médecins concernés.

L'individualisation des parcours professionnels est un vecteur fort d'attractivité et de fidélisation du personnel médical. En outre, elle rend possible l'instauration d'une contractualisation entre le praticien et l'établissement, regroupant à la fois le projet individuel d'exercice médical et les besoins formulés de l'établissement. L'hôpital de Gonesse se situe encore trop en amont de cette démarche.

⁹⁸ LE MOIGN R., 2013, *Rencontres RH de la Santé*, 26 septembre 2013, Paris : FHF

⁹⁹ MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, septembre 2005, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expérience*, Paris : MeaH, [visité le 15 juillet 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf

2.2 Favoriser une territorialisation de la gestion des ressources humaines médicales pour répondre aux besoins de santé et diversifier les parcours des professionnels médicaux

La coopération entre établissements de santé, centrée sur un projet médical de territoire, peut permettre de proposer aux médecins, des carrières diversifiées, aussi bien en termes d'activité que de modularité d'exercice. Elle assure à l'établissement la possibilité d'organiser la ressource médicale avant d'en subir les lacunes. En effet, les coopérations permettent de mieux gérer les problèmes de recrutements (postes médicaux partagés, consultations avancées, télémédecine, etc.) et d'affronter les contraintes budgétaires en rationalisant les filières de soins. Lors des entretiens réalisés, tous les médecins ont souligné le fait que l'offre de soins est bien le vecteur d'attractivité des praticiens, les incitant à développer leur exercice. Il s'agit donc de regrouper les acteurs de santé, afin de réorganiser l'offre de soins et de proposer des parcours professionnels plus attractifs. Toutefois, les coopérations inter-établissements réclament un important travail de pédagogie et de conviction, afin qu'en soient appréhendés collectivement les enjeux. Elles doivent être pérennes, et ne pas relever d'une politique d'affichage opportuniste, ou constituer une coopération « palliative ». Enfin, les chances de succès sont accrues, si les praticiens en perçoivent la plus-value.

2.2.1 Un projet médical territorial, nouvelle conception de l'offre de soin, ...

L'élaboration d'un projet médical territorial se fonde sur une appréhension du territoire, à la fois, comme un facteur d'attractivité et un cadre sécurisant du déroulement d'une carrière, d'une part, et comme un nouvel espace de développement de l'équipe médicale, d'autre part.

La construction d'une coopération territoriale vise à surmonter les difficultés que rencontrent les établissements en développant des stratégies partagées à l'échelle du territoire et en mutualisant les moyens et les ressources. Pour réunir les conditions de réussite d'une coopération, la définition d'une stratégie commune est nécessaire. En effet, la mise en œuvre d'objectifs communs établis à partir de la stratégie favorise le développement de synergies entre les différents sites des établissements tout en respectant et en sauvegardant l'identité de chacun. L'objectif commun est bien d'améliorer la qualité et la performance des soins délivrés aux patients au meilleur coût. Pour cela, le regroupement de certaines activités permet de garantir davantage la sécurité de l'offre de soins.

Les coopérations se construisent autour d'un projet médical commun, élaboré par les équipes médicales et soignantes, en collaboration avec la direction puis porté par l'institution. Celui-ci se fonde sur une connaissance précise de l'offre de soins locale, des particularités sociologiques et géographiques du bassin de vie, des historiques et cultures d'établissement. La satisfaction des besoins de santé de la population, la connaissance des taux de fuite, la territorialisation du parcours de soins doivent être également la pierre angulaire du projet médical de territoire ou d'infra-territoire.

La définition d'un projet médical territorial doit s'adosser à une profonde réflexion sur l'analyse des besoins de la population identifiés dans le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS). Ainsi, à titre d'illustration, le Schéma régional sanitaire d'Ile-de-France de

juin 2010¹⁰⁰ préconise la mise en place de filière de cardiologie dans lesquelles plusieurs acteurs de la cardiologie devraient s'inscrire. Celles-ci seraient organisées autour de « centres intégrés », permettant une prise en charge « polyvalente et complète » des patients dans des structures disposant de l'ensemble des plateaux techniques et personnels qualifiés en cardiologie. Cette création permettrait d'obtenir une graduation de l'offre de soins et donc une meilleure qualité de prise en charge. Cette recommandation pourrait faire l'objet d'une réflexion approfondie au Centre Hospitalier de Gonesse, en raison, d'une part, de coopérations préexistantes portant sur ce domaine d'activité médicale et, d'autre part, des difficultés récemment connues pour atteindre certains seuils d'activité imposés par la réglementation.

Le destin d'une structure de coopération est substantiellement lié à une réflexion stratégique sur le territoire de santé. Le rapprochement de ses futurs membres est conditionné à une analyse rationnelle des avantages et des compromis auxquels les établissements seront confrontés. Elles n'ont pas vocation à préserver par principe à l'identique l'ensemble de l'offre proposée par chacun des établissements membres de la coopération. Toutefois, quel que soit l'objectif affiché de la coopération, celle-ci doit s'attacher à rechercher un équilibre financier individuel de chacun des établissements, sans méconnaître les besoins réels de la population. Les coopérations entre établissements se doivent d'être contractuelles et équilibrées. La redistribution des activités présuppose que chaque établissement s'engage de manière loyale et volontaire dans une logique de partage des informations tout en préservant son autonomie. Tant sur le volet financier que sur le volet identitaire, culturel, social, les établissements ne doivent pas se sentir lésés par le compromis de la coopération.

La mise en place d'une coopération nécessite de se placer dans une relation « gagnant-gagnant » entre les parties prenantes. Pour ce faire, la réciprocité est indispensable. Cette relation « gagnant-gagnant » ne signifie pas que les établissements soient nécessairement de même taille. Seules les activités développées doivent être complémentaires, afin de construire une offre de soins complète mais non redondante. Il faut distinguer les activités de proximité, telles que la gériatrie par exemple, et les activités de recours, à l'image de la filière de prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

La particularité de la région Ile-de-France, avec la présence de l'APHP, pose la question des coopérations de façon différente que pour le reste de l'Hexagone. Le dialogue naissant entre les hôpitaux de l'APHP et ceux de la « couronne » parisienne rend complexe la mise en place de partenariats médicaux, tels que décrit par Gisèle CALMES¹⁰¹ entre le CHU de Dijon et les Hôpitaux généraux environnants de la région Bourgogne.

La mutualisation du personnel médical par la coopération est un premier outil de mise en place d'un projet médical territorial. Le Code de la Santé publique¹⁰² dispose que : « *dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des*

¹⁰⁰ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, octobre 2011, *Plan stratégique du Projet régional de santé d'Ile-de-France*, Paris : ARS Ile-de-France, [visité le 10 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/psrs-idf-2011.pdf>

¹⁰¹ CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127

¹⁰² Article L6134-1 du Code de la Santé publique

groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières ». Les coopérations entre établissements publics sont les plus logiques, sans être les plus évidentes ou les plus simples à mettre en œuvre. Elles peuvent permettre le partage d'équipements lourds, le maintien d'un plateau d'imagerie performant, l'organisation plus équilibrée de la permanence des soins, etc. Elles s'avèrent souvent complexes, pour des raisons à la fois techniques, juridiques et culturelles.

Dans un ouvrage collectif, Gisèle CALMES¹⁰³ décrit la mise en œuvre d'un premier niveau de coopération entre établissements, à l'initiative du CHU de Dijon. Il s'agit d'une charte de bonnes pratiques entre les établissements d'un même territoire pour définir des plafonds et planchers de rémunération des nouveaux praticiens recrutés. Les démarches d'harmonisation ont eu pour objectif de formaliser dans un document une vision commune d'un noyau de règles, tout en maintenant l'autonomie des établissements dans la mise en œuvre détaillée de certaines règles, de façon à respecter les spécificités de chaque contexte.

Pour les acteurs concernés, la mise au point d'un référentiel commun présente des avantages de plusieurs ordres. Tout d'abord, elle limite les effets de concurrence entre établissements qui résulteraient d'applications de règles plus ou moins avantageuses selon le cas. Ceci apparaît particulièrement important pour les établissements qui souffrent d'une attractivité limitée et éprouvent des difficultés de recrutement. D'autre part, elle paraît indispensable pour des établissements qui développent des partenariats et des fonctionnements en réseau (mutualisation d'astreintes, partage de temps médical, conventions de coopération sur des activités, ..), afin d'éviter des incohérences de gestion entre les différents médecins issus des établissements partenaires. Enfin, son élaboration concertée permet de prendre en compte la diversité des situations selon la taille, l'activité ou la localisation.

L'ANAP¹⁰⁴ regroupe schématiquement les coopérations en trois grandes catégories :

- les « coopérations-filières », construites autour de la prise en charge d'une pathologie ou d'un profil de patient
- les « coopérations-efficience », permettant de réaliser des gains d'économies, sans réduire l'offre de soins territoriale. Ainsi, la mutualisation des astreintes ou permanences, avec d'autres établissements proches, permet de répartir la contrainte sur un plus grand nombre de médecins, et donc d'améliorer la qualité de vie de ceux-ci tout en garantissant la qualité de la permanence des soins.
- les « coopérations-isolement », ayant pour vocation de faire face à l'isolement géographique d'un ou plusieurs établissements sur leur territoire. Les coopérations établies visent à rechercher une masse critique permettant la construction d'un projet médical de territoire cohérent, d'attirer et stabiliser des professionnels de santé, et enfin d'associer les partenaires médico-sociaux à la démarche.

Les objectifs poursuivis par les différents types de coopérations sont divers, mais toutes partent de l'analyse d'une difficulté, d'un manque ou de la volonté de maintenir ou d'améliorer l'offre de soins ou encore de rendre le système plus efficient. Cette démarche de recomposition de l'offre de soins est encouragée au niveau national, comme l'illustre la création d'un observatoire des Groupements de coopération sanitaire (GCS) et celui des

¹⁰³ CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127

¹⁰⁴ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Paris, [visité le 05 août 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Anap_Guide_cooperations_Part1.pdf

Communautés hospitalières de territoire (CHT)¹⁰⁵. Elle doit être l'occasion de repenser l'attractivité des territoires, en termes de parcours de carrière pour les personnels de santé.

Plusieurs instruments sont à la disposition des établissements de santé, dans l'objectif de constituer des partenariats et coopérations.

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) est le support d'une coopération entre établissements publics, devant répondre aux besoins de territorialité des centres hospitaliers. Depuis la loi HPST, les établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités. Cette coopération s'effectue notamment grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et par le biais de la télémédecine.

Titulaires de la personnalité morale, les GCS constituent le mode privilégié de la coopération organique entre établissements publics et privés. La loi HPST a opéré une distinction entre le « GCS de moyens » et le « GCS établissement de santé » qui est autorisé à exercer, en son nom, une ou plusieurs activités de soins, et préfigurent souvent une fusion. Ces groupements susceptibles d'être titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins permettent une intervention croisée des professionnels de santé relevant de statuts différents exerçant dans une même institution. C'est donc un outil de coopération ouvert au secteur sanitaire mais aussi au secteur médico-social et à la ville, un instrument de décloisonnement des acteurs et des secteurs. La création du statut d'établissement de santé s'accompagne d'un transfert des autorisations correspondantes détenues par ses membres. Il est titulaire des autorisations de soins et se substitue donc à ses membres pour les activités de soins dont il détient l'autorisation.

Le guide ANAP sur les coopérations¹⁰⁶ donne l'exemple d'un GCS, constitué entre le Centre hospitalier de Montreuil-sur-Mer et la Fondation Hopale (Participant au service public hospitalier, PSPH), en raison de leur complémentarité reconnue dans près de 95 % de leurs activités. En collaborant, ils constituent désormais un pôle puissant et attractif dans la zone sud du bassin du Littoral, capable de faire face à deux difficultés majeures : l'évolution défavorable de la démographie médicale ; le coût élevé des équipements et matériels hospitaliers, adossé à l'exigence du renouvellement de ces équipements, dans le cadre d'évolutions technologiques permanentes.

Le GCS et CHT peuvent être associés avec le but de renforcer les outils territoriaux du projet médical. Ainsi, l'ANAP¹⁰⁷ présente le projet de CHT-GCS Cévennes-Gard-Camargue : le CHU de Nîmes, les Centres hospitaliers d'Uzès, de Bagnols-sur-Cèze et de Pont-Saint-Esprit souhaitent développer une CHT afin de définir un projet médical commun centré sur la recomposition de l'offre de soins en filières identifiées, dont la prise en charge des AVC, les urgences cardiologiques, l'oncologie, la gériatrie ou la périnatalité.

La mise en place de tels outils impose néanmoins à l'ensemble des acteurs concernés, directions, responsables médicaux et médecins, de dépasser la concurrence, plus ou moins latente, existante entre les établissements d'un même territoire. En effet, le regroupement des parts de marché, engendré par la coopération, induit un

¹⁰⁵ Instruction DGOS/PF3 n°2013-213 du 28 mai 2013 relative à l'ouverture de l'observatoire des groupements de coopération sanitaire et de l'observatoire des communautés hospitalières de territoire et à l'évolution de l'observatoire des maisons de santé

¹⁰⁶ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Paris, [visité le 05 août 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Anap_Guide_cooperations_Part1.pdf

¹⁰⁷ Ibid.

rapprochement indispensable des structures, à la fois en termes juridique, économique, culturelle et humain. A titre d'exemple, en 2010, les hôpitaux de Gonesse et Aulnay-sous-Bois ont fait intervenir un cabinet de Conseil, afin d'étudier la possibilité de mise en œuvre d'une CHT. L'analyse a porté à la fois sur des indicateurs d'activité et les organisations, mais également sur les bassins de population sur lesquels étaient fondés l'essentiel des recrutements des deux structures, ainsi que les parts de marché de chacun par spécialités médicales. L'audit démontrait que, positionnés de part et d'autre du bassin de recrutement, les deux établissements avaient la possibilité de développer plusieurs axes de coopération. La mutualisation d'équipes médicales, dans des domaines tels que la chirurgie pédiatrique ou l'orthopédie, sur des prises en charges spécifiques, telles que les prothèses de hanche et de genoux, était prioritaire à envisager. D'autres coopérations étaient également concevables, dans les domaines de chirurgie thoracique et l'urologie. Malgré l'accompagnement proposé par le cabinet d'audit, la mise en place des coopérations n'a pas eu lieu, en raison de la défiance mutuelle et de différences culturelles nourries par les deux établissements.

Deux autres modalités de coopération peuvent inciter les établissements à organiser la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

Les fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) ont été créées en 1991¹⁰⁸, transposant au niveau des coopérations entre établissements la formule des « fédérations de service », pour favoriser les coopérations ciblées entre services et/ou départements. L'objectif est de permettre le rapprochement d'activités médicales dans deux ou plusieurs centres hospitaliers. Elles permettent ainsi de formaliser, sous forme conventionnelle, l'organisation de filières de soins dans certaines disciplines, notamment entre établissements d'un même territoire associant la prise en charge de proximité ou établissement de recours. Elle doit s'organiser autour d'une mutualisation des moyens médicaux (appui apporté aux établissements de proximité, consultations avancées, accès facilité aux plateaux techniques, etc.), la définition de protocoles communs de prise en charge de patients atteints de certaines pathologies, et l'organisation de la continuité et de la permanence des soins.

