



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

**L'attraction, le recrutement et la
fidélisation des ressources médicales :**
l'exemple d'un Centre Hospitalier
du Sud-Ouest de la France

Nathalie LEROUX

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour la possibilité qui m'a été donnée d'effectuer un stage au cours de la formation initiale des élèves Attachés d'Administration Hospitalière et de poursuivre l'ensemble de ces avancées pratiques en y adjoignant une dimension plus théorique par le processus qui a mené à l'écriture de ce mémoire. Je tiens à remercier Monsieur Patrick PLASSAIS, Directeur d'Hôpital et Professeur à l'EHESP, pour son écoute lors de mes recherches et qui a su m'orienter sur le choix de mon stage quand plusieurs possibilités s'offraient à moi. Plus particulièrement, je remercie Mesdames Elisabeth COSSON, anciennement responsable du dispositif Mémoire à l'EHESP, et Véronique FLOQUET, Responsable des Affaires Générales, Pôle Ressources Humaines et Affaires Sociales au CHU de Nancy, pour leurs lectures et conseils qui se sont avérés essentiels pour la poursuite de mon mémoire.

Aborder une nouvelle expérience professionnelle peut être intimidant. Les attentes et les appréhensions sont multiples. Ces inquiétudes ont été rapidement effacées par la disponibilité de l'ensemble de l'équipe de la Direction des Affaires Médicales du Centre Hospitalier (CH) m'ayant accueillie, que je remercie pour m'avoir intégrée aussi rapidement au sein de leur bureau.

Enfin, je souhaite, tout particulièrement, apporter mes remerciements à la Directrice des Affaires Médicales de ce CH pour son attention à mon égard tout au long du stage et par la suite pour le façonnement de ce mémoire. Ses encouragements et ses remarques m'ont assurée de ma volonté de poursuivre une carrière aux Affaires Médicales. Je l'en remercie vivement.

Sommaire

Introduction.....	1
Chapitre 1 : Un contexte contraignant au niveau national et local impactant les modalités de prises en charge du CH étudié :.....	5
I) La démographie médicale, peu favorable, ne permet pas de constituer un vivier suffisant pour répondre aux besoins du CH étudié :	5
A) La démographie médicale française, résultat des modalités d'exercice de la profession :	5
B) Le contexte local, non alarmant à court terme, mais des problématiques inquiétantes sur le long terme :.....	7
II) L'encadrement réglementaire des hôpitaux publics contraint le CH étudié dans sa politique d'attraction, de recrutement et de fidélisation des praticiens :	10
A) Les statuts définissent les modalités de recrutement et d'évolutions de carrière :...	10
B) Une réglementation qui exige de trouver du temps médical :.....	12
C) La publicité et le démarchage de l'hôpital public, des méthodes d'attraction non autorisées :.....	13
III) Les conséquences : un CH qui fait face à des problématiques de pénurie médicale ayant des répercussions sur les prises en charge et le bien être au travail :.....	15
A) Des situations complexes liées au déficit de ressources médicales sont venues impacter l'offre de soins dans l'histoire récente du CH :.....	15
B) Un malaise au sein de la communauté médicale perceptible du fait du manque de praticiens :.....	16
Chapitre 2 : Une politique d'attraction, de recrutement et de fidélisation du personnel médical du CH étudié qui n'est pas encore arrivée à la mesure de ses ambitions :.....	19
I) L'attraction du personnel médical dans le CH étudié : des actions qui ont porté leurs fruits malgré des lacunes :.....	19
A) Les actions menées, une démarche qui allie des outils et du sens :.....	19
B) Bilan : le CH étudié incite-t-il les praticiens à venir exercer dans ses lieux ?.....	21
II) La phase du recrutement : moment ultime de transition entre l'attraction et la fidélisation	23
A) Les actions menées : de la candidature à la signature d'un contrat de travail.....	23
B) La phase de recrutement, facteur d'attraction par le reflet des organisations en place et de l'investissement des acteurs de l'établissement :.....	25
C) La phase de recrutement, un vecteur permettant de faire s'exprimer les attentes des praticiens dans une optique de fidélisation.....	26
III) La fidélisation du personnel médical : une réflexion qui mûrit au sein du CH étudié mais un travail de long terme qui s'annonce.....	28
A) Les actions menées : des premiers jours de travail à une carrière au sein du CH.....	28
B) Bilan : des ambitions affirmées de fidéliser les praticiens mais un travail de long terme qui doit aussi porter sur la question du bien-être au travail :.....	30