La Convention de partage de Praticien Hospitalier est organisée par un arrêté du 17 octobre 2001¹⁰⁹. Elle donne à deux ou plusieurs établissements la possibilité de maintenir ou développer une activité de soins. Ce partage se réalise par convention entre les différents établissements concernés. L'incitation des médecins à travailler en réseaux est ainsi double :

- En termes financiers, d'une part, avec la possibilité de verser une prime en raison de l'exercice de l'activité sur plusieurs sites
- En termes de modularité de carrière, d'autre part, puisque l'exercice d'une activité sur différents établissements offre l'opportunité d'un exercice varié pouvant attirer certains praticiens malgré son caractère nomade.

A l'hôpital de Gonesse, des partenariats et coopérations ont été élaborés pour pallier les difficultés rencontrées. Ceux-ci sont néanmoins ponctuels et ne sont pas la traduction

¹⁰⁸ Article L6135-1 du Code de la santé publique

¹⁰⁹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux odontologiques et pharmaceutiques et précisant, d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution, à certains de ces praticiens, médecins, odontologistes ou pharmaciens de l'indemnité prévue pour l'exercice de cette activité. [en ligne]. Journal officiel, n°249 du 26 octobre 2001. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B4B0D73AED6447FFC3EC08ABE40D3B51.tpj08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000225462&categorieLien=id

d'une cohérence et stratégie globale. Les partenariats et coopérations médicales mis en place au CH de Gonesse sont de plusieurs ordres et recherchent différents objectifs.

La prise en charge chirurgicale du cancer fait l'objet d'une convention entre l'hôpital de Gonesse et le centre hospitalier de Saint-Denis. En effet, l'activité chirurgicale de traitement des cancers doit être en conformité avec les dispositions afférentes du Code de la Santé Publique¹¹⁰, présentant les modalités d'autorisation d'exercice de cette activité. Or, suite aux visites de conformité effectuées dans chacun des deux établissements, il ressort que le seuil réglementaire opposable concernant la chirurgie des cancers du sein n'a pas été atteint en moyenne entre 2008 et 2010. L'objet de la coopération est donc d'assurer la permanence des soins et de garantir un accès universel et rapide aux soins. Dès lors, la convention signée en 2012¹¹¹, prévoit deux transferts d'activité : l'activité chirurgicale de cancer du sein est assurée par le Centre Hospitalier de Saint-Denis et l'activité chirurgicale carcinologique gynécologique du petit bassin est orientée sur le CH de Gonesse. Si ces coopérations ont vocation à pallier le déficit d'activité de certaines spécialités, elles ne révèlent pas de cohérence globale, ni un affichage institutionnel particulier quand au développement de coopérations avec un établissement.

La volonté de pallier les effets de la démographie médicale peuvent constituer un vecteur de coopération et partenariat. La construction de relations privilégiées de confiance avec un établissement sont une base indispensable pour abaisser les barrières culturelles préexistantes et constituer ainsi une opportunité de modularité de carrière pour les professionnels médicaux.

Le projet médical de territoire mis en place à l'initiative des établissements constitue la situation la plus favorable. Néanmoins, l'articulation avec l'ARS est indispensable. La circulaire DHOS du 26 juillet 2002¹¹² a fortement incité les ARH à « *pallier la diminution du temps de travail des praticiens* » en « *encourageant les efforts de restructuration globale de l'offre de soins* » par territoire. L'ARS doit pouvoir apporter caution, validation et soutien lorsque les conditions sont réunies. Cet appui de l'agence doit pouvoir se concrétiser par des financements, facilitant à la fois la mise en œuvre du projet et son suivi.

En cas de carences anticipables, l'ARS doit jouer son rôle d'initiateur, d'incitateur si aucune coopération ne se dessine et met en péril l'offre de soins. La situation de l'activité de cardiologie sur le territoire de Gonesse en est un exemple. Ainsi, compte tenu des constats des taux de fuites en cardiologie dans l'ex-territoire de santé 95-2, de la diminution dans ce secteur du nombre des cabinets libéraux de cardiologie et des besoins sanitaires à satisfaire pour les populations, d'une part, et suite au constat effectué par ses services de l'insuffisance d'activité en actes interventionnels sous imagerie médicale de la part des praticiens du service de cardiologie du CH de Gonesse au regard des seuils prévus, d'autre part, l'ARS Ile-de-France a souhaité intervenir. Dès 2011, celle-ci a expressément demandé à l'hôpital de Gonesse de rechercher l'appui et la collaboration d'un établissement proche géographiquement et dûment autorisé à exercer l'activité de cardiologie interventionnelle pour parvenir à une augmentation d'activité de cathétérisme au CH de Gonesse. Cette coopération avait pour objectif d'atteindre rapidement et

¹¹⁰ Articles R6123-87 et suivants et D6124-131 du Code de la Santé Publique

¹¹¹ Annexe n°6

¹¹² MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/M 2 n°2002-425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers [en ligne]. Texte non paru au Journal officiel. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-36/a0362974.htm>

durablement le seuil prévu par la réglementation et ainsi de justifier du renouvellement et du maintien d'une autorisation administrative d'exercice de cette activité¹¹³. L'hôpital a choisi de se rapprocher du Centre cardiologique du Nord, établissement privé à but lucratif. La Convention indique qu'en cas de succès de la coopération conventionnelle, la constitution d'un GCS pourra être envisagée¹¹⁴. Cette convention est toujours en vigueur et tacitement reconduite tous les deux ans.

Face à la nécessité de maîtrise des coûts, deux logiques peuvent s'opposer, en vue d'assurer une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de garantir une offre de soins de proximité : utiliser une méthode coercitive face aux structures et établissements pour les inciter à modifier leur organisation, telle que le retrait d'autorisations d'exercice ; ou encourager les démarches de travail en commun pour aider à une restructuration plus souple mais tout aussi volontariste. La perspective de construction de parcours de soins attractif pour les médecins peut être au cœur de ces démarches, permettant ainsi aux médecins d'envisager leurs carrières non plus au sein d'un établissement mais au sein d'un territoire.

Emmanuel Vigneron s'interrogeait dans la revue *Gestions Hospitalières*¹¹⁵ sur « *“le” niveau pertinent, “la” maille idéale* » sur laquelle peut se construire une coopération pérenne. Il conclut « *les questions de santé montrent assez qu'il n'y a pas “un” niveau pertinent d'administration mais plusieurs niveaux en fonction de la nature des problèmes posés.*»

2.2.2 ... visant à diversifier les parcours des professionnels médicaux

Quels que soient les objectifs de la coopération entre établissements de santé, elle doit favoriser la diversité des carrières et offrir des parcours professionnels plus diversifiés et plus riches pour les médecins. Le territoire offre la possibilité de développer de nouveaux modes d'exercice médical, pouvant se révéler attractifs, en garantissant des recrutements de patient diversifiés et en assurant des réponses face au phénomène de sur-spécialisation des médecins.

La constitution d'équipes médicales territoriales est un facteur d'attractivité, en ce qu'elles constituent une nouvelle façon de concevoir l'offre de soin. Lorsqu'elles s'organisent entre des structures de tailles différentes, elles permettent d'augmenter l'attractivité de postes situés en périphérie de structures de recours. Une gestion prévisionnelle des métiers et compétences est alors nécessaire pour proposer au plus tôt des parcours professionnels aux jeunes praticiens en cours de formation. Dès lors, ils associent alors travail en équipe (réunion de service, réunion de concertation pluridisciplinaire), prise de responsabilité, et peuvent s'appuyer à la fois sur une activité plus diverse, en élargissant le bassin de recrutement, en développant des modalités de prise en charge variés (consultations avancées, activité de proximité, activité de recours), en organisant une gradation des soins et en appliquant un principe de subsidiarité. Ces organisations valorisent les établissements de proximité en étoffant des équipes médicales, et en apportant une expertise complémentaire. Elles facilitent l'accès à des plateaux médico-techniques de recours et structurent des filières de soins publiques. De plus, elles permettent le développement de techniques médicales particulières, peuvent autoriser des activités

¹¹³ Article R.6123-128 code de la santé publique

¹¹⁴ Annexe n°4

¹¹⁵ VIGNERON E., août-septembre 2009, « Aménagement du territoire et efficience – Quels niveaux de territoires pour la santé ? », *Gestions Hospitalières*, n° 488, pp. 449-452

soumises à seuil que les établissements ne pourraient atteindre individuellement. Enfin, elles peuvent parfois alléger la charge de permanence des soins et réduire le taux de fuite des établissements de recours en internalisant le parcours patients, organisé autour de réseaux, filières ou secteurs. Trop peu d'établissements publics ont actuellement recours aux équipes médicales territoriales. En effet, 27% des 11 établissements franciliens interrogés déclarent disposer d'un tel dispositif.

Le Projet Régional de Santé Ile-de-France¹¹⁶ fixe comme objectif la mise en place d'un projet d'« Universitarisation », c'est-à-dire la construction de relations hospitalo-universitaires plus étroites. Le CH de Gonesse a inscrit cette perspective dans son projet médical 2013-2017 et doit se saisir de cette opportunité rapidement, en vue d'en faire bénéficier les praticiens de ses services. La recherche et l'enseignement apportent une dynamique vertueuse aux hôpitaux non universitaires, en consolidant le maillage territorial et en constituant un outil d'attractivité de recrutement médical. En effet, la diversification des parcours de carrières des médecins passe également par un élargissement du périmètre de l'enseignement et de la recherche médicale. Ainsi, selon l'enquête du SIHP¹¹⁷, le CHU est clairement le premier poste souhaité par les jeunes médecins souhaitant exercer dans le public (67%) ; 11% souhaitent exercer en établissement privé participant au service public hospitalier ; 9% en Centre Hospitalier non universitaire. La mise en place d'une dimension hospitalo-universitaire des établissements publics du Val d'Oise a donc pour vocation à placer les facultés de médecine comme acteur de santé à part entière ainsi qu'à faire appel à leur responsabilité sociale.

Lors de la remise du rapport Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital¹¹⁸, la ministre de la Santé a rappelé la nécessité pour l'APHP de renforcer son ancrage territorial. En effet, le CHU a un rôle régional indéniable et doit inscrire son action dans son territoire, en lien avec les autres hôpitaux et l'ensemble de la médecine ambulatoire. L'engagement n°11 du « Pacte Territoire-Santé »¹¹⁹ reprend cette réflexion : « *responsabiliser les Centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire* ». Dans la continuité de ces réflexions, le PRS¹²⁰ a inscrit le renforcement et la structuration des relations entre l'AP-HP et les acteurs de santé du territoire comme un des enjeux majeurs des 5 prochaines années.

L'enjeu de ces relations hospitalo-universitaires est double pour le CH de Gonesse : l'enseignement et la recherche, d'une part, mais aussi la possibilité d'organiser, à son initiative, une gradation des soins. En effet, l'universitarisation des hôpitaux hors AP-HP offre des perspectives d'attraction et de fidélisation du personnel intéressantes, et notamment s'agissant des internes. A titre d'exemple, le Centre hospitalier intercommunal

¹¹⁶ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, octobre 2011, *Plan stratégique du Projet régional de santé d'Ile-de-France*, Paris : ARS Ile-de-France, [visité le 10 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/psrs-idf-2011.pdf>

¹¹⁷ SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, *Enquête portant sur Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France*, Paris, juin 2013, pp. 36

¹¹⁸ COUTY E., février 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, [visité le 12 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

¹¹⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Pacte territoire-santé, pour lutter contre les déserts médicaux*, 13 décembre 2012, Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, [visité le 06 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_de_presentation_-_12_engagements.pdf

¹²⁰ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, octobre 2011, *Plan stratégique du Projet régional de santé d'Ile-de-France*, Paris : ARS Ile-de-France, [visité le 10 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/psrs-idf-2011.pdf>

de Créteil (CHIC) dispose depuis plusieurs années d'un dispositif universitaire¹²¹. Au sein de cet hôpital, 40 % des lits et places sont dans des services universitaires et deux pôles sont dotés de services universitaires : le service de gynéco-obstétrique, d'ophtalmologie, d'ORL, de Pédiatrie, de Pneumologie-Pathologies professionnelles. Le personnel universitaire représente 20 personnes, soit 6% des médecins, répartis entre plusieurs statuts (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier, Praticien Hospitalier Universitaire et Chef de Clinique et Assistant). Le CHIC a développé de nombreux liens avec la faculté, illustrée par la présence de représentants de l'hôpital au conseil de gestion de la faculté, de la réalisation d'activités d'enseignement et de recherche, ou la possibilité d'effectuer des stages hospitaliers. Il a aussi mis en place des coopérations avec des structures extérieures, telles que l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, certaines unités de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Prem'up (Fondation de coopération scientifique sur la grossesse et la prématurité), l'Institut de la Vision, ou encore l'Institut Gustave Roussy. Au total, 18 services assurent des publications, avec un effet d'entraînement auprès des services non universitaires. En effet, le tiers des points SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques) est obtenu grâce aux services non universitaires.¹²²

De plus, le CHIC s'est doté d'un Centre de recherche clinique (CRC) : la recherche est organisée depuis 2004, avec une unité fonctionnelle. Plusieurs actions ont été mises en œuvre : la création d'un site internet, des formations, un recensement des projets de recherche, un soutien aux projets en difficulté, une réponse aux appels d'offre et un suivi des projets. Des personnels spécifiques ont également été recrutés, dont 1 médecin coordinateur et 4 Attachés de Recherche Clinique. Ainsi, le CRC donne l'occasion de restructurer la recherche sur l'établissement hospitalier et en relation avec les autres structures de recherche ; de mettre en place un programme de formation médicale et paramédicale à la recherche clinique ; et de choisir un modèle économique adapté. Enfin, il amplifie la visibilité du CHIC, augmente le score SIGAPS et SIGREC (Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques) du CHIC et crée des emplois.¹²³

Le projet médical 2013-2017 du Centre Hospitalier de Gonesse souligne sa volonté d'intégrer cette démarche. Une première étape est déjà bien établie avec l'accueil des externes et des internes de chacune de ses spécialités médicales. Il est candidat, plus généralement, à recevoir des assistants en post-internat dans ses services agréés. Enfin, il est souhaité construire et mettre en œuvre des postes partagés avec l'APHP, ou de conventions *ad hoc*, pour organiser une diversification des carrières professionnelles médicales, par un exercice partagé entre le CHU et l'établissement. Plus généralement, le projet médical 2013-2015 propose l'engagement d'un dialogue, sous l'égide de l'ARS Ile-de-France, pour territorialiser la responsabilité des facultés de médecine. Cependant, cette volonté reste encore à concrétiser. Contrairement aux autres hôpitaux du Val d'Oise, le CH de Gonesse n'a pas encore construit de relation pérenne avec une faculté de médecine parisienne. La constitution de relations hospitalo-universitaires aurait un impact certain sur l'attraction du centre hospitalier, notamment chez les externes et les internes. En effet, elle établirait une garantie d'accès à un pôle universitaire, tout en permettant la

¹²¹ FHF Ile-de-France, *Réunion hospitalo-universitaire*, 11 mars 2013, Paris : FHF Ile-de-France, [visité le 30 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf-idf.fr/fichiers/docs-pdf/h-u-/130311->

¹²² Idem

¹²³ Idem

prise de responsabilité clinique auprès de cohortes de patients différentes de celles présentes dans les hôpitaux parisiens.

Seules, les perspectives internes de carrière ne constituent pas un vecteur d'attractivité suffisant pour les jeunes médecins. En effet, le centre hospitalier de Gonesse ne peut offrir, à la fois un exercice clinique varié, une formation continue adaptée, et des projets de recherche innovants. Le développement de partenariats inter-hospitaliers doit répondre à cette attente, le territoire pouvant souvent offrir des opportunités de diversification des missions et de modularité de carrière. Une réflexion plus globale sur les coopérations à développer aurait également comme bénéfice d'inciter à la diminution de la compétition « public-public » latente en matière de recrutements médicaux et néfaste à l'essor d'une offre de soins adaptée aux besoins du territoire.

Conclusion

La démographie médicale déclinante et les contraintes budgétaires croissantes imposent aux établissements publics de santé de repenser leurs facteurs d'attraction et de fidélisation du personnel médical, en vue de les renforcer et de garantir la continuité et l'accès aux soins. Si la situation de l'hôpital de Gonesse n'est pas encore préoccupante, néanmoins, des signes avant-coureurs provenant de spécialités, telles que la radiologie¹²⁴ et la pédopsychiatrie¹²⁵, ne sont pas à négliger. Pour autant, la raréfaction de la ressource médicale ne doit pas réduire le choix du profil, du statut et des compétences du praticien recruté.

La réflexion portant sur les facteurs d'attractivité et de fidélisation des médecins est le signal d'une évolution de la conception de la gestion des ressources humaines médicales au sein du milieu hospitalier. Elle implique pour les directions et les responsables médicaux de déterminer quels critères présideront au choix du praticien pour exercer à l'hôpital public. Or, ces critères de choix ont évolué de façon importante ces dernières années. D'une part, l'environnement de travail s'est radicalement transformé, sous l'effet des modifications du cadre juridique et des évolutions économiques. D'autre part, les attentes et exigences professionnelles des jeunes praticiens ont changé, en raison de nombreuses évolutions sociologiques, la féminisation mais aussi la conciliation de la vie professionnelle avec la vie privée.

Cette évolution de la conception de la gestion des ressources humaines médicales s'intègre, de façon plus globale, dans une prise en compte renforcée du ressenti des médecins dans leur exercice médical hospitalier. Suite aux travaux de la mission conduite par Edouard Couty¹²⁶, la ministre de la santé avait annoncé son souhait de renforcer les prérogatives des Commissions médicales d'établissement (CME), et notamment sur des thèmes tels que la politique de recrutement des emplois médicaux, la politique de recherche clinique et d'innovation des établissements concernés et la politique de coopération territoriale de l'établissement. Un décret récent¹²⁷ entérine cette évolution : *« la CME donnera désormais son avis sur les orientations stratégique de l'établissement, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants ainsi que sur la gestion prévisionnelle des emplois. Son avis est renforcé sur les questions financières. Par ailleurs, la composition de la commission est élargie aux étudiants hospitaliers »*. Cette nouvelle réglementation démontre la nécessité et la volonté actuelle d'intégrer de façon plus importante la communauté médicale aux décisions portant sur la stratégie médicale de l'hôpital.

L'élaboration d'un projet social médical est une réponse apportée à ces évolutions par le CH de Gonesse. Ce projet social médical sera un outil utile, en raison du changement de paradigme qu'il induit dans la conception des ressources humaines médicales, à la fois

¹²⁴ Annexe n°11

¹²⁵ Annexe n°10

¹²⁶ COUTY E., février 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, [visité le 12 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

¹²⁷ PREMIER MINISTRE. Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé. Journal officiel, du n°0221 du 22 septembre 2013, p. 15 814

par l'administration et par le corps médical même. Il implique, d'une part, un rapprochement des logiques de gestion du personnel médical et du personnel non médical. D'autre part, ce projet prend la mesure des changements intervenus dans les dernières décennies, qui ont fortement modifiés les conditions d'exercice de la médecine hospitalière, tant dans son environnement que dans ses modalités. Il est néanmoins à noter que, à l'heure de la rédaction de cette étude, ce document reste à l'état de projet et en attente de validation par les instances de l'hôpital. C'est pourquoi aucune analyse des réactions suscitées ne peut être présentée. Seule l'évaluation annuelle de sa mise en œuvre devrait permettre de mesurer son efficacité.

La question de la gestion de la ressource humaine médicale est très vaste et recouvre divers aspects. Cette étude en évoque certains. Cependant, l'analyse de la situation du CH de Gonesse s'est rapidement heurtée à l'insuffisance des outils de gestion déployés. Une grande part de la gestion des ressources humaines et du temps médical est dévolue aux chefs de pôles et responsables de service. Ceci s'explique la grande confiance existante entre le corps médical et la direction, liée à la construction de relations de long terme, en raison de la stabilité du chef d'établissement et d'une partie des Praticiens Hospitaliers en responsabilité. Néanmoins, une objectivation de la situation s'avère indispensable pour le futur.

L'organisation de l'offre de soins, à la fois au sein de l'hôpital et sur le territoire, doit permettre d'anticiper la pénurie à venir ainsi que d'organiser les modalités de diversification des parcours professionnels pour les médecins le désirant. Il est indispensable, pour un hôpital tel que celui de Gonesse, de construire et développer « *une nouvelle politique des ressources humaines médicales [...] : plus dynamique, elle doit favoriser des parcours individualisés attractifs ; plus ouverte, elle doit permettre un pilotage régional et harmonisé* » (Roland Ollivier¹²⁸). Si l'individualisation et la territorialisation des carrières des professionnels médicaux sont deux concepts pouvant constituer la stratégie institutionnelle d'attraction des « talents », l'état embryonnaire de la réflexion démontre l'ampleur des chantiers à mener en matière de Ressources médicales à l'hôpital de Gonesse.

S'agissant de l'individualisation des parcours professionnels, prônée par Gisèle Calmes¹²⁹, il semble que le CH de Gonesse soit encore trop en amont de la démarche. Cette individualisation des carrières est un fort vecteur d'attractivité et de fidélisation du personnel médical. En outre, elle rend possible l'instauration d'une contractualisation entre le praticien et l'établissement, regroupant à la fois le projet individuel d'exercice médical et les besoins formulés de l'établissement. A l'hôpital de Gonesse, le sujet reste manifestement sensible, ce qui est notamment illustré par la réticence des praticiens à évoquer le sujet du décompte du temps médical. Il semble, pour autant, un fondement indispensable à toute logique de contractualisation visant à colliger projet individuel et besoins institutionnels.

La territorialisation de l'exercice médical est également un enjeu dont l'hôpital de Gonesse doit se saisir, afin de ne pas subir les effets de la pénurie sur certaines spécialités et de proposer des parcours professionnels médicaux variés. Les partenariats mis en place actuellement ne cherchent pas suffisamment à développer des opportunités de carrière pour les médecins. Or, l'élaboration d'une stratégie globale de partenariats, à travers un projet médical territorial, est indispensable, en vue d'organiser la répartition de

¹²⁸ CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127

¹²⁹ Ibid.

sa ressource médicale de façon à développer des domaines d'expertise sur lesquels la concurrence avec les autres hôpitaux publics du territoire serait moindre.

Si l'élaboration d'un projet social médical souligne une réelle attention portée par la direction de l'hôpital de Gonesse à cette réflexion, l'investissement et la capacité d'introspection des médecins sur le thème de leurs conditions d'exercice médical doivent être étudiés. Ainsi, un regard analytique peut être porté sur les constats pouvant être tirés de la méthodologie et des choix effectués pour élaborer le projet social médical du centre hospitalier de Gonesse. Ceux-ci posent, en substance, la question de l'intérêt porté par les médecins à ces questions de fidélisation et d'attraction, et au regard que ces derniers portent sur leurs propres conditions d'exercice. Tout d'abord, préalablement à la mise en place d'un groupe de travail, un appel à candidature a été effectué au sein de la communauté médicale. Le faible investissement voire le désistement de médecins non PH et sans responsabilité institutionnel annule la représentativité souhaitée initialement. En second lieu, ce groupe de travail a choisi de recueillir l'avis des praticiens de l'hôpital, afin que le projet réponde à des attentes avérées de ces derniers. Le taux de réponse de 10,3% est un signal important du niveau de considération que de tels enjeux soulèvent auprès de la communauté médicale gonesseienne. Le fait que 70% des répondants soit des PH est encore plus révélateur du profil de praticiens se sentant concernés par la question. Sans porter de jugement sur les motivations des praticiens à rester en retrait de ces problématiques posées au niveau institutionnel, elles induisent nécessairement un travail de communication et de pédagogie important, en vue de garantir l'intégration indispensable du corps médical à ces réflexions.

L'adhésion totale du corps des praticiens aux nécessités de gestion des ressources médicales, en vue de répondre aux besoins des établissements hospitaliers, impose au manager hospitalier de tenir compte de la culture hippocratique de la communauté médicale. L'intégration de cette dimension est indispensable pour répondre aux enjeux de fidélisation et d'attraction du personnel médical, en raison du caractère originellement antinomique de la gestion exogène du corps médical, mis en lumière au début de cette étude. Les leçons de cette étude, pour le manager hospitalier, se situent donc au niveau de l'équilibre à définir entre construction d'outils d'objectivation et édification de relations de confiance entre l'administration et le corps médical. Si la confiance n'induit pas l'absence de contrôle, seul l'historique des interactions déployées et des synergies impulsées, à la fois par le corps médical et par la direction, à son plus haut degré, fixe le cadre de la gestion des Ressources Humaines médicales. La Direction doit avoir dès lors un rôle d'anticipation des problématiques, de médiation et recours en cas de conflit, d'accompagnement des projets et de management des dynamiques. Malgré les différences notables de gestion que celui-ci a pu appliquer dans les établissements dont il a eu la responsabilité, une phrase d'Antoine Riboud, Président Directeur Général historique de Danone, peut constituer une référence forte à la recherche d'innovation en matière de ressources humaines médicales dans le milieu hospitalier : « *Construisons nos entreprises autant avec le cœur qu'avec la tête et n'oublions pas que si les ressources d'énergie de la terre ont des limites, celles de l'homme sont infinies s'il se sent motivé* »¹³⁰.

¹³⁰ RIBOUD A., 25 octobre 1972, *Croissance et qualité de vie*, Marseille : Assises du Conseil national du patronat français (CNPFF), [visité le 24 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://discoursdumanager.com/2013/05/03/croissance-et-qualite-de-vie-le-discours-prononce-par-antoine-riboud-pdg-de-danone-aux-assises-nationales-du-cnpf-le-25-octobre-1972-a-marseille-il-ny-a-quune-seule-t/>

Sources et Bibliographie

Articles

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

CALMES G., décembre 2009, « Gestion du temps médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle », *DH Magazine*, n°129, pp. 20-21

CALMES G. et BALOT Y., mars-avril 2013, « Obligation de non concurrence, Praticiens hospitaliers et praticiens contractuels démissionnaires », *Revue hospitalière de France*, n°551, pp.62-65

COPIN J.-Y., juin-juillet 2011, « A la recherche du temps médical... Attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST », *Gestions Hospitalières*, n°507, pp. 421-423

DUTHEIL C, 05 octobre 2011, « l'attractivité des entreprises françaises à la loupe », *L'Express* [visité le 23/09/2013], disponible sur internet : www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/l-attractivite-des-entreprises-francaises-a-la-loupe_1036992.html

TABUTEAU D., novembre-décembre 2011, « La crise de la médecine : comment en sortir ? », *Revue Le Débat*, n°167, pp. 24-26

VALLANCIEN G., novembre-décembre 2011, « Le médecin du 21^{ème} siècle, sa place et son rôle », *Revue Le Débat*, n°167, pp. 3-15

VIGNERON E., août-septembre 2009, « Aménagement du territoire et efficience – Quels niveaux de territoires pour la santé ? », *Gestions Hospitalières*, n° 488, pp. 449-452

Conférences

Agence Régionale de Santé Ile-de-France, *Conférence de territoire*, 18 janvier 2011, Val d'Oise, Délégation territoriale 95, [visité le 26 juin 2013], disponible sur Internet : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/2_Organisation/3_Instances/3_Conf_Territoire/conference_de_territoire_95.pdf

DE POURVOURVILLE G., *La crise d'identité des médecins face au nouveau changement de l'hôpital*, 4 juin 2010, Paris : Ecole de Paris du management, L'Association des Amis de l'École de Paris du management, septembre 2010, pp. 12

EVIN C., *Concertation santé université*, 3 avril 2013, Paris : FHF Ile-de-France, [visité le 30 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf-idf.fr/fichiers/docs-pdf/newsletter/newsletter-18/pj01-discours-evin-concertation-hu-03avril13.pdf>

FHF Ile-de-France, *Réunion hospitalo-universitaire*, 11 mars 2013, Paris : FHF Ile-de-France, [visité le 30 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf-idf.fr/fichiers/docs-pdf/h-u-/130311->

FHF Ile-de-France, *Réunion Intérim médical*, 16 juin 2013, Paris : FHF Ile-de-France, [visité le 30 juillet 2013], disponible sur Internet : <http://www.fhf-idf.fr/fr/la-conference-des-directeurs-des-affaires-medicales,34.html>

LE MOIGN R., 2013, *Rencontres RH de la Santé*, 26 septembre 2013, Paris : FHF

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Pacte territoire-santé, pour lutter contre les déserts médicaux*, 13 décembre 2012, Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, [visité le 06 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_de_presentation_-_12_engagements.pdf

SIHP/TNS-Sofres, mai 2013, *Enquête portant sur Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France*, Paris, juin 2013, pp. 36

RIBOUD A., 25 octobre 1972, *Croissance et qualité de vie*, Marseille : Assises du Conseil national du patronat français (CNPFF), [visité le 24 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://discoursdumanager.com/2013/05/03/croissance-et-qualite-de-vie-le-discours-prononce-par-antoine-riboud-pdg-de-danone-aux-assises-nationales-du-cnpf-le-25-octobre-1972-a-marseille-il-ny-a-quune-seule-t/>

Documents internes

Bilan social 2002 du Centre Hospitalier de Gonesse

Bilan social 2006 du Centre Hospitalier de Gonesse

Bilan social 2012 du Centre Hospitalier de Gonesse

Compte-rendu de la COPS du 07/02/2012

Compte-rendu de la COPS du 30/05/2012

Compte-rendu de la COPS du 08/10/2012

Compte-rendu de la COPS du 12/02/2013

Compte-rendu de la COPS du 11/06/2013

Convention relative à la prise en charge chirurgicale du cancer entre l'hôpital de Gonesse et le centre hospitalier de Saint-Denis du 12 septembre 2012

Conventions d'utilisation du Scanographe du CH de Gonesse avec le centre chirurgical Bellevue de Villiers-le-Bel et la Clinique Radiologique d'Arnouville du 30 août 1993

Documents d'étude du Cabinet Altao relatifs à la mise en place de coopérations entre le CH de Gonesse et le CH d'Aulnay-sous-Bois

Etat des prévisions des Recettes et des Dépenses 2002

Etat des prévisions des Recettes et des Dépenses 2012
Etat des prévisions des Recettes et des Dépenses 2013
Projet médical d'établissement 2013-2017
Rapport d'activité 2007
Rapport d'activité 2008
Rapport d'activité 2009
Rapport d'activité 2010
Rapport d'activité 2011
Rapport d'activité 2012