IV) Bilan des résultats : un diagnostic qui met en avant trois axes de réflexion:..	31
A) La nécessité de se tourner vers des politiques d'attraction, de recrutement, et de gestion de carrière plus individualisées.....	31
B) L'attraction, le recrutement et la fidélisation ne peuvent fonctionner qu'à travers des organisations médicales et administratives solidement établies.....	31
C) Le positionnement territorial de l'établissement est un argument essentiel dans le choix des praticiens.....	32
Chapitre 3 : Une gestion des Affaires Médicales pouvant être valablement enrichie pour répondre aux ambitions d'attraction, de recrutement et de fidélisation du CH étudié :	33
I) Vers une individualisation du recrutement et de la gestion des carrières.....	33
A) Une communication de recrutement plus personnelle s'intégrant dans une stratégie de communication globale de l'établissement :	33
B) Du statut au salaire, des outils règlementaires singuliers pour attirer et conserver les ressources médicales :	35
C) Assurer une gestion des carrières personnalisée :	36
II) Vers des organisations médicales et administratives solidement établies garantissant le bien-être au travail des praticiens.....	38
A) Une ambition d'attraction, de recrutement et de fidélisation qui doit mobiliser tous les professionnels de l'établissement.....	38
B) Une attention particulière sur les conditions de travail des praticiens et leur bien-être au travail :	41
III) Vers une posture systémique pérenne du CH étudié dans son territoire.....	43
A) Affermir les liens établis avec le CHU :	43
B) Créer des liens plus solides avec la médecine de ville du territoire :	44
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	49
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

3C : Centre de Coordination en Cancérologie
AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
ARS : Agence Régionale de Santé
BAM : Bureau des Affaires Médicales
CET : Compte Epargne Temps
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP : Code de Santé Publique
DAM : Direction des Affaires Médicales
ECN : Epreuves Classantes Nationales
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé
PH : Praticien Hospitalier
RTT : Récupération du Temps de Travail
SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
T2A : Tarification A l'Activité
TTA : Temps de Travail Additionnel
UCC : Unité Cognitivo Comportementale
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Introduction

« A l'hôpital, il n'y a pas que des médecins mais on y vient avant tout pour rencontrer des médecins (...) un hôpital sans médecins est un hôpital qui se meurt ». Tel était le discours tenu par le Directeur du Centre Hospitalier (CH) de notre cas d'étude devant la communauté médicale lors d'une Commission Médicale d'Etablissement (CME)¹. Cette assertion reflète tout l'enjeu pour les hôpitaux d'être assez fortement dotés en personnel médical et de la nécessité pour les Directions des Affaires Médicales (DAM), et par suite de l'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), d'entretenir des relations pérennes et de qualité avec les praticiens.

Pour cela trois temps peuvent être identifiés dans la relation que noue un CH avec un médecin : *premièrement*, l'attraction c'est-à-dire la création d'un intérêt de ce praticien le poussant à envisager de travailler pour l'établissement ; *deuxièmement*, le recrutement qui débute avec le premier contact du praticien avec le CH et se finalise par la signature d'un contrat de travail ; et *troisièmement*, la fidélisation se caractérisant par un attachement et une implication durables du praticien au sein de l'établissement. Le développement qui suit ne s'attardera pas sur toute la préparation en amont d'un recrutement - à savoir l'analyse stratégique d'un recrutement en fonction du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) signé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou encore l'impact médico-économique lié à l'arrivée d'un nouveau médecin - malgré l'intérêt que de tels sujets présentent par ailleurs.

Force est de constater, aujourd'hui, que le défi d'attirer, de recruter et de fidéliser les praticiens est de plus en plus dur à relever. Qu'elles soient relatives aux inquiétudes sur la démographie médicale, à la compétition avec le secteur privé, aux droits des travailleurs, etc., les difficultés rencontrées par les établissements publics de santé (EPS) pour assurer les missions qui leur incombent sont grandissantes. Parmi ces dernières figurent, notamment, la continuité des soins, principe traditionnel du service public hospitalier, et des exigences nouvelles telles que la fiabilisation ou la qualité, pour n'en citer que quelques unes. Une autre donnée à prendre en compte est celle de la Tarification A l'Activité (T2A) qui a introduit des éléments de performance économiques dans le recrutement des praticiens et leur travail au quotidien. En effet, cette logique peut pousser les EPS à développer des activités fortement rémunératrices autour d'équipes médicales solides. Ainsi, comme le résume Roland OLLIVIER², inspecteur général des

¹ Propos du Directeur du CH étudié lors de la Commission Médicale d'Etablissement du 27/05/14

² CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 8

affaires sociales et Directeur de l'Institut du Management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), « *répondre aux besoins de santé de la population, gérer la contrainte financière et prendre en compte les aspirations diverses du corps médical* » sont autant de défis concomitants que doit relever aujourd'hui l'hôpital public.

Ces tensions, qui parcourent l'ensemble des EPS, étaient particulièrement visibles au sein du CH que j'ai eu l'occasion de suivre au cours du stage de professionnalisation des élèves AAH de mai à août 2014. Bien que consciente des difficultés, aucune réflexion générale sur ce sujet n'a été menée de la part de l'équipe de la DAM. Cependant, depuis l'arrivée du nouveau Directeur d'établissement en septembre 2013, il semble y avoir une volonté d'ériger les Affaires Médicales en une véritable direction avec une stratégie anticipative et offensive quant au recrutement médical et à la fidélisation des praticiens.

Par choix, et au regard de situations de tension en effectifs observées sur le terrain (démission de praticiens, fermetures de service du fait de la pénurie de médecins, etc.), l'établissement en question est présenté de manière anonyme. Toutefois, quelques éléments de contexte méritent d'être développés pour comprendre le positionnement de cet établissement.

Le CH étudié est un hôpital de taille moyenne, avec un peu plus de 1000 lits et places, situé dans la région Midi-Pyrénées. Il doit être replacé dans son contexte d'hôpital général offrant une large panoplie de services, configuration qui nécessite d'avoir un regard attentif sur l'ensemble des spécialités, afin que chacune puisse être maintenue, mais aussi sur les besoins en gardes et astreintes, fortement consommatrices de temps médical. La communauté médicale est composée de 122,75 effectifs médicaux rémunérés fin 2013, hors internes et remplaçants. Le Bureau des Affaires Médicales (BAM) regroupe, quant à lui, la Directrice des Affaires Médicales, deux agents administratifs et un adjoint des cadres. Le CH étudié a un positionnement important sur son territoire puisqu'il se place au deuxième rang sur les six établissements de santé du département X en termes d'activité et au premier rang en termes d'évolution de l'activité de 2012 à 2013.

Entre fortes consommations de médecins remplaçants, nombreuses rotations des praticiens, difficultés de constituer des équipes médicales sur certaines spécialités, etc. la problématique de l'attraction, du recrutement et de la fidélisation apparaissait très prégnante au sein du CH étudié.

Au-delà de l'importance d'un tel sujet à l'échelle de l'établissement, la question de l'attraction, du recrutement et de la fidélisation présente un intérêt certain pour l'AAH. En effet, la transversalité, la complexité d'un tel sujet qui se « *télescope avec d'autres*

éléments »³, tel que le précisait la Directrice des Affaires Médicales du CH étudié, justifie qu'un AAH s'empare de cette problématique. En outre, de par son rôle attendu d'expert des réglementations et des pratiques, il doit pouvoir être en mesure de formuler des propositions quant aux possibilités d'amélioration de la politique de recrutement et de fidélisation. La force de propositions de l'AAH est une véritable plus value pour la stratégie d'établissement en matière d'Affaires Médicales. C'est l'objectif ultime de ce mémoire.

La gestion des ressources médicales a souvent été abordée de manière nationale et à l'échelle des bassins de santé à travers le prisme de la démographie médicale avec en tête de proue le *numerus clausus*. Aujourd'hui, les données chiffrées en matière de répartition des praticiens, exerçant à l'hôpital ou en libéral, sont particulièrement développées avec des travaux annuels du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ou des ARS. Mais ce n'est que depuis peu que des études, de la Fédération Hospitalière de France (FHF), de syndicats de praticiens hospitaliers ou de Directeurs d'Hôpitaux, ont développé une vision plus centrée sur les actions que peut déployer l'hôpital public dans son ensemble pour attirer les praticiens. Ce mémoire, sans ignorer ces dimensions, ambitionne de passer à un nouveau degré d'analyse, celui d'un CH en particulier et du bureau des Affaires Médicales afin de répondre à la question suivante :

Au regard d'un contexte a priori défavorable, dans quelle mesure un CH, avec l'appui d'un AAH aux Affaires Médicales, est-il en capacité de répondre à l'impérieuse nécessité d'attirer, de recruter et de maintenir un personnel médical garantissant un bon niveau de prise en charge ?

Le point de départ de la réflexion a débuté par un entretien non-directif avec la Directrice des Affaires Médicales en février 2014. Cette phase exploratoire a permis, à travers les représentations de la Directrice, de pointer les sous-questions qu'une telle problématique impliquait : *Pourquoi vouloir attirer et fidéliser les ressources médicales ? Quelles-sont les difficultés qu'entraîne une pénurie médicale ? Existe-t-il une stratégie générale de recrutement au sein de l'établissement ainsi que des dispositifs pour améliorer l'attractivité de l'hôpital et assurer la fidélisation des praticiens ? Pourquoi certains médecins restent et d'autres partent ? Quelles solutions peuvent être imaginées pour attirer, recruter et préserver les ressources médicales ?*

³ Entretien Directrice des Affaires Médicales 30 septembre 2014

Ces questionnements ont servi à recentrer les recherches bibliographiques afin de mettre en perspective ces éléments empiriques et d'envisager des pistes d'amélioration pour le CH étudié.

Par la suite, l'observation directe sur le terrain de stage a été l'occasion d'appréhender la pratique du recrutement et de collecter un certain nombre de données : repérage et définition des processus et des outils d'attraction, de recrutement et de fidélisation en place, notes sur les réunions et instances avec les praticiens, observation d'entretiens de recrutement, principalement.