Entretiens réalisés

BARBIER N., Responsable du pôle Ressources Humaines Hospitaliers, [interrogée le 19/07/2013]
BELOTTE F., Vice-président de la CME de l'hôpital Eaubonne-Montmorency, [interrogé le 19/07/2013]
BILLAUD V., Chargée de mission à la Direction de l'offre de soins et médico-sociale, [interrogée le 30/07/2013]
CALMES G., Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales du Centre Hospitalier Sud-Francilien, [interrogé le 22/09/2013]
DE MONTALEMBERT P., secrétaire de la FHF Ile-de-France, [interrogé le 03/06/2013]
DENIEL P., Président de la Conférence des Directeurs des Affaires Médicales d'Ile-de-France, [interrogé le 10/09/2013]
HAAS P-E, Cellule Performance de l'ARS Ile-de-France, [interrogé le 11/07/2013]
MARINGUE G., Direction des Affaires Médicales de Brest, [interrogé le 25/04/2013]
Médecins de l'hôpital de Gonesse, ayant demandé l'anonymat
OLLIVIER R., Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, [interrogé le 24/04/2013]
REYNIER M., Direction des Affaires Médicales de Toulouse, [interrogé le 12/04/2013]
VAUCONSANT C., Direction des Affaires Médicales de Saint-Denis, [interrogée le 12/09/2013]

Rapports

ABOUD E., AUBART F., JACOB A., MANGOLA B. et THEVENIN D., 23 juillet 2009, *Promotion et modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public*, Paris : Ministère de la Santé et des Sports, [visité le 08 juin 2013], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportMissionABOUD.pdf>

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Paris, [visité le 05 août 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Anap_Guide_cooperations_Part1.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, octobre 2011, *Plan stratégique du Projet régional de santé d'Ile-de-France*, Paris : ARS Ile-de-France, [visité le 10

septembre 2013], disponible sur Internet : <http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/psrs-idf-2011.pdf>

AUBART F., DELMOTTE D., JACOB A., PRUVO J-P et VERAN O., 2011, *L'exercice médical à l'hôpital*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 27 avril 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf

BRAS P-L et DUHAMEL G., Juin 2008, *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*, Paris : Inspection générales des affaires sociales, [visité le 08 juin 2013], disponible sur Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000596/0000.pdf>

CARTON M., *Les médecins dans leur environnement*, 27 juin 2009, Paris : Commission nationale permanente de l'Ordre National des Médecins, [visité le 10 juin 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rappo.Medec_Environnem.2009.pdf

CENTRE NATIONAL DE GESTION, 2012, *Rapport d'activité*, Paris : Centre National de Gestion, [visité le 04 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_activite_CNG_2012.pdf

COUTY E., février 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, [visité le 12 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, décembre 2012, *Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins*, Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, [visité le 06 juin 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pertinence_des_soins_-_guide_methodologique.pdf

HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, Juillet 2008, *Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : Etat des lieux et Perspectives*, Paris : Haute Autorité de la Santé, [visité le 24 juin 2013], disponible sur Internet : <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/data/04utilisations/Rapportp4pcompaqh.pdf>

INSTITUT CSA-LINKEDIN, février 2013, *Etudiants et jeunes diplômés : les aspirations professionnelles*, Paris, [visité le 30 mai 2013], disponible sur Internet : <http://www.csa-fr.com/multimedia/data/sondages/data2013/opi20130318-les-aspirations-professionnelles-des-jeunes.pdf>

MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIER, septembre 2005, *Organisation du temps de travail des médecins, Retours d'expérience*, Paris : MeaH, [visité le 15 juillet 2013], disponible sur Internet : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Organisation_du_temps_medical.pdf

MORNAT J., juin 2004, *L'exercice médical à l'horizon 2020*, Paris : Ordre National des Médecins, [visité le 10 juin 2013], disponible sur Internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnpexercicemedicalalhorizon2020.pdf>

ROMESTAING P., *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France, situation au 1^{er} juin 2011*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Ile_de_France_2011.pdf

ROMESTAING P., *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2013*, Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins, [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf

Ouvrages

CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERON S., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, pp. 127

PATENAUDE J., XHIGNESSE M., 2003, « Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles. Le cas de la profession médicale », in LEGAULT G., *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Québec : Presses de l'Université du Québec, pp. 55-84

Textes législatifs et réglementaires

CONSEIL EUROPEEN. Directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail [en ligne]. Journal officiel de l'Union européenne, n° 307 du 13 décembre 1993. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0104:fr:HTML>

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES ET MINISTERE DELEGUE AU BUDGET ET A LA REFORME BUDGETAIRE. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [en ligne]. Journal officiel, n°102 du 2 mai 2003. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=45657CC774580A36B071D9934556E5AF.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000000602745&categorieLien=id

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/M 2 n°2002-425 du 26 juillet 2002 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 22 octobre 2001 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers [en ligne]. Texte non paru au Journal officiel. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-36/a0362974.htm>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux odontologiques et pharmaceutiques et précisant, d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution, à certains de ces praticiens, médecins, odontologistes ou pharmaciens de l'indemnité prévue pour l'exercice de cette activité. [en ligne]. Journal officiel, n°249 du 26 octobre 2001. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B4B0D73AED6447FFC3EC08ABE40D3B51.tpdjo08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000225462&categorieLien=id

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers du 22 octobre 2001, [en ligne] [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/diapomedecin.pdf>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Circulaire n° DGOS/RH4/2013/116 du 15 mars 2013 relative à l'application du décret n°2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé [en ligne]. Journal officiel, n°0303 du 29 décembre 2012. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36696.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Instruction DGOS/PF3 n°2013-213 du 28 mai 2013 relative à l'ouverture de l'observatoire des groupements de coopération sanitaire et de l'observatoire des communautés hospitalières de territoire et à l'évolution de l'observatoire des maisons de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 0122 du 29 mai 2013. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-06/ste_20130006_0000_0028.pdf

PARLEMENT. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, [en ligne]. Journal officiel, du 03 janvier 1971. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=19920103

PARLEMENT. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne]. Journal officiel du 5 mars 2002. [visité le 11/10/2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=59B2E83D39F12F44C4F6037F486.ABA7F.tpdjo01v_2?cidTexte=JORFTEST000000227015&categorieLien=id

PARLEMENT. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, [en ligne]. Journal officiel, n°293 du 19 décembre 2003. [visité le 24 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&dateTexte=&categorieLien=id>

PARLEMENT. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet

2009. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale [en ligne]. Journal officiel, du 31 décembre 1958. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000886688&dateTexte=20000621

PREMIER MINISTRE. Décret n°84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers [en ligne]. Journal officiel, du 25 février 1984. [visité le 05 septembre 2013], disponible sur Internet : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=639C124A80C8F0BB10E04D056A813762.tpdjo11v_3?cidTexte=JORFTEXT000000868588&dateTexte=20050725

PREMIER MINISTRE. Décret n°2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé. Journal officiel, du n°0221 du 22 septembre 2013, p. 15 814

Liste des annexes

Annexe 1 : Organigramme de direction

Annexe 2 : Questionnaire concernant la qualité de vie au travail des personnels médicaux du Centre Hospitalier de Gonesse

Annexe 3 : Résultats du questionnaire concernant la qualité de vie au travail des personnels médicaux du Centre Hospitalier de Gonesse

Annexe 4 : Convention entre le Centre Hospitalier de Gonesse et le Centre cardiologie du Nord

Annexe 5 : Ratios indicateurs de charge de travail

Annexe 6 : Convention entre le Centre Hospitalier de Gonesse et le Centre Hospitalier de Saint-Denis relative à la prise en charge chirurgicale du cancer

Annexe 7 : Tableau de service issu du logiciel E-GTT

Annexe 8 : Tableau de service de l'un des services de soins du Centre hospitalier de Gonesse

Annexe 9 : Questionnaire à destination des Directeurs des Affaires médicales d'Ile-de-France

Annexe 10 : Evolution des effectifs médicaux du service de Psychiatrie Infanto-Juvenile

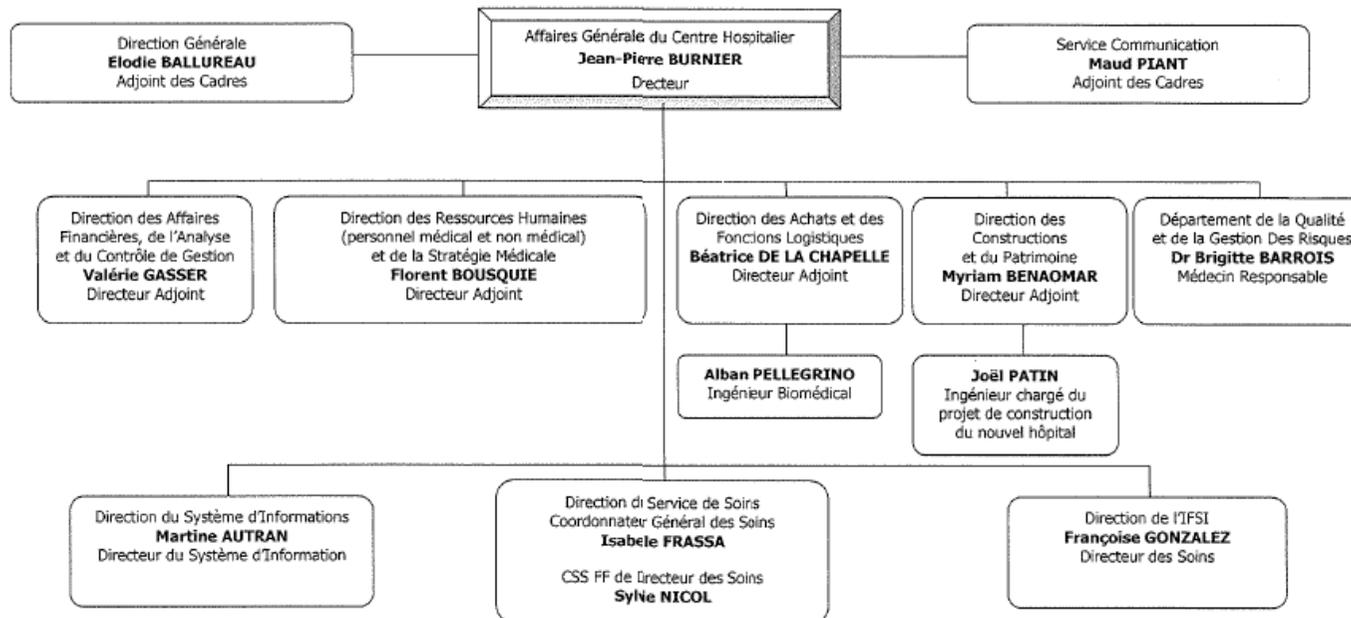
Annexe 11 : Evolution des effectifs médicaux du service d'Imagerie médicale

Annexe 12 : Résultats du questionnaire à destination des Directeurs des Affaires médicales d'Ile-de-France


Centre Hospitalier de Gonesse
Organigramme de l'équipe de Direction
affection et délégation des responsabilités / Annexe 2
Management de l'Établissement
Et des secteurs d'Activité
Instances

Document n° : **MEA.INS.M001/5**
 Date d'application : **Juillet 2013**

ORGANIGRAMME DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION



MOTS CLÉS : organigramme, direction,

Annexe 2 : Questionnaire concernant la qualité de vie au travail des personnels médicaux du Centre Hospitalier de Gonesse (CHG)

La qualité de vie au travail est un enjeu majeur à double titre : à titre individuel pour chacun, et à titre collectif pour notre établissement. Dans le cadre de l'élaboration d'un volet médical du projet social, le groupe de travail a décidé de réaliser une enquête de satisfaction auprès de l'ensemble des personnels médicaux.

L'objectif de cette enquête est de recueillir vos avis, opinions et attentes, en vue d'envisager les pistes de travail les plus adéquates. Pour cela, le questionnaire ci-dessous vise à identifier les motifs de satisfaction, d'insatisfaction, et les attentes exprimées.

Les résultats de l'enquête seront utilisés dans le choix des actions prioritaires visant à améliorer les conditions de travail. L'ensemble constituera le cœur du volet médical du Projet Social pour les cinq années à venir.

Nous vous invitons à renseigner ce questionnaire (10 minutes environ).

Ce questionnaire est anonyme : vos réponses sont strictement confidentielles.

Ce questionnaire doit être adressé **au plus tard le 07 juin**, soit en le déposant à la Direction générale à l'attention de Madame Hiance, soit en l'envoyant par email à l'adresse suivante : marie.hiance@ch-gonesse.fr

-Question 1 : vous êtes :

- Praticien Hospitalier
- Praticien contractuel
- Assistant des hôpitaux-Associé
- Praticien attaché-Associé
- Interne
- Autre statut

-Question 2 : vous travaillez actuellement à :

- Temps plein
- Temps partiel (plus de 50%)
- Mi-temps
- Moins de 50%

-Question 3 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 25 ans
- De 25 à 34 ans
- De 35 à 44 ans
- De 45 à 54 ans
- De 55 à 59 ans
- Plus de 59 ans

-Question 4 : Quel est votre sexe ?

- Homme
- Femme

-Question 5 : quelle est votre ancienneté au CHG ?

- Moins de 3 ans
- De 3 à 10 ans
- De 11 à 20 ans
- Plus de 20 ans
- Plus de 30 ans

- Question 6 : quelle est votre ancienneté dans les établissements hospitaliers ?

- Moins de 3 ans
- De 3 à 10 ans
- De 11 à 20 ans
- Plus de 20 ans
- Plus de 30 ans

-Question 7 : Que justifie votre volonté de travailler à l'hôpital ? (3 réponses uniquement)

- Engagement pour le service public
- Valeurs véhiculées par l'institution
- Attractivité des fonctions hospitalières (Permanence des Soins, ...)
- Attractivité des carrières
- Qualité du plateau technique
- Appartenance à une équipe médicale
- Qualité de travail en équipe
- Possibilité de recherche clinique
- Implication dans la vie institutionnelle.

-Question 8 : êtes-vous membre de la Commission Médicale d'Etablissement ?

- Oui
- Non

-Question 9 : Etes-vous chef de pôle ?

- Oui
- Non

-Question 10 : Etes-vous responsable de service ?

- Oui
- Non

-Question 11 : Etes-vous membres d'autres conseils ou commissions du CHG ?

- Oui
- Non

-Question 12 : Ressentez-vous un sentiment d'appartenance au CHG ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout
- Sans opinion

-Question 13 : Ressentez-vous un sentiment d'appartenance au service/équipe ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout
- Sans opinion

-Question 14 : vous sentez-vous reconnu dans le travail que vous accomplissez ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout
- Sans opinion

-Question 15 : Connaissez-vous le projet (les objectifs) de votre service ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout
- Sans opinion

-Question 16 : Comment jugez-vous la qualité du dialogue social ?

- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Sans opinion

-Question 17 : Quelles sont les priorités sociales sur lesquelles l'établissement doit faire des propositions ? (4 réponses uniquement)

- Les horaires de travail
- La rémunération
- L'harmonie des organisations
- La réduction de l'exposition au stress
- L'équilibre financier du CHG
- Le temps partiel
- L'ergonomie des locaux
- La formation professionnelle
- Le maintien du nombre d'agents
- Les services aux agents
- La sécurité des agents
- Les parkings
- L'accompagnement individuel dans la carrière
- Autre

-Question 18 : Considérez-vous que le CHG intègre dans sa politique sociale le souci de concilier les temps privé et professionnel ?

- Oui, suffisamment
- Oui, mais insuffisamment/partiellement
- Non, pas du tout
- Ne sait pas

-Question 19 : Considérez-vous être suffisamment accompagné dans la mise en place des réformes hospitalières ?

- Oui
- Un peu
- Pas du tout
- Sans opinion

-Question 20 : Disposez-vous de suffisamment d'information concernant la vie de l'établissement ?

- Oui
- Non
- Pas suffisamment

-Question 21 : Quelles propositions feriez-vous pour améliorer l'expression du personnel au sein des services/des pôles/de l'établissement ?

-Question 22 : existe-t-il, dans votre service, un tableau de service prévisionnel ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

-Question 23 : Estimez-vous que la programmation des congés est suffisamment organisée et anticipée au sein de votre équipe ?