Pour compléter cette observation directe, deux nouveaux entretiens en septembre et octobre 2014, cette fois-ci directs, ont été menés avec la Directrice des Affaires Médicales du CH étudié, afin de venir préciser certains points.

Enfin, dans une optique de *benchmarking* et de comparaison avec le secteur privé un entretien a été réalisé en octobre 2014 avec un manager du pôle santé d'un cabinet de recrutement travaillant avec des EPS et des cliniques privées.

Suite à ces démarches de recherches bibliographiques ainsi que l'étude de terrain, et sous l'éclairage du cas d'étude, il est apparu que le CH étudié, et par extension les EPS, ont été jusqu'à présent trop frileux dans leur politique de recrutement. Seule une compréhension précise des causes des difficultés actuelles et une démarche, sortant des cadres classiques de la simple gestion administrative des candidatures et des carrières, individualisant les parcours, garantissant le bien-être au travail et s'inscrivant dans une dimension territoriale permettra de relever le défi.

Ainsi, partant du constat d'un contexte complexe qui contraint le CH étudié dans sa politique de recrutement (I), nous verrons que les moyens mis en œuvre n'ont pas été à la hauteur des enjeux (II) pour enfin formuler des recommandations (III).

Chapitre 1 : un contexte contraignant au niveau national et local impactant les modalités de prises en charge du CH étudié :

Partant d'études réalisées sur la démographie médicale, complétées par l'observation directe et les entretiens menés, il peut être fait état que le CH étudié évolue dans un environnement contraint par une démographie médicale peu favorable (I) et un cadre réglementaire prescrit (II). De ce contexte, découlent des situations de pénurie médicale pouvant se faire ressentir sur les prises en charge du CH étudié (III).

I) La démographie médicale, peu favorable, ne permet pas de constituer un vivier suffisant pour répondre aux besoins du CH étudié :

Souvent présentée de manière alarmiste à travers les vocables « *désert* », ou encore « *pénurie* », la démographie médicale renvoie à des réalités différentes selon le niveau d'analyse, national (A) et local (B).

A) La démographie médicale française, résultat des modalités d'exercice de la profession :

Après avoir présenté les chiffres de la démographie médicale (1), il convient de revenir sur les facteurs qui ont contribué à faire et font de la profession médicale une « *ressource experte et rare* »⁴ (2).

1) Photographie actuelle de la démographie médicale : des différences notables entre les spécialités :

La France comptabilise au 1^{er} janvier 2014, 219 834 médecins en activité⁵. Cela représente une densité moyenne sur le territoire national de 334 médecins pour 100 000 habitants⁶, qui varie selon la spécialité, certaines étant moins présentes (à titre d'exemple, l'oncologie médicale et la radiothérapie ont une densité de 1,3⁷). Le mode d'exercice choisi est en grande majorité libéral, avec plus d'un médecin sur deux. Toutefois, 41% des praticiens choisissent le salariat, majoritairement hospitalier avec 26% des médecins en activité⁸. Au sein du salariat hospitalier, des différences sont à noter selon les spécialités. Un indicateur intéressant est celui du taux de vacance statutaire des

⁴ DALLET Christophe, 2014, « Recrutement des professions réglementées : retour d'expérience sur la « chasse médicale », *Cercomm*

⁵ DREES, La démographie des médecins (RPPS) avril 2014, <http://www.drees.sante.gouv.fr>, consulté le 13 octobre 2014

⁶ INSEE, Médecins suivant le statut et la spécialité, <http://www.insee.fr>, consulté le 13 octobre 2014

⁷ DREES, La démographie des médecins (RPPS) avril 2014, <http://www.drees.sante.gouv.fr>, consulté le 13 octobre 2014

⁸ DREES, 2012, *Les médecins au 1^{er} janvier 2012*, Etudes et résultats DREES, Mars 2012, n°796 p5-6

praticiens hospitaliers temps plein⁹ qui apparaît particulièrement élevé pour certaines spécialités telles que la radiologie (36,8%) ou l'oncologie médicale (37,8%)¹⁰ en comparaison à d'autres disciplines comme la pharmacie (8,6%).

De cette présentation générale, deux évolutions majeures sont à prendre en compte : le vieillissement et la féminisation du corps médical.

En effet, l'âge médian des médecins en exercice est de 52 ans en 2012 en France métropolitaine, soit douze années de plus qu'en 1990¹¹ avec à nouveau des différences entre les spécialités. Alors que les gynécologues médicaux ont un âge médian élevé (58 ans), l'hématologie ou la chirurgie thoracique ont des médecins plus jeunes (un peu plus de 40 ans)¹². En 2014, plus d'un quart des praticiens sont âgés de 60 ans et plus, soit autant de médecins susceptibles de partir à la retraite d'ici 2020, nombre de « sorties » de la profession médicale qui ne viennent pas compenser les effectifs d'entrée¹³.

Autre phénomène marquant, la féminisation du corps médical, puisque les femmes représentent 44% des praticiens en exercice au 1^{er} janvier 2014, soit 6 points de plus qu'en 2007¹⁴. Ce phénomène varie selon le mode d'exercice, les femmes exerçant davantage en tant que salariées notamment à l'hôpital par rapport aux hommes¹⁵. Certaines spécialités sont plus féminisées que d'autres, telles que la gynécologie médicale ou de la dermatologie avec un taux de féminisation respectif de 71,5% et de 68% en 2014, *a contrario* de spécialités telles que la chirurgie orthopédique et traumatologie ou la chirurgie urologique avec un taux de féminisation de 4,4%¹⁶.

2) Les conditions d'accès à la profession et à l'exercice de la médecine en France, principaux facteurs explicatifs de la démographie médicale :

La médecine est une profession réglementée au sens plein du terme tel que défini par l'Union Européenne. En effet, l'accès et l'exercice sont subordonnés « *directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées* »¹⁷. Cela contraint les dispositions à recruter des praticiens pour les DAM.

La modalité d'accès la plus communément mise en avant est celle du concours à la fin de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) dont le nombre de

⁹ Précision: les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires, ce n'est pas le taux de vacance réel

¹⁰ CNG, 2010, *Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers*, février 2010 p3, p 6

¹¹ DREES, 2012, *Les médecins au 1^{er} janvier 2012*, Etudes et résultats DREES, Mars 2012, n°796 p 2

¹² *ibid.* p 6

¹³ Conseil national de l'ordre des médecins, 2014, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014*

¹⁴ *ibid.*

¹⁵ DREES, 2012, *Les médecins au 1^{er} janvier 2012*, Etudes et résultats DREES, Mars 2012, n°796 p 4

¹⁶ DREES, La démographie des médecins (RPPS) avril 2014, <http://www.drees.sante.gouv.fr>, consulté le 13 octobre 2014

¹⁷ Europa, Régime de reconnaissance des qualifications professionnelles, <http://europa.eu>, consulté le 15 octobre 2014

places est déterminé par le *numerus clausus*. Instauré en 1971 dans un objectif de régulation nationale et territoriale du nombre de praticiens, le *numerus clausus* a été progressivement réduit jusqu'au milieu des années 1990 et atteint, en 2013, 7 492 places¹⁸ en médecine, ce qui correspond à une légère baisse par rapport à 2012.

L'accès à la spécialité est lui aussi conditionné. Depuis 2004, les étudiants en médecine passent les Epreuves Classantes Nationales (ECN), ex concours de l'Internat, pour accéder au troisième cycle des études médicales, choisir leur spécialité et leur Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'affectation. Une réforme en 2011, visant à réduire le taux d'inadéquation entre les souhaits des étudiants et les postes d'internat proposés semble porter ses fruits puisque 97% des postes ouverts ont été pourvus¹⁹. Ainsi, au regard des difficultés démographiques, il s'agirait moins aujourd'hui d'une désaffectation des étudiants pour des spécialités en particulier que d'un manque de poste dans certaines disciplines.

Les modalités d'exercice de la profession sont aussi règlementées. Selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé Publique (CSP), sont autorisés à pratiquer la médecine en France tous nationaux français, titulaire du diplôme d'Etat en médecine, et inscrits au tableau d'un Conseil Départemental de l'Ordre des médecins.

Somme toute, au regard de ces dispositions règlementaires, les médecins disposent d'un « *monopole légal* »²⁰ qui conditionne l'accès et l'exercice de la médecine en France et vient encadrer le vivier dans lequel peut puiser une DAM.

B) Le contexte local, non alarmant à court terme, mais des problématiques inquiétantes sur le long terme :

Plusieurs études montrent que la démographie médicale du département X dans lequel est situé le CH étudié est actuellement en tension sans toutefois être désastreuse (1). Néanmoins, à moyen long terme, une vigilance doit être maintenue au regard de la démographie médicale du CH étudié (2) et d'évolutions locales (3).