- Oui
- Non

-Question 24 : Vous sentez-vous suffisamment protégé par rapport aux risques professionnels suivants ?

- Les troubles musculo-squelettiques :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- Les risques liés à l'activité que vous exercez :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- Les risques psycho-sociaux :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- Les risques physiques :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas

-Question 25 : Si vous avez rencontré au cours des dernières années des problèmes de santé impactant votre exercice professionnel, quelles appréciations portez-vous sur l'accompagnement réalisé par ?

- La direction des affaires médicales :
 - très satisfait
 - assez satisfait
 - peu satisfait
 - pas du tout
 - non concerné
- La médecine du travail :
 - très satisfait
 - assez satisfait
 - peu satisfait
 - pas du tout
 - non concerné

-Question 26 : Diriez-vous que votre charge de travail est :

<Marie-Marthe HIANCE> - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - <2013>

- Modérée
- Normale
- Importante mais tolérable
- Trop importante

-Question 27 : Diriez-vous que votre charge de travail est :

- Régulièrement répartie
- Fluctuante

-Question 28 : Diriez-vous que l'organisation du service permet de répondre à la charge de travail :

- Oui
- Non

-Question 29 : Aspirez-vous à changer de quotité de temps de travail dans l'année à venir ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Pour augmenter votre temps de travail
- Pour diminuer votre temps de travail

-Question 30 : considérez-vous que les conditions de travail au cours de ces dernières années se sont :

- Dégradées
- Maintenues
- Améliorées
- Ne sait pas

-Question 31 : Diriez-vous que l'accueil et l'intégration des nouveaux praticiens sont :

- Au niveau du CHG :
 - très satisfaisant
 - moyennement satisfaisant
 - plutôt insatisfaisant
 - insatisfaisant
 -
- Au niveau du service :
 - très satisfaisant
 - moyennement satisfaisant
 - plutôt insatisfaisant
 - insatisfaisant

-Question 32 : Estimeriez-vous souhaitable que chaque praticien bénéficie d'un entretien régulier avec son chef de pôle/responsable de service pour initier ou suivre des projets dans lesquels il est impliqué, arrêter ensemble des objectifs, ... ?

- Oui
- Non

-Question 33 : Estimez-vous que le CHG vous offre la possibilité de suivre des formations à la hauteur de ce qui vous apparaît nécessaire ?

- Oui
- Non

-Question 34 : Etes-vous suffisamment associé à la détermination des priorités du pôle en matière de formation médicale continue ?

- Oui
- Non

-Question 35 : Estimez-vous partir suffisamment en formation ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

- Manque d'envie
- Manque de temps
- Contribution financière insuffisante du CHG
- Autre

-Question 36 : Connaissez-vous les modalités et circuits de demande de formation médicale continue et des remboursements ?

- Oui
- Non

-Question 37 : Lorsque vous êtes en contact avec des interlocuteurs de la Direction des Affaires Médicales pour gérer votre situation ou votre carrière, comment évaluez-vous la qualité d'écoute et de traitement de vos demandes ?

- Satisfaisant
- Insatisfaisant
- Ne sait pas

-Question 38 : Considérez-vous votre implication dans le processus de décision de votre hôpital ?

- Satisfaisante
- Moyennement satisfaisante
- Insatisfaisante

-Question 39 : Estimez-vous être informé au bon moment des décisions importantes prises dans votre secteur d'activité :

- Toujours
- Souvent
- Très rarement
- Pas du tout

-Question 40 : Estimez-vous que vous être reconnu et que votre travail est valorisé par :

- Votre chef de pôle :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- Votre responsable de service:
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- La direction:
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas

-Question 41 : lorsque vous initiez des projets, vous estimez-vous soutenu et accompagné par :

- Votre chef de pôle :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- Votre responsable de service :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas
- La direction :
 - Oui
 - Non
 - ne sait pas

-Question 42 : Pensez-vous que le CHG a, vis-à-vis de ses professionnels, un rôle :

- Protecteur
- Fragilisant
- Indifférent

-Commentaire libre sur l'exercice médical au Centre Hospitalier de Gonesse

MERCI D'AVOIR RENSEIGNE CE QUESTIONNAIRE

Annexe 3 : Résultats du questionnaire concernant la qualité de vie au travail des personnels médicaux du Centre Hospitalier de Gonesse (CHG)

Nombre de questionnaires reçus: 27

-Question 1 : vous êtes :

<input type="checkbox"/> Praticien Hospitalier	19	70%
<input type="checkbox"/> Praticien contractuel	2	7%
<input type="checkbox"/> Assistant des hôpitaux-Associé	3	11%
<input type="checkbox"/> Praticien attaché-Associé	3	11%
<input type="checkbox"/> Interne		0%
<input type="checkbox"/> Autre statut		0%

-Question 2 : vous travaillez actuellement à :

<input type="checkbox"/> Temps plein	26	96%
<input type="checkbox"/> Temps partiel (plus de 50%)	1	4%
<input type="checkbox"/> Mi-temps		0%
<input type="checkbox"/> Moins de 50%		0%

-Question 3 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

<input type="checkbox"/> Moins de 25 ans		0%
<input type="checkbox"/> De 25 à 34 ans	2	7%
<input type="checkbox"/> De 35 à 44 ans	6	22%
<input type="checkbox"/> De 45 à 54 ans	16	59%
<input type="checkbox"/> De 55 à 59 ans	1	4%
<input type="checkbox"/> Plus de 59 ans	2	7%

-Question 4 : Quel est votre sexe ?

<input type="checkbox"/> Homme	14	52%
<input type="checkbox"/> Femme	13	48%

-Question 5 : quelle est votre ancienneté au CHG ?

<input type="checkbox"/> Moins de 3 ans	4	15%
<input type="checkbox"/> De 3 à 10 ans	9	33%
<input type="checkbox"/> De 11 à 20 ans	9	33%
<input type="checkbox"/> Plus de 20 ans	4	15%
<input type="checkbox"/> Plus de 30 ans	1	4%

- Question 6 : quelle est votre ancienneté dans les établissements hospitaliers ?

<input type="checkbox"/> Moins de 3 ans	1	4%
<input type="checkbox"/> De 3 à 10 ans	4	15%
<input type="checkbox"/> De 11 à 20 ans	8	30%
<input type="checkbox"/> Plus de 20 ans	11	41%
<input type="checkbox"/> Plus de 30 ans	3	11%

-Question 7 : Que justifie votre volonté de travailler à l'hôpital ? (3 réponses uniquement)

<input type="checkbox"/> Engagement pour le service public	18	67%
<input type="checkbox"/> Valeurs véhiculées par l'institution	3	11%
<input type="checkbox"/> Attractivité des fonctions hospitalières	8	30%
<input type="checkbox"/> Attractivité des carrières	3	11%

<input type="checkbox"/> Qualité du plateau technique	4	15%
<input type="checkbox"/> Appartenance à une équipe médicale	15	56%
<input type="checkbox"/> Qualité de travail en équipe	16	59%
<input type="checkbox"/> Possibilité de recherche clinique	3	11%
<input type="checkbox"/> Implication dans la vie institutionnelle.	6	22%
-Question 8 : êtes-vous membre de la Commission Médicale d'Établissement ?		
<input type="checkbox"/> Oui	14	52%
<input type="checkbox"/> Non	13	48%
-Question 9 : Êtes-vous chef de pôle ?		
<input type="checkbox"/> Oui	4	15%
<input type="checkbox"/> Non	23	85%
-Question 10 : Êtes-vous responsable de service ?		
<input type="checkbox"/> Oui	10	37%
<input type="checkbox"/> Non	17	63%
-Question 11 : Êtes-vous membres d'autres conseils ou commissions du CHG ?		
<input type="checkbox"/> Oui	15	56%
<input type="checkbox"/> Non	12	44%
-Question 12 : Ressentez-vous un sentiment d'appartenance au CHG ?		
<input type="checkbox"/> Oui	15	56%
<input type="checkbox"/> Un peu	7	26%
<input type="checkbox"/> Pas du tout	2	7%
<input type="checkbox"/> Sans opinion	3	11%
-Question 13 : Ressentez-vous un sentiment d'appartenance au service/équipe ?		
<input type="checkbox"/> Oui	23	85%
<input type="checkbox"/> Un peu	3	11%
<input type="checkbox"/> Pas du tout		0%
<input type="checkbox"/> Sans opinion	1	4%
-Question 14 : vous sentez-vous reconnu dans le travail que vous accomplissez ?		
<input type="checkbox"/> Oui	13	48%
<input type="checkbox"/> Un peu	7	26%
<input type="checkbox"/> Pas du tout	4	15%
<input type="checkbox"/> Sans opinion	3	11%
-Question 15 : Connaissez-vous le projet (les objectifs) de votre service ?		
<input type="checkbox"/> Oui	18	67%
<input type="checkbox"/> Un peu	8	30%
<input type="checkbox"/> Pas du tout	1	4%
<input type="checkbox"/> Sans opinion	1	4%
-Question 16 : Comment jugez-vous la qualité du dialogue social ?		
<input type="checkbox"/> Bonne	6	22%
<input type="checkbox"/> Moyenne	11	41%
<input type="checkbox"/> Mauvaise	5	19%

Sans opinion 5 19%

Question 17 : Quelles sont les priorités sociales sur lesquelles l'établissement doit faire des propositions ? (4 réponses uniquement)

<input type="checkbox"/> Les horaires de travail	5	19%
<input type="checkbox"/> La rémunération	6	22%
<input type="checkbox"/> L'harmonie des organisations	14	52%
<input type="checkbox"/> La réduction de l'exposition au stress	12	44%
<input type="checkbox"/> L'équilibre financier du CHG	4	15%
<input type="checkbox"/> Le temps partiel		0%
<input type="checkbox"/> L'ergonomie des locaux	7	26%
<input type="checkbox"/> La formation professionnelle	12	44%
<input type="checkbox"/> Le maintien du nombre d'agents	17	63%
<input type="checkbox"/> Les services aux agents	5	19%
<input type="checkbox"/> La sécurité des agents	1	4%
<input type="checkbox"/> Les parkings	4	15%
<input type="checkbox"/> L'accompagnement individuel dans la carrière	8	30%
<input type="checkbox"/> Autre	4	15%

: moyens de transport

Question 18 : Considérez-vous que le CHG intègre dans sa politique sociale le souci de concilier les temps privé et professionnel ?

<input type="checkbox"/> Oui, suffisamment	2	7%
<input type="checkbox"/> Oui, mais insuffisamment/partiellement	6	22%
<input type="checkbox"/> Non, pas du tout	11	41%
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	8	30%

Question 19 : Considérez-vous être suffisamment accompagné dans la mise en place des réformes hospitalières ?

<input type="checkbox"/> Oui	3	11%
<input type="checkbox"/> Un peu	12	44%
<input type="checkbox"/> Pas du tout	7	26%
<input type="checkbox"/> Sans opinion	5	19%

Question 20 : Disposez-vous de suffisamment d'information concernant la vie de l'établissement ?

<input type="checkbox"/> Oui	12	44%
<input type="checkbox"/> Non	4	15%
<input type="checkbox"/> Pas suffisamment	11	41%

Question 21 : Quelles propositions feriez-vous pour améliorer l'expression du personnel au sein des services/des pôles/de l'établissement ?

*Maintien des bureaux de pôle et des conseils de pôle

*Avoir un espace d'échange, rencontre entre les médecins du service, et cela de façon régulière.

Et surtout avoir le temps d'organiser de telle action

*Plus de proposition et d'information de tout le personnel médical, et une implication dans les projets du service

*Réunions de services régulières entre chefs de pôles, chefs de service et autres médecins pour préciser les objectifs, les projets, des services et de l'institution. Eviter la mise devant des faits accomplis

*Plus d'interaction entre le directeur et les médecins (même ceux ne faisant pas partie de la CME)

*Il s'agit avant tout de favoriser la transparence de la politique de gestion administrative et financière de l'hôpital à l'intention du corps médical

*Revenir aux réunions de service car le personnel ne se retrouve pas dans les pôles

*Instauration de structures internes démocratiques

*Des études de besoins auprès de tous les acteurs avant des discussions globales, type répartition des pôles

Au moins un représentant de chaque secteur considéré par des groupes de travail pour Nouvel Hôpital (exple: locaux de consultations)

*Plus de réunions de pôle et de service auxquelles je pourrai participer.

*Réduire le nombre d'interlocuteurs

*Des informations plus claires

*Tous les praticiens des unités doivent être impliqués dans le processus d'évolution future du service, du pôle ainsi que de l'établissement. En effet, l'attractivité des praticiens va de paire avec les conditions de travail, qui doivent motiver les praticiens à choisir Gonesse.

Donner les moyens pour s'épanouir dans leur travail et leur permettre une évolution de carrière pour les praticiens dans la sérénité, dans le respect en leur donnant la possibilité d'être responsable d'une activité qu'ils maîtrisent le mieux.

*Qu'on arrête de nous faire croire que l'on nous demande notre avis alors que les projets sont déjà "ficelés".

-Question 22 : existe-t-il, dans votre service, un tableau de service prévisionnel ?

<input type="checkbox"/> Oui	18	67%
<input type="checkbox"/> Non	1	4%
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	8	30%

Question 23 : Estimez-vous que la programmation des congés est suffisamment organisée et anticipée au sein de votre équipe ?

<input type="checkbox"/> Oui	22	81%
<input type="checkbox"/> Non	5	19%

Question 24 : Vous sentez-vous suffisamment protégé par rapport aux risques professionnels suivants ?

• Les troubles musculo-squelettiques :		
<input type="checkbox"/> Oui	4	15%
<input type="checkbox"/> Non	13	48%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	10	37%
• Les risques liés à l'activité que vous exercez :		
<input type="checkbox"/> Oui	10	37%
<input type="checkbox"/> Non	9	33%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	8	30%
• Les risques psycho-sociaux :		
<input type="checkbox"/> Oui	3	11%
<input type="checkbox"/> Non	15	56%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	9	33%
• Les risques physiques :		
<input type="checkbox"/> Oui	8	30%

<input type="checkbox"/> Non	9	33%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	10	37%

Question 25 : Si vous avez rencontré au cours des dernières années des problèmes de santé impactant votre exercice professionnel, quelles appréciations portez-vous sur l'accompagnement réalisé par ?

• La direction des affaires médicales :		
<input type="checkbox"/> très satisfait	4	15%
<input type="checkbox"/> assez satisfait		0%
<input type="checkbox"/> peu satisfait	1	4%
<input type="checkbox"/> pas du tout	2	7%
<input type="checkbox"/> non concerné	18	67%
• La médecine du travail :		
<input type="checkbox"/> très satisfait	1	4%
<input type="checkbox"/> assez satisfait	1	4%
<input type="checkbox"/> peu satisfait	2	7%
<input type="checkbox"/> pas du tout	2	7%
<input type="checkbox"/> non concerné	19	70%

-Question 26 : Diriez-vous que votre charge de travail est :

<input type="checkbox"/> Modérée		0%
<input type="checkbox"/> Normale	2	7%
<input type="checkbox"/> Importante mais tolérable	13	48%
<input type="checkbox"/> Trop importante	11	41%

-Question 27 : Diriez-vous que votre charge de travail est :

<input type="checkbox"/> Régulièrement répartie	11	41%
<input type="checkbox"/> Fluctuante	15	56%

Question 28 : Diriez-vous que l'organisation du service permet de répondre à la charge de travail :

<input type="checkbox"/> Oui	11	41%
<input type="checkbox"/> Non	13	48%

-Question 29 : Aspirez-vous à changer de quotité de temps de travail dans l'année à venir ?