1) Une démographie médicale dans le département X plus faible qu'à l'échelle nationale mais qui ne figure pas parmi les départements les plus dépourvus :

En 2013, on compte, dans le département X, 277,5 médecins en activité pour 100 000 habitants ce qui est inférieur aux moyennes nationale et de l'ensemble de la région Midi-

¹⁸ Arrêté du 21 décembre 2012 fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire 2013-2014 pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme

¹⁹ DREES, 2013, *Les affectations des étudiants en médecins à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012*, Etudes et résultats DREES, septembre 2013, n°852 p1

²⁰ GAZANNE Hayat, 2014, « Qu'est-ce qu'une profession réglementée ? », *Le Figaro*, 15 juillet 2014

Pyrénées (331,5)²¹. Ces chiffres pour le département n'apparaissent cependant pas catastrophiques puisqu'ils se situent à la limite basse de l'intervalle de confiance de la moyenne nationale (intervalle fixé à 95% de la moyenne nationale). En comparaison, des départements tels que la Picardie sont dotés de moins de 240 médecins pour 100 000 habitants²², se trouvant ainsi dans une situation bien plus inconfortable. Concernant les médecins spécialistes, la démographie médicale du département apparaît plus inquiétante, puisque la densité est de 150,7 spécialistes pour 100 000 habitants, ce qui est bien inférieur aux niveaux régional et national qui s'échelonnent tous deux à plus de 180²³.

En outre, le vieillissement et la féminisation du corps médical sont aussi percevables au sein du département X qui se situe dans la moyenne nationale avec une moyenne d'âge de 53 ans, et une féminisation autour des 40%²⁴.

2) La démographie médicale du CH étudié : des départs à la retraite et des recrutements à prévoir

D'après le rapport de gestion du CH étudié de 2013, l'établissement compte 103 médecins à temps plein, assistants et praticiens contractuels, 49 médecins temps partiel et attachés, et 37 internes. Dans ce contexte, trois faits marquants sont à relever.

Tout d'abord, bien que la communauté médicale du CH étudié bénéficie d'une moyenne d'âge assez jeune (44,64 ans), de nombreux départs à la retraite sont à prévoir. Si l'on se base l'ensemble du personnel médical de 2013, il apparaît que plus de 23% d'entre eux peuvent potentiellement demander l'ouverture de leurs droits à la retraite.

Par ailleurs, la féminisation, comme le précise la Directrice des Affaires Médicales du CH étudié, « *ne s'est pas trop fait ressentir localement y compris au niveau des nouveaux recrutements* »²⁵, les femmes ne représentant que 39% des praticiens en exercice sur le CH étudié. Néanmoins, en termes de temps de travail, la présence féminine a un impact dans la mesure où « *la totalité des sollicitations pour passer à une quotité de temps de travail à 80% viennent des praticiennes* »²⁶.

Enfin, des besoins en recrutement sont à prévoir. Au cours de la période d'observation, l'établissement a été sollicité par la FHF pour participer à une enquête sur la démographie médicale. Cela a été l'occasion pour le BAM de développer un outil permettant de pointer le nombre d'équivalents temps plein (ETP) présents et rémunérés au 1^{er} janvier 2014, le nombre de postes vacants et les besoins de recrutements d'ici trois et cinq ans. De manière macroscopique, il est apparu un total de postes vacants de 14,6

²¹ Ordre Nationale des Médecins, Conseil de l'ordre, 2013, *La démographie médicale en Midi-Pyrénées, Situation en 2013*, p 25

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.* p13

²⁵ Entretien Directrice des Affaires Médicales 15 octobre 2014

²⁶ *Ibid.*

ETP sur l'établissement et un besoin à trois ans s'échelonnant à 48,2 ETP. Parmi les spécialités qui ont les plus gros besoins actuels figurent l'anesthésie-réanimation (4 postes vacants), la cancérologie (2 postes vacants), la cardiologie et la pneumologie (1,6 postes vacants). Au regard du développement de l'activité et des départs en retraite prévisibles, on retrouve les spécialités précédemment citées auxquelles s'ajoutent la médecine d'urgences où 6,2 ETP à recruter sont à prévoir ainsi que la gastro-entérologie, la médecine physique et de réadaptation avec plus de deux ETP à pourvoir dans ces deux disciplines.

3) Des problématiques qui s'annoncent à l'avenir :

Malgré des chiffres non alarmants, la situation du département X et du CH étudié, nécessite une vigilance certaine à plusieurs titres.

Premièrement, plusieurs spécialités se perdent sur le territoire en médecine de ville ou en exercice mixte, ce qui est notamment le cas de la gynécologie médicale, l'ophtalmologie ou encore la pédiatrie dont les effectifs sont en diminution voire nuls sur certains cantons. Comme le mettait en avant un praticien lors d'une réunion de pôle « *il y a une défaillance de notre territoire avec l'absence de relais de la médecine de ville, le weekend principalement* »²⁷. En outre, des spécialités se perdent sur les autres EPS du département, telles que l'oncologie. Ces disciplines, parmi d'autres, constituent autant d'enjeux pour le CH étudié.

Deuxièmement, la démographie vieillissante du département (11,8% de la population du département X a plus de 75 ans²⁸), la recrudescence de certaines pathologies (notamment les cancers dont l'incidence a augmenté en Midi-Pyrénées²⁹) et la montée des maladies chroniques, invitent à porter notre attention sur des disciplines telles que la gériatrie, l'oncologie ou encore la pneumologie.

Troisièmement, la présence du CHU de Toulouse à proximité entraîne une forte captation des professionnels de santé au détriment des hôpitaux périphériques. Ainsi en 2012, sur les 272 nouvelles inscriptions à l'ordre enregistrées, 59,6% étaient comptabilisées en Haute Garonne contre 9,9% dans le département X³⁰. Le taux de fuite des praticiens à cinq ans est très important. Parmi les nouveaux inscrits en 2007 dans le département X, 41% l'ont quitté cinq ans après³¹.

²⁷ Propos recueillis lors d'une réunion DAM/ pôle médecines au sujet de la permanence des soins le 7 juillet 2014

²⁸ ARS Midi-Pyrénées, 2010, *Tableau de bord sur la santé*, p 3

²⁹ *Ibid.* p 26

³⁰ Ordre Nationale des Médecins, Conseil de l'ordre, 2013, *La démographie médicale en Midi-Pyrénées, Situation en 2013*, p 29

³¹ Ordre Nationale des Médecins, Conseil de l'ordre, 2013, *La démographie médicale en Midi-Pyrénées, Situation en 2013*, p 39

A ces contraintes d'ordre démographique viennent s'ajouter l'encadrement réglementaire dans lequel doit évoluer le CH étudié.

II) L'encadrement réglementaire des hôpitaux publics contraint le CH étudié dans sa politique d'attraction, de recrutement et de fidélisation des praticiens :

Bien que les EPS disposent d'une certaine autonomie dans leur gestion locale, il n'en demeure pas moins un encadrement juridique fort en matière de gestion des ressources médicales. Entre l'importance des statuts des praticiens (A), les tensions liées au temps de travail médical (B) et l'encadrement des pratiques d'attraction (C), le CH étudié évolue dans un environnement contraint, montrant toute la difficulté pour un chef d'établissement et la DAM de maîtriser son principal « facteur de production » que constituent les médecins.

A) Les statuts définissent les modalités de recrutement et d'évolutions de carrière:

Tout contrat passé avec un praticien renvoie à des dispositions de décrets statutaires repris dans le CSP que ce soit en matière de recrutement, d'évolution de carrière ou de rémunération (1). Loin de vouloir présenter un scénario autoritaire, plusieurs évolutions récentes viennent assouplir les modalités connues jusqu'à présent (2).

1) *Recruter, garder ou rémunérer un praticien, le jeu des décrets statutaires :*

Depuis qu'il existe une véritable médecine hospitalière, la situation juridique des praticiens fait l'objet de spécificités en comparaison aux autres agents travaillant à l'hôpital³². En effet, les médecins ne font pas partie de la fonction publique hospitalière (à l'exception des praticiens hospitalo-universitaires) mais relèvent d'un cadre administratif de droit public régi par les décrets statutaires. De cette « boîte à outils » découlent des dispositions cadrant le recrutement, les évolutions de carrière et la rémunération des praticiens. Loin de vouloir développer l'ensemble des spécificités des statuts, quelques exemples de cet encadrement sont développés ci-après.

Premièrement, pour recruter un praticien il faut passer un contrat avec celui-ci dont le fondement juridique réside dans un statut précis. D'après l'article L6152-1 du CSP, outre les hospitalo-universitaires, peuvent être recrutés dans les EPS des praticiens statutaires (Praticien Hospitalier – PH - temps plein et temps partiel) ou contractuels (assistants des hôpitaux, praticiens attachés et praticiens contractuels).

Deuxièmement, certaines dispositions statutaires peuvent venir fixer la durée de recours à des praticiens, ce qui, dans une logique de fidélisation peut paraître

³² MOQUET-ANGER Marie-Laure, 2014, *Droit hospitalier*, 3^{ème} édition, LGDJ, p 209

problématique. Ainsi dans le cas des praticiens contractuels, la durée de recours à ces derniers est encadrée par l'article R6152-402 du CSP : pour un poste de PH vacant, l'établissement ne peut pas recourir à un praticien contractuel pour une durée excédant 2 ans.

Troisièmement, la rémunération du personnel médical salarié d'un EPS est encadrée par les décrets statutaires, laissant une faible marge de manœuvre aux hôpitaux. En outre, le montant des émoluments proposés par les grilles indiciaires de certains statuts paraît peu attractif en comparaison à ce qu'il peut se faire dans le privé ou en effectuant des remplacements. Des « parades » ont été trouvées, comme le recrutement de praticiens contractuels au plafond de la rémunération (4^{ème} échelon de la grille de PH + 10%) au sein du CH étudié. Comme le montre J-Y COPIN, « *si, dans les faits, la rémunération devrait être négociée dans la limite du plafond autorisé, elle constitue trop souvent la seule rémunération proposable pour recruter un médecin* »³³. Par la suite, le choix de telles rémunérations au plafond limite les évolutions de carrière pouvant être proposées.