<input type="checkbox"/> Oui	8	30%
<input type="checkbox"/> Non	18	67%

Si oui :

<input type="checkbox"/> Pour augmenter votre temps de travail		0%
<input type="checkbox"/> Pour diminuer votre temps de travail	6	75%

Question 30 : considérez-vous que les conditions de travail au cours de ces dernières années se sont :

<input type="checkbox"/> Dégradées	18	67%
<input type="checkbox"/> Maintenues	6	22%
<input type="checkbox"/> Améliorées		0%
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	3	11%

-Question 31 : Diriez-vous que l'accueil et l'intégration des nouveaux praticiens sont :

- Au niveau du CHG :

<input type="checkbox"/> très satisfaisant	3	11%
<input type="checkbox"/> moyennement satisfaisant	14	52%
<input type="checkbox"/> plutôt insatisfaisant	4	15%
<input type="checkbox"/> insatisfaisant	3	11%
<input type="checkbox"/> Satisfaisant	1	4%
• Au niveau du service :		
<input type="checkbox"/> très satisfaisant	14	52%
<input type="checkbox"/> moyennement satisfaisant	11	41%
<input type="checkbox"/> plutôt insatisfaisant	2	7%
<input type="checkbox"/> insatisfaisant		0%

Question 32 : Estimeriez-vous souhaitable que chaque praticien bénéficie d'un entretien régulier avec son chef de pôle/responsable de service pour initier ou suivre des projets dans lesquels il est impliqué, arrêter ensemble des objectifs, ... ?

<input type="checkbox"/> Oui	25	93%
<input type="checkbox"/> Non	2	7%

Question 33 : Estimez-vous que le CHG vous offre la possibilité de suivre des formations à la hauteur de ce qui vous apparaît nécessaire ?

<input type="checkbox"/> Oui	16	59%
<input type="checkbox"/> Non	10	37%

Question 34 : Etes-vous suffisamment associé à la détermination des priorités du pôle en matière de formation médicale continue ?

<input checked="" type="checkbox"/> Oui	10	37%
<input checked="" type="checkbox"/> Non	17	63%

-Question 35 : Estimez-vous partir suffisamment en formation ?

<input type="checkbox"/> Oui	11	41%
<input type="checkbox"/> Non	15	56%

Si non, pourquoi ?

<input type="checkbox"/> Manque d'envie		0%
<input type="checkbox"/> Manque de temps	12	80%
<input type="checkbox"/> Contribution financière insuffisante du CHG	3	20%
<input type="checkbox"/> Autre		0%

Question 36 : Connaissez-vous les modalités et circuits de demande de formation médicale continue et des remboursements ?

<input type="checkbox"/> Oui	21	78%
<input type="checkbox"/> Non	6	22%

Question 37 : Lorsque vous êtes en contact avec des interlocuteurs de la Direction des Affaires Médicales pour gérer votre situation ou votre carrière, comment évaluez-vous la qualité d'écoute et de traitement de vos demandes ?

<input type="checkbox"/> Satisfaisant	20	74%
<input type="checkbox"/> Insatisfaisant	4	15%
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	3	11%

Question 38 : Considérez-vous votre implication dans le processus de décision de votre hôpital ?

<input type="checkbox"/> Satisfaisante	6	22%
----------------------------------------	---	-----

<input type="checkbox"/> Moyennement satisfaisante	11	41%
<input type="checkbox"/> Insatisfaisante	6	22%

Question 39 : Estimez-vous être informé au bon moment des décisions importantes prises dans votre secteur d'activité :

<input type="checkbox"/> Toujours	5	19%
<input type="checkbox"/> Souvent	14	52%
<input type="checkbox"/> Très rarement	6	22%
<input type="checkbox"/> Pas du tout	3	11%

-Question 40 : Estimez-vous que vous être reconnu et que votre travail est valorisé par :

• Votre chef de pôle :		
<input type="checkbox"/> Oui	10	37%
<input type="checkbox"/> Non	7	26%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	7	26%
• Votre responsable de service:		
<input type="checkbox"/> Oui	13	48%
<input type="checkbox"/> Non	5	19%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	3	11%
• La direction:		
<input type="checkbox"/> Oui	7	26%
<input type="checkbox"/> Non	7	26%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	11	41%

-Question 41 : lorsque vous initiez des projets, vous estimez-vous soutenu et accompagné par :

• Votre chef de pôle :		
<input type="checkbox"/> Oui	12	44%
<input type="checkbox"/> Non	7	26%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	5	19%
• Votre responsable de service :		
<input type="checkbox"/> Oui	12	44%
<input type="checkbox"/> Non	6	22%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	2	7%
• La direction :		
<input type="checkbox"/> Oui	7	26%
<input type="checkbox"/> Non	11	41%
<input type="checkbox"/> ne sait pas	8	30%

-Question 42 : Pensez-vous que le CHG a, vis-à-vis de ses professionnels, un rôle :

<input type="checkbox"/> Protecteur	3	11%
<input type="checkbox"/> Fragilisant	6	22%
<input type="checkbox"/> Indifférent	14	52%
<input type="checkbox"/> Ne sait pas	1	4%

-Commentaire libre sur l'exercice médical au Centre Hospitalier de Gonesse

*quantité de travail très importante et fortes sollicitations

*Reconnaissance dans le travail accrue depuis que responsable de service : avant, non !!

*Plus de reconnaissance, d'information des praticiens

*Meilleures conditions d'exercice seraient les gages d'une plus grande attractivité du CHG

*Les comptes-rendus de CME devraient être communiqués à l'ensemble des praticiens.

Une meilleure information permettant de rentrer en CME (date des élections...) est souhaitable.

*La création des pôles et la mise en place de la T2A a créé un malaise net au sein des équipes médicales. L'impératif de la qualité de la prise en charge a été remplacé par une impression de course à l'activité. Il s'est créé une faille entre les médecins responsables de pôles et les autres, délétère pour l'organisation de service, le travail en équipe et l'ambiance professionnelle. Les chefs de pôles apparaissent comme les exécutants de l'administration, les décisions de l'hôpital ne sont plus prises que par le directeur, le président de CME et les membres du directoire (5 personnes !!). La CME ne sert qu'à présenter des décisions prises. Tout est discuté avant sans plus aucune participation de l'ensemble des médecins de l'hôpital. Il y a une grande déconsidération de la profession médicale. Tout n'est plus axé que sur l'activité et les problématiques budgétaires. L'ambiance de travail est pesante et psychologiquement difficile non pas tellement du fait de la quantité de travail mais par l'ambiance détestable créée entre les médecins et la qualité de prise en charge qui en découle. Il faut redonner la parole et refaire participer les médecins à l'organisation et la bonne marche de l'hôpital. Il faut que cet hôpital redevienne attractif. Il ne faut pas oublier qu'un hôpital sans médecin ne fonctionne pas et ne fait pas d'activité.

*Incidence démobilisante de la logique comptable et des réductions de personnel

*Transparence insuffisante de la politique d'administration de l'hôpital à l'intention du corps médical

*Fidélisation des praticiens insuffisante, avec évolution préoccupante vers une précarisation croissante des carrières et des équipes soignantes.

*Je souhaiterais être apprécié plus sur mes compétences médicales que sur une activité estimée par des codages ne reflétant pas la complexité d'une prise en charge médicalisée.

*MOTIVANT Les projets médicaux sont généralement suivis par l'administration (à condition qu'ils soient viable, bien sûr). J'espère que cela pourra perdurer.

*Trop de disparités dans la considération et le respect des médecins, absence de transparence sur les décisions et manque de démocratie. Sentiment d'un esprit "clanique" de plus en plus ressenti malgré tout. Manque de moyens humains grandissant.

*Certains praticiens sont victimes d'un harcèlement de la hiérarchie médicale et d'une indifférence administrative, qui se rétracte derrière des textes inadéquates!!

La justice sociale dans le milieu médical doit être la même que celle du personnel soignant, qui malheureusement est loin d'être appliquée. Cette justice est souvent appliquée de façon injuste dans cet hôpital.

Le personnel doit toujours se justifier, car les supérieurs hiérarchiques ont toujours raison, souvent à tort.

Malheureusement, l'administration ne reconnaît pas la sincérité et la souffrance de l'agent et n'entame aucune démarche pour vérifier car le chef a dit...

*Pas assez de reconnaissance du travail fourni (l'hôpital ne pourrait pas fonctionner sans médecins!!). Tendance à nous transformer en "officier de santé".

Annexe 4 : Convention entre le Centre Hospitalier de Gonesse et le Centre Cardiologique du Nord

CONVENTION

Entre

Le Centre Hospitalier de Gonesse (CHG), représenté par son Directeur, Monsieur Jean-Pierre BURNIER,

Et

Le Centre Cardiologique du Nord (CCN), représenté par son Directeur Général, Monsieur Philippe ERIGNOUX,

ARTICLE 1 – OBJET

La présente convention a pour objet, conformément à la demande exprimée par Monsieur le Directeur Général de l'ARSIF dans son courrier en date du 11 Mai 2011 à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Gonesse, et suite au constat effectué par ses services de l'insuffisance d'activité en actes interventionnels sous imagerie médicale par voie endovasculaire de type III de la part des praticiens du service de cardiologie de Gonesse au regard des seuils prévus par la réglementation et apprécié sur les trois dernières années, de rechercher l'appui et la collaboration d'un établissement proche géographiquement et dûment autorisé à exercer l'activité de cardiologie interventionnelle pour parvenir, sur le site de Gonesse, à une augmentation d'activité de cathétérisme permettant d'atteindre rapidement, significativement et durablement le seuil prévu par la réglementation et ainsi de justifier du renouvellement et du maintien d'une autorisation administrative d'exercice de cette activité.

ARTICLE 2 – FORME JURIDIQUE

Pour des raisons d'efficacité opérationnelle immédiate, de simplicité d'action et de pragmatisme dans la mise en œuvre de collaboration entre les deux structures, le choix du mode conventionnel est privilégié au moins pour les deux premières années d'exercice.

En cas de réussite, les deux parties envisageront, dans une seconde phase, la constitution d'un GCS.

ARTICLE 3 – CONTENU PRINCIPAL DE L'ACCORD

Compte tenu du constat des taux de fuites en cardiologie dans l'ex-territoire de santé 95-2, de la diminution dans ce secteur du nombre des cabinets libéraux de cardiologie et des besoins sanitaires à satisfaire pour les populations du secteur, les objectifs recherchés par les parties à l'occasion de l'accord visent à la fois au renforcement de l'activité des consultations de l'équipe médicale du service de cardiologie du Centre Hospitalier de Gonesse mais aussi au développement des consultations libérales par des praticiens cardiologues du Centre Cardiologique du Nord dans les locaux du service de cardiologie du Centre Hospitalier de Gonesse, ceci afin d'augmenter substantiellement l'activité de dépistage et de diagnostic préinterventionnel.

Centre Hospitalier de Gonesse
B.P. 30071
95503 GONESSE Cedex

- 1 -

Direction Générale
01.34.53.20.02
email : direction.generale@ch-gonesse.fr

ARTICLE 4 – OBJECTIFS QUANTITATIFS

Ils sont fixés pour les praticiens du Centre Cardiologique du Nord aux termes de l'accord à 1600 ou 1800 patients consultés annuellement en sus sur une base de 4 vacations hebdomadaires.

140 séjours annuels supplémentaires, soit 7 à 10 % de patients hospitalisés, générés par l'activité de consultations réalisées.

De 2 à 3 % de patients dilatés, soit une quarantaine d'actes d'angioplastie annuels qui s'ajoutent aux 350 actes réalisés annuellement par les praticiens du CHG.

ARTICLE 5 – MODALITES DE REALISATION DES CONSULTATIONS

En ce qu'elles relèvent de dispositions particulières et d'ordre individuel avec les praticiens libéraux exerçant habituellement au CCN, ces dispositions seront reprises et précisées dans un accord conventionnel particulier et spécifique entre ces praticiens et le CH de Gonesse.

Cependant, il est spécifié que les consultations effectuées par les praticiens du CCN ont lieu dans les locaux du Service de Cardiologie du CH de Gonesse, sur la base de plages hebdomadaires planifiées par les secrétaires médicales du CH de Gonesse avec mise à disposition du mobilier, matériel et consommable nécessaires.

La prise de rendez-vous est effectuée par les secrétaires médicales du Service de Cardiologie du CH de Gonesse.

Par ailleurs, il est probable que l'augmentation des consultations par les praticiens du CCN débouche sur une augmentation du nombre d'explorations cardiologiques.

Il n'est pas prévu par les parties dans un premier temps que les praticiens du CCN réalisent ces actes.

Cependant, s'ils devaient leur être demandé de réaliser des épreuves d'efforts ou des échocardiographies, celles-ci seraient effectuées à titre libéral et dans les mêmes conditions que celles prévues pour les consultations.

ARTICLE 6 – MODALITES FINANCIERES CONCERNANT LES CONSULTATIONS

En ce qu'elles relèvent de dispositions particulières et d'ordre individuel avec les praticiens libéraux exerçant habituellement au CCN, ces dispositions seront reprises et précisées dans un accord conventionnel particulier et spécifique entre ces praticiens et le CH de Gonesse.

Les consultations effectuées par les praticiens du CCN, conformément aux dispositions de la présente convention, le sont dans le cadre du Secteur I.

Les patients externes seront accueillis en consultation par un praticien du CCN.

Ils suivront le circuit des consultations externes de l'établissement, à savoir un enregistrement administratif aux caisses préalable à la consultation afin de créer le dossier et de recueillir les informations administratives nécessaires à la prise en charge, à l'identitovigilance et au recueil des droits.

Les praticiens seront indemnisés individuellement à l'issu de chaque mois en fonction de l'activité réelle de la période.

Le CHG reversera le montant de la consultation et des actes techniques, le cas échéant, réalisés sur la période.

Ce montant sera calculé selon les tarifs et règles de l'Assurance Maladie en vigueur à la date de réalisation pour les actes NGAP et CCAM minoré du taux de redevance appliqué par l'établissement.

Ce taux est arrêté conjointement à 15% pour toutes les prestations réalisées.

Il est calqué sur les pourcentages appliqués pour l'exercice libéral des praticiens hospitaliers et correspond à une contribution forfaitaire aux charges administratives, aux frais généraux et d'entretien et à la fourniture des consommables.

En cas de consultation réalisée sur demande d'un praticien du CHG au bénéfice d'un patient interne ou hospitalisé, une CSC est facturée au CHG.

Les praticiens du CCN, intervenants au CH de Gonesse dans le cadre des activités déterminées à la présente convention, s'engagent à s'assurer pour couvrir leur risque au titre de leur responsabilité civile médicale.

ARTICLE 7 – MODALITES DE REALISATION DE L'ACTIVITE INTERVENTIONNELLE DE TYPE III ET D'HOSPITALISATION

Il est convenu que la réalisation des actes de cardiologie interventionnelle et l'hospitalisation de tous les patients le nécessitant soit effectuée au sein du Service de Cardiologie du CHG en secteur public.

Dans le respect du principe de liberté de choix des patients, il est prévu que la prise en charge des actes et des prestations d'hospitalisation soit assurée par les praticiens et les personnels du CHG.

En cas d'hospitalisation nécessaire suite à une consultation par un praticien du CCN, celui-ci rédigera un courrier reprenant précisément l'histoire cardiologique du patient avec une conclusion d'entrée. Ce courrier sera transmis au praticien correspondant du Service de Cardiologie du CHG.

ARTICLE 8 – MODALITES FINANCIERES CONCERNANT LES ACTES ET LES SEJOURS GENERES PAR L'ACTIVITE DE CONSULTATION DES PRATICIENS DU CCN

En contrepartie de l'investissement des praticiens du CCN à développer des consultations de cardiologie, à repérer les patients pouvant justifier d'actes d'angioplastie, à communiquer des conclusions médicales d'entrée préalables au séjour, à participer à l'élaboration de protocoles d'intervention et d'un dossier médical harmonisé, il est convenu - dans la limite des objectifs quantifiés prévus à l'article 4 - le versement d'une indemnité calculée trimestriellement.

La reversion se fera à trimestre échu au CCN et sur la base de calcul des séjours payés durant la période par l'Assurance Maladie (GHS) et fonction de l'annexe 1 de l'arrêté annuel tarifaire.

La liste des séjours concernés sera établie par le DIM et les Services Financiers du CHG et sera communiquée aux services administratifs du CCN.

La reversion de l'indemnité se fera aux taux de 40% des ressources générées.

Le nombre maximal de séjours, faisant l'objet conventionnel de l'indemnité est de 140 par an. Au delà de ce chiffre, un avenant sera négocié et conclu.

Les séjours de niveau 3 et 4 seront exclus de l'accord et indemnisés sur la base des séjours de niveau 1 et 2.

ARTICLE 9 – RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION ENTRE LE CHG ET LE CCN

Les praticiens du Service de Cardiologie du CHG s'engagent à travailler en réseau avec les praticiens du CCN dans les activités de rythmologie et de chirurgie cardiaque.

Dans un souci de clarification de ses accords de coopération interhospitalière, le CHG se retirera de la convention de partenariat contractée avec le Centre Hospitalier René Dubos et le Groupe Hospitalier Eaubonne-Montmorency.

Les praticiens des deux structures s'engagent par ailleurs à mettre en œuvre les protocoles d'intervention et un dossier médical harmonisé, à organiser des staffs et des actions de formation communes.

Un comité médical et un comité de gestion de la convention seront institués et réunis au moins une fois par an.

Un représentant de l'ARSIF pourra être invité à ces instances.

Ces comités seront tenus informés de toutes les démarches entreprises par l'établissement dans le cadre d'éventuelles extensions et/ou créations d'activité de soins et de matériel lourd relevant du droit des autorisations dans le cadre de son activité de cardiologie.

Un règlement intérieur sera établi pour chacune de ces instances.

ARTICLE 10 – DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est établie pour une durée de 2 ans.

A l'issue de cette période, elle pourra être reconduite par tacite reconduction, par période annuelle mais pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, trois mois avant expiration de la période.

Les parties se réservent, à l'issue d'une première durée de 2 ans de collaboration prévue à la présente convention, de renforcer leur accord par la constitution d'un GCS.

La présente convention deviendrait caduque de plein droit en cas d'un éventuel retrait de l'autorisation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie de type III au Centre Hospitalier de Gonesse par les Autorités de Tutelle.

La convention prendra effet après approbation par l'ARSIF de l'accord intervenu.

ARTICLE 11 – ARBITRAGE

En cas de difficultés de fonctionnement ou d'interprétation des clauses contractuelles, les parties conviennent de solliciter Monsieur le Directeur de l'ARSIF pour rechercher un arbitrage.

ARTICLE 12 – CLAUSE DE NON CONCURRENCE

Le Centre Hospitalier de Gonesse s'interdit de recruter et/ou d'autoriser l'exercice de leur art sous quelque forme que ce soit à tout praticien du CCN, même démissionnaire, qui aura été et/ou qui est concerné au titre de la présente convention.

Il en est de même pour le recrutement par le CCN de praticiens du CH de Gonesse ayant exercé dans le cadre de la présente convention.

Fait à Gonesse, le 26 Septembre 2011

Pour le Centre Hospitalier de Gonesse,

Monsieur J.P. BURNIER
Directeur



Pour le Centre Cardiologique du Nord,

Monsieur Ph. ERIGNOUX
Directeur Général

Société d'Exploitation du
Centre Cardiologique du Nord
32-36 rue des Moulins Gémeaux
93200 Saint-Denis
Tél. 01 49 33 41 41 - Fax 01 48 20 25 33
N° Siret 327 807 103 00012
Code APE 8610 Z

Annexe 5 : Ratios indicateurs de charge de travail

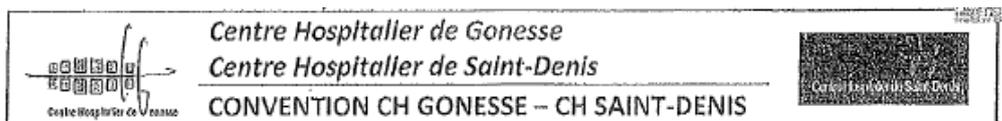
A) Données initiales

	Jours travaillés	Plages additionnelles	Temps disponible (TD)	Nombre de Journées (J)	Nombre d'interventions chirurgicales (IC)	Nombre de consultations externes (CS)	RUM	RSS
Janvier	175,5	18	194	830	138	898	210	209
Février	111	18	129	830	126	839	198	194
Mars	113	18	131	965	175	861	247	242
Avril	154	18	172	965	161	781	227	224
Mai	131	19	150	875	166	942	212	212
Juin	138	19	157	760	159	1034	211	211
Juillet	72	19	91	760	145	799	203	200
Août	55	19	74	625	149	813	175	174
Septembre	116	19,5	136	765	160	900	206	204
Octobre	131	19,5	151	770	177	1001	256	247
Novembre	92	19,5	112	830	149	475	209	207
Décembre	161	19,5	181	1100	150	557	226	222
2012	1576	226	1 802	10 074	1 855	9 900	2 580	2 546

B) Ratios

	Ratio J/TD	Ratio IC/TD	Ratio CS/TD	Ratio RUM/TD	Ratio RSS/TD
Janvier	4,289	0,713	4,641	1,085	1,080
Février	6,434	0,977	6,504	1,535	1,504
Mars	7,366	1,336	6,573	1,885	1,847
Avril	5,610	0,936	4,541	1,320	1,302
Mai	5,833	1,107	6,280	1,413	1,413
Juin	4,841	1,013	6,586	1,344	1,344
Juillet	8,352	1,593	8,780	2,231	2,198
Août	8,446	2,014	10,986	2,365	2,351
Septembre	5,646	1,181	6,642	1,520	1,506
Octobre	5,116	1,176	6,651	1,701	1,641
Novembre	7,444	1,336	4,260	1,874	1,857
Décembre	6,094	0,831	3,086	1,252	1,230
2012	5,590	1,029	5,494	1,432	1,413

Annexe 6 : Convention entre le Centre Hospitalier de Gonesse et le Centre Hospitalier de Saint-Denis relative à la prise en charge chirurgicale du cancer



CONVENTION RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CANCER ENTRE LE CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE ET LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT DENIS

PREAMBULE

Considérant les autorisations d'exercer l'activité de chirurgie carcinologique mammaire et l'activité de chirurgie carcinologique gynécologique,

- Autorisation n° 09-227 accordée au Centre Hospitalier de Saint Denis, notifiée le 17 juillet 2009
- Autorisation n° 12-173 accordée au Centre Hospitalier de Gonesse, notifiée le 15 mai 2012

Considérant que le CH de Saint Denis a obtenu en 2009 le maintien de son autorisation de chirurgie carcinologique mammaire sous réserve de la visite de conformité effectuée en juillet 2011, et que cette dernière a acté le non respect du seuil INCA exigible en accordant un moratoire de 18 mois,

Considérant que le CHSD réalise chaque année une trentaine d'interventions et que ce chiffre, au-delà du seuil, est en augmentation du fait de l'ouverture de plusieurs consultations hebdomadaires de gynécologie et du recrutement de nouveaux praticiens,

Considérant que le CH de Gonesse exerce une activité de chirurgie reconstructrice, et que le CH de Saint-Denis diagnostique chaque année plusieurs cas de patients éligibles à cette chirurgie.

Considérant que l'activité chirurgicale de traitement des cancers devait être en conformité avec les dispositions du CSP (R6123-87 et suivants et D6124-131) dans les 18 mois suivant la notification et que suite aux visites de conformité effectuées dans chacun des deux établissements il ressort que le seuil réglementaire opposable concernant la chirurgie des cancers du sein n'a pas été atteint en moyenne sur les 3 dernières années par chacun d'eux ;

Considérant la file active de chacun des établissements signalés, inférieure mais proche du seuil dans chacun des établissements, et croissante au CHSD :

Année	CH de Gonesse	CH de Saint Denis
2008	38	24
2009	28	20
2010	20	33 (32 en 2011)

Moyenne sur les 3 ans	28,7	25,6
-----------------------	------	------

Considérant l'importance de maintenir une activité publique de chirurgie des cancers du sein et d'une chirurgie des cancers gynécologiques garantissant un accès universel et rapide aux soins, même aux plus démunis, et le libre choix des patients sur les territoires contigus de l'Ouest de la Seine Saint Denis et de l'Est du Val d'Oise, lesquels disposent de l'organisation et des compétences chirurgicales et médicales permettant à ce jour le maintien de ces activités,

Considérant l'intérêt manifesté par l'Institut Curie pour une collaboration avec les CH de Gonesse et de Saint-Denis dans la prise en charge du cancer,

Il est convenu entre les Centres Hospitaliers de Saint Denis et de Gonesse le dispositif de coopération suivant :

Article 1) Objet de la convention

1) Chirurgie carcinologique mammaire

L'activité chirurgicale de cancer du sein des deux établissements signataires est assurée à compter de la signature de la présente convention sur le site du Centre Hospitalier de Saint Denis, permettant le maintien de l'offre des deux hôpitaux et garantissant ainsi pour l'avenir le respect des seuils INCA nécessaire au maintien de l'autorisation du CHSD.

2) Chirurgie carcinologique gynécologique du petit bassin

Toutes les patientes de Saint Denis diagnostiquées sont orientées sur le CH de Gonesse où elles sont prises en charge par les praticiens de cet établissement, garantissant ainsi pour l'avenir le respect des seuils INCA nécessaire au maintien de l'autorisation du CH de Gonesse.

Le CH de Saint-Denis adresse entre 10 et 15 patientes par an au CH de Gonesse.

3) Chirurgie de la reconstruction

Le CH de Saint-Denis adresse au CH de Gonesse ses patientes devant bénéficier d'actes de chirurgie de la reconstruction.

La collaboration entre les 2 établissements dans ce domaine de la chirurgie de reconstruction sera précisée dans un avenant à la présente convention.



ARTICLE 2. CHIRURGIE

Les consultations ont lieu dans chacun des deux établissements.

Les dossiers de cancérologie mammaire et gynécologique sont présentés en préopératoire de façon exhaustive à une des RCP d'oncologie (celle du CH de Saint Denis ou du CH de Gonesse) au choix du praticien référent du patient et la décision sera tracée dans le dossier médical.

Les actes chirurgicaux sont réalisés par les chirurgiens de l'un ou l'autre des établissements au Centre Hospitalier de Saint Denis pour le sein, au centre hospitalier de Gonesse pour la chirurgie du pelvis.

Le suivi chirurgical post opératoire immédiat est assuré par les équipes du CHSD pour le sein, par celles de Gonesse pour la chirurgie du pelvis.

Les patientes sont réorientées sur l'établissement adresseur, sauf demande expresse, pour les traitements post opératoires et notamment pour les chimiothérapies, avec l'intégralité des documents nécessaires à la transmission des informations et à la continuité des soins (CRO, CRH, CR de RCP et CR d'anatomopathologie).

Les deux établissements sont, l'un et l'autre, acteurs du réseau Onconord.

Des procédures précises d'échange et de coopération sont formalisées concernant ces chemins cliniques, en accord avec les chefs de pôle et de service concernés dans les deux établissements, et dans le respect des bonnes pratiques en vigueur.

ARTICLE 3. Programmation des interventions au bloc opératoire de Saint-Denis

Comme pour les patients de sa file active actuelle, le CHSD s'engage à programmer l'intervention chirurgicale des patients adressés par le CH de Gonesse dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai inférieur à 15 jours.

Les praticiens du CH de Gonesse seront régulièrement invités au conseil de bloc du CHSD afin de faciliter leur intégration dans l'établissement et de fluidifier leurs interventions au bloc opératoire.

Une vacation opératoire hebdomadaire fixe est offerte à un chirurgien du CH de Gonesse, durant laquelle il pourra opérer ses propres patientes ainsi que celles du CHSD le cas échéant.

L'opérateur code son activité CCAM avant sa sortie du bloc opératoire.



Centre Hospitalier de Gonesse
Centre Hospitalier de Saint-Denis

CONVENTION CH GONESSE – CH SAINT-DENIS



Article 4. Modalités financières

Les temps opératoires réalisés par un praticien sur le site de l'hôpital partenaire sont remboursés par ce même établissement.

Le praticien pratiquant l'intervention au CHSD peut se faire accompagner de collaborateurs à sa convenance.

- Si ces collaborateurs sont partie prenante à l'acte opératoire, leur temps est remboursé par le CH de Saint-Denis.
- S'il s'agit de collaborateurs assistant à l'intervention dans un but de formation, ils restent à la charge du CH de Gonesse.

Il bénéficiera de l'aide d'un interne de Saint Denis et de l'équipe de bloc opératoire habituellement présente pour ce type d'intervention.

Une fois par semestre, l'hôpital où ont lieu les interventions envoie un récapitulatif détaillé du nombre d'heures de présence du praticien et des aides opératoires au titre de la présente convention.

Les remboursements se font à partir de ce récapitulatif et sur envoi d'un titre de recettes semestriel par l'établissement d'origine du praticien.

Les frais de transport sont remboursés par l'établissement dans lequel a lieu l'intervention, sur présentation d'un justificatif par le praticien / l'aide opératoire concerné.

Article 5. Engagements réciproques

Afin d'assurer le bon fonctionnement du partenariat, le CH de Gonesse et le CHSD s'engagent à :

- mobiliser les moyens humains et matériels dont ils disposent pour assurer la continuité et la qualité des soins prodigués au patient ;
- développer les outils de communication facilitant l'information et la coordination des soins entre les différents acteurs de santé ;
- faciliter la participation de leurs professionnels de santé respectifs à la mise en œuvre de la coopération et à l'évaluation de celle-ci ;
- informer leurs patients respectifs de l'existence du présent partenariat dans le respect du libre choix du praticien et de l'établissement de santé ;
- informer leurs professionnels de santé respectifs des prestations et services rendus par l'autre partie.

Article 6. Responsabilité

Les interventions pratiquées par un praticien de l'établissement partenaire sont couvertes par l'assurance responsabilité civile de l'établissement dans lequel elles ont lieu.

Les trajets effectués par les personnels du CH de Gonesse allant opérer au CH de Saint-Denis sont couverts par l'assurance du CH de Gonesse.



Article 7 - Confidentialité

Toutes les informations relatives aux patients sont confidentielles et sont protégées par le secret professionnel et médical.

Chaque partie s'engage à prendre toutes les précautions utiles pour garantir le respect de la confidentialité et l'intégrité des informations transmises ou acquises pendant l'exécution de la présente convention. Cette obligation pèse sur chacune des parties pendant toute la durée de leur collaboration ainsi qu'à son expiration, sans limitation de durée.

Chaque partie répond de ses collaborateurs qui seront soumis au respect du secret professionnel.

Article 8 - Promotion et évaluation de l'activité

Les deux établissements signataires s'engagent à consolider ce dispositif par des actions complémentaires de partenariats avec les acteurs du dépiçage, les réseaux de cancérologie et dès que possible avec une structure de recours, permettant d'augmenter de façon significative la file active et s'inscrire ainsi dans une collaboration garantissant la pérennité et la qualité de l'activité.

Chaque année, la collaboration entre les deux établissements donnera lieu à une évaluation confiée au 3C du réseau ONCONORD commun aux deux établissements et un rapport d'activité discuté entre les équipes des deux établissements.

Cette évaluation doit montrer que la coopération engagée et les adressages effectués contribuent de manière significative au respect par les deux établissements des seuils d'activité auxquels ils sont soumis en matière de chirurgie du cancer.

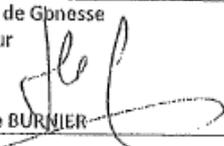
Dans le cas contraire, les modalités de cette coopération sont revues.

Article 9 - Durée de la convention

La convention est signée pour un an et renouvelable par tacite reconduction.

La convention peut être résiliée à l'initiative de chaque établissement, après un délai de prévenance de 6 mois.

Fait à Gonesse, le 12 septembre 2012

Pour le CH de Gonesse Le Directeur  Jean-Pierre BURNIER	Pour le CH de Saint-Denis La Directrice  Elisabeth BEAU
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexe 7 : Tableau de service issu du logiciel E-GTT

CH GONESSE

Affections au service

Imprimé le 08/08/2013 à 23:27

Période du 01/10/2012 au 04/11/2012

Etat : Valorisé

Type de tableau : Senior

	Lun		Mar		Mer		Jeu		Ven		Sam		Dim	
	Jour	Nuit												
	01/10		02/10		03/10		04/10		05/10		06/10		07/10	
Praticien 1					AN	AN			AN	AN				
Praticien 2	AH	AH			AH	AH	G	G			AH	AH		
Praticien 3	AH	AH			AH	AH			AH	AH				
Praticien 4	AH	AH	G	G			AH	AH			AH	AH	AH	DG
Praticien 5	AH	AL			AH	AH	G	G			AH	AH		
Praticien 6					AH	AH			AH	AH			AH	AH
Praticien 7	AH	AH					AH	AH	B	D				
Praticien 8					AH	AH			AH	AH			G	G

Date:

signature

Page 1

AH : Activité hospitalière	AIG : Activité intérêt général
DG : Demi garde jour	AL : Activité libérale
G : Garde	CA : Congés annuels
	CE : Congés exceptionnels
	CET : Déblocage cet
	FC : Formation
	MAL : Maladie mater at
	RC : Récupération
	RCas : RCas
	RS : Repos Sécurité
	RTP : Repos temps partiel
	RTT : Rtt
	ST : Staff
	Z : Grève

Date:

signature

Page 7

Annexe 8 : Tableau de service de l'un des services de soins du Centre hospitalier de Gonesse

Service – CH GONESSE - SEMAINE DU 29/07/2013 AU 03/08/2013

	BIP Urgences		Activité 1		Activité 2		Consultation 1		Consultation 2		Consultation 3		Activité 3		Activité 4		Activité 5	
	Matin	A.M.	Matin	A.M.	Matin	Matin	Matin	Matin	Matin	Matin	Matin	A.M.	Matin	A.M.	Matin	A.M.	Matin	A.M.
LUNDI 29	Praticien 1	Praticien 2	Praticien 2	Praticien 1	Praticien 1 Interne 1	Praticien 2 Interne 2			Praticien 2 Interne 4	Praticien 3	Praticien 3	Praticien 5	Urg Praticien 2	Praticien 6	Praticien 7			
MARDI 30	Praticien 1	Praticien 2	Praticien 4	Praticien 1	Praticien 1 Interne 1	Praticien 2 Interne 2			Praticien 2 Interne 4	Praticien 3			Urg Praticien 4	Urg Praticien 2			Praticien 4	
MERCREDI 31	Praticien 2	Praticien 2	Praticien 4	Praticien 2	Praticien 2 Interne 1	Praticien 2 Interne 2	Praticien 2 Interne 3	Praticien 2 Interne 4					Urg Praticien 3	Urg Praticien 2	Praticien 5			
JEUDI 1	Praticien 3	Praticien 2	Urg Praticien 2	Praticien 2	Praticien 2 Interne 1	Praticien 2 Interne 2	Praticien 2 Interne 3	Praticien 2 Interne 4	Urg Praticien 3	Praticien 3			Urg Praticien 3	Urg Praticien 2 Praticien 3				
VENDREDI 2	Praticien 2	Praticien 2	Urg Praticien 2	Urg Praticien 2	Praticien 2 Interne 1	Praticien 2 Interne 2	Praticien 2 Interne 3	Praticien 2 Interne 4	Praticien 3	Praticien 3	Praticien 5	Praticien 2	Praticien 6	Praticien 7				
SAMEDI 3					Praticien 5	Praticien 2 Interne 2	Interne 3	Interne 4										

Annexe 9 : Questionnaire à destination des Directeurs des Affaires médicales d'Ile-de-France

Votre établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales ? Si oui, lesquelles ?

Est-il possible d'esquisser quelques tendances fortes d'évolution des statuts des praticiens exerçant dans votre établissement au cours des dix dernières années ?

Votre établissement est-il contraint de faire appel à de l'intérim médical ?

Le personnel médical est-il intégré dans les axes de travail du projet social de l'établissement ?

Des dispositifs spécifiques ont-ils été mis en place en vue d'inciter les internes à exercer dans votre établissement ?

Rendez vous publics les postes médicaux vacants ou devant devenir vacants ? Si oui, par quel vecteur ?

Disposez vous d'équipes médicales territoriales ?

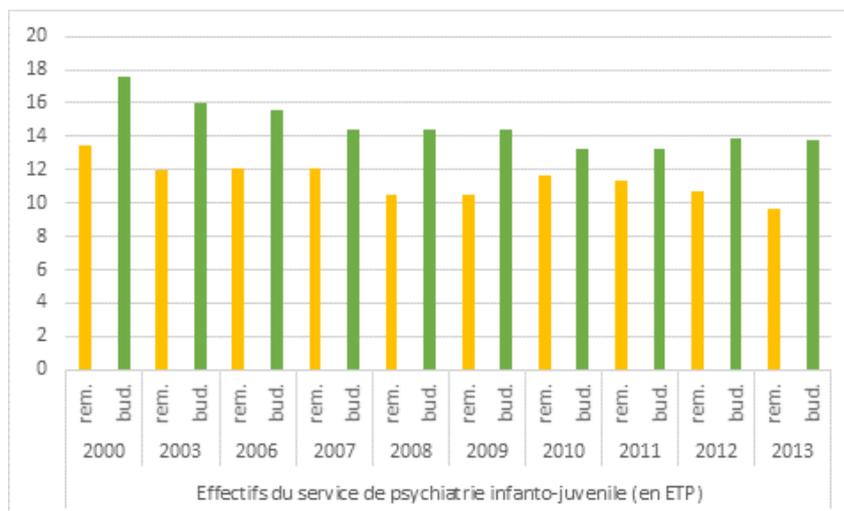
Votre établissement a-t-il choisi d'instaurer une politique spécifique de gestion du temps médical ? Par quel moyen ?

Avez-vous mis en place des dispositifs de partenariats avec d'autres établissements de santé, publics ou privés, en vue de conserver ou développer une activité médicale ?

Sur des postes particulièrement difficiles à pourvoir, avez-vous mis en place des dispositifs spécifiques pour recruter ? Si oui, lesquels ?

Annexe 10 : Evolution des effectifs médicaux du service de Psychiatrie Infanto-Juvenile

	Effectifs du service de psychiatrie infanto-juvenile (en ETP)																			
	2000		2003		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.
PH temps plein	7	7	8	9	9	9	9	9	9	9	8	9	8,8	10	8,4	10	6,6	10	5	9,9
PH temps partiel	1,8	5	0,6	3	1,8	3	1,8	1,8	1,2	1,8	1,2	1,8	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Assistant	2	2	2	2	1	2	1	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	3
PAC	2	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2,2	0
Attachés	0,7	1,6	0,4	1	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6	1,5	0,3	0,8	0,3
TOTAL	13,5	17,6	12	16	12,1	15,6	12,1	14,4	10,5	14,4	10,5	14,4	11,7	13,2	11,3	13,2	10,7	13,9	9,6	13,8

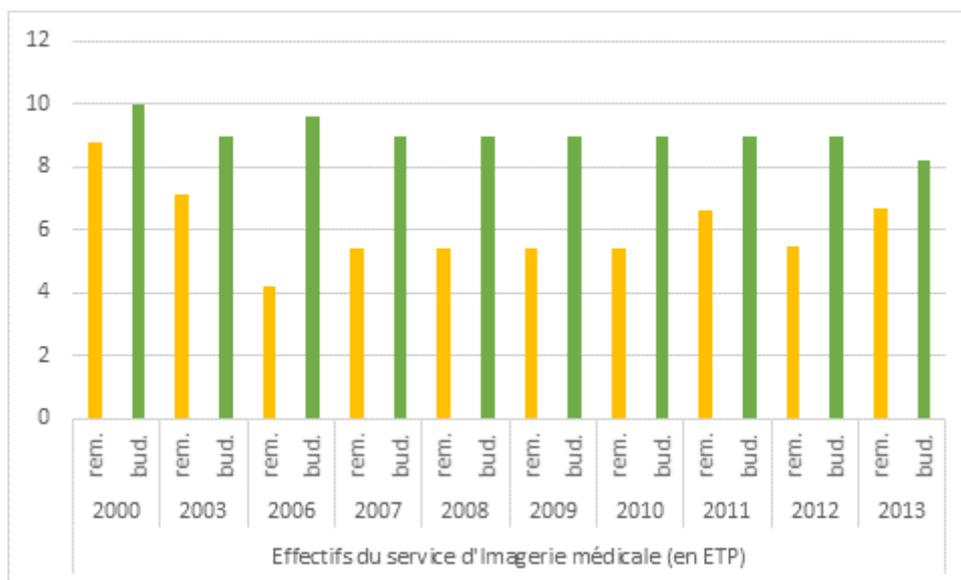


rem. : rémunérés

bud. : budgétés

Annexe 11 : Evolution des effectifs médicaux du service d'Imagerie médicale

	Effectifs du service d'Imagerie médicale (en ETP)																			
	2000		2003		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.	rem.	bud.
PH temps plein	3,8	4	5	6	1,8	6	4	6	4	6	4	6	4	6	3	6	1	6	0	6
PH temps partiel	1,4	3	0,8	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	2	0,4	1,2
Assistant	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	1	1,2	1	0	1
PAC	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,6	0
Attachés	0,6	0	0,3	0	0	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2,9	0	5,7	0
TOTAL	8,8	10	7,1	9	4,2	9,6	5,4	9	5,4	9	5,4	9	5,4	9	6,6	9	5,5	9	6,7	8,2



rem. : rémunérés

bud. : budgétés

Annexe 12 : Résultats du questionnaire à destination des Directeurs des Affaires médicales d'Ile-de-France

Nombre de réponses	11								
1) Votre établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales?									
Oui	10	91%							
Non	1	9%							
Psychiatrie	3	30%							
Médecine générale	2	20%							
Anesthésie-Réanimation	6	60%							
Gynécologie-obstétrique	1	10%							
Imagerie médicale	5	50%							
Anatomo-pathologie	1	10%							
Urgences	3	30%							
Cardiologie	1	10%							
Gastro-entérologie	1	10%							
Neurologue	1	10%							
2) Est-il possible d'esquisser quelques tendances fortes d'évolution des statuts des praticiens exerçant dans votre établissement au cours des dix dernières années?									
Augmentation des PH	7	64%							
Diminution assistants et contractuels	1	9%							
Augmentation de PADHUE	1	9%							
Augmentation des contractuels	2	18%							
Augmentation praticien attaché associé	1	9%							
3) Votre établissement est-il contraint de faire appel à de l'intérim médical ?									
Oui	4	36%							
Non	7	64%							
4) Le personnel médical est-il intégré dans les axes de travail du projet social de l'établissement ?									
Oui	6	55%							
Non	5	45%							
5) Des dispositifs spécifiques ont-ils été mis en place en vue d'inciter les internes à exercer dans votre établissement ?									
Oui	6	55%							
Non	5	45%							
Lesquels ?	Accueil institutionnel et/ou médical, thèmes d'étude proposés/cours théoriques et pratiques, analyse des retours des évaluations de stage, accompagnement administratif et pédagogique des internes								
	Mise à disposition de chambres								
6) Rendez vous publics les postes médicaux vacants ou devant devenir vacants ?									
Oui	11	100%							
Non	0	0%							
Par quel vecteur ?	CNG, Site de la FHF et partenaires, sites institutionnels, publications médicales, site de l'établissement, associations de praticiens								
7) Disposez vous d'équipes médicales territoriales ?									
Oui	3	27%							
Non	8	73%							
8) Votre établissement a-t-il choisi d'instaurer une politique spécifique de gestion du temps médical ?									
Oui	3	27%							
Non	8	73%							
9) Avez-vous mis en place des dispositifs de partenariats avec d'autres établissements de santé, publics ou privés, en vue de conserver ou développer une activité médicale ?									
Oui	10	91%							
Non	1	9%							
10) Sur des postes particulièrement difficiles à pourvoir, avez-vous mis en place des dispositifs spécifiques pour recruter ?									
Oui	6	55%							
Non	5	45%							
Lesquels?	Postes partagés, Contrat portant sur les plages additionnelles, formations internes, recours à des cabinets de recrutement								

HIANCE	Marie-Marthe	9-10 décembre 2013
FILIERE DIRECTEUR D'HÔPITAL Promotion 2012-2014		
Les Ressources humaines médicales au CH de Gonesse: Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial		
Mémoire réalisé en partenariat avec l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris		
<p>Résumé :</p> <p>La gestion des Ressources Humaines médicales fait l'objet d'un nouveau souffle au Centre Hospitalier de Gonesse. Afin de développer et renforcer les facteurs d'attraction et de fidélisation du personnel médical, l'établissement a choisi d'élaborer un volet médical au traditionnel projet social. Cette démarche a été justifiée par les difficultés de recrutement rencontrées sur certaines spécialités médicales, et notamment l'Imagerie médicale et la Pédopsychiatrie, et sur certains statuts de praticiens, en particulier les Praticiens Hospitaliers.</p> <p>Les outils à disposition des établissements publics de santé étant limités, notamment en termes de rémunération des médecins, seule une action sur les parcours professionnels peut inciter les praticiens à choisir un hôpital public, situé dans la Grande Couronne de l'Île-de-France. Dès lors, la question de la lisibilité du temps médical disponible par la direction du CH de Gonesse se pose, en considérant qu'elle est la seule base indispensable en vue de contractualiser sur des projets médicaux particuliers de façon individuelle ou d'envisager un exercice médical territorial, susceptible d'attirer des praticiens.</p> <p>L'enjeu de ces réflexions est double, pour l'hôpital de Gonesse : il s'agit à la fois d'assurer le développement de l'offre de soins prévus dans le nouveau Projet Médical d'Etablissement 2013-2017, et également de garantir le maintien de l'activité dans le Nouvel Hôpital, en cours de construction.</p>		
<p>Mots clés :</p> Projet Médical d'Etablissement, Médecins, Attraction, Fidélisation, Projet Social médical, Temps médical, Parcours professionnels, Territorialisation		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		