2) Des dispositions assouplies ces dernières années et qui ouvrent de nouveaux horizons : l'exemple du contrat de clinicien

Des évolutions récentes, à l'instar du contrat de clinicien ou des modalités de contractualisation avec les praticiens libéraux, montrent que les statuts sont, comme le précisait la Directrice des Affaires Médicales du CH étudié « *moins une contrainte que cela ne l'a été. On peut même commencer à y voir des éléments attractifs* »³⁴. L'évolution la plus marquante au sein du CH étudié a été l'accroissement du recours aux contrats de clinicien.

Ce statut, instauré par la loi Hôpital Patients Santé et Territoire du 21 juillet 2009³⁵, vise, dans une optique de renforcement de l'attractivité de l'hôpital public, à recruter, par contrat, des praticiens sur des « *emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus* ». Ce contrat permet, par ailleurs, de rémunérer un médecin au-delà de la grille statutaire dans la mesure où la rémunération comprend une part fixe et des éléments variables conditionnés à la réalisation d'objectifs, montant total ne pouvant excéder la rémunération d'un 13^{ème} échelon de PH majoré de 65% (soit 10890€ nets/mois pour un temps plein). Nul doute que du point de vue de la rémunération, ce contrat apparaît attractif. Néanmoins celui-ci présente des limites. L'engagement ne peut excéder 6 années, ce qui pose la question de la poursuite de la carrière au sein de l'établissement et

³³ COPIN Jean-Yves, 2011, « A la recherche du temps médical... attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST », *Gestions hospitalières*, N°507, juin/juillet 2011

³⁴ Entretien Directrice des Affaires Médicales 15 octobre 2014

³⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

qu'« à un moment il faudra retourner sur la voie normale du PH »³⁶. En outre, ce type de contrat pose une certaine problématique au regard de l'équité au sein des équipes médicales en créant une forme de « concurrence entre praticiens (...) pour un travail équivalent »³⁷, pour reprendre les propos de G. CALMES, qui était Directrice des Affaires Médicales et des relations internationales au CHU de Dijon.

Au sein du CH étudié, sept contrats de clinicien ont été conclus depuis leur création (deux contrats en anesthésie et en chirurgie vasculaire ; un contrat en pneumologie, neurologie et chirurgie orthopédique). Deux profils de praticiens correspondent à ces contrats : pour quatre d'entre eux il s'agit de praticiens séniors en fin de carrière, et pour trois d'entre eux de praticiens jeunes ou en milieu de carrière, habitués de l'exercice libéral ou faisant des remplacements et pour lesquels aucune rémunération publique n'était en mesure de répondre à leurs attentes.

B) Une réglementation qui exige de trouver du temps médical :

Trouver du temps médical dans une logique d'accès et de permanence des soins est une mission incontournable pour l'hôpital public (1) qui prend une importance grandissante, au regard des défis posés par les récentes réformes (2).

1) La recherche du temps médical est liée aux obligations réglementaires :

Plusieurs dispositions imposent une présence médicale tout en limitant le temps de travail dans une optique de sécurité des travailleurs, deux exigences, a priori contradictoires et qu'une DAM, dans sa gestion des ressources médicales, doit pour autant rendre compatibles.

La présence de médecins est imposée réglementairement, les praticiens étant tenus à des obligations de service (10 demi-journées ou 48 heures hebdomadaires pour les organisations en temps continu). Dans l'organisation des activités et du temps de présence médicale, de jour et de nuit, selon l'article R6144-2-1 du CSP, doivent être pris en compte la nature des soins, le budget de l'établissement et surtout l'intensité des activités. En effet, ces dernières créent des exigences supplémentaires, avec, par exemple au sein du CH étudié, un besoin de garde sur place gynécologique et anesthésiste du fait d'un nombre d'accouchements supérieur à 1400 par an.

Face à ces obligations de service, la protection des travailleurs est garantie. Ainsi, l'établissement ne peut pas obliger un praticien à effectuer un temps de travail supplémentaire. Comme le précise l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003, les praticiens peuvent effectuer du temps de travail additionnel (TTA) à leur obligation de service

³⁶ *Ibid.*

³⁷ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 31

uniquement sur la base du volontariat. Par ailleurs, des périodes de repos, après des périodes de garde sont imposées.

2) Les évolutions récentes poursuivent l'accroissement de la rareté du temps médical :

La nécessité pour les EPS d'être dotés de praticiens en nombre suffisant est montée récemment d'un cran suite à l'arrêté du 8 novembre 2013³⁸ et l'instruction du 31 mars 2014³⁹ qui viennent modifier les règles de calcul du temps de travail effectif des praticiens et introduisent des modalités de repos suite aux périodes d'astreintes. Une étude menée sur le CH étudié a montré qu'une telle réforme pouvait potentiellement entraîner un besoin en temps médical, toutes spécialités confondues, de 2,82 ETP ou de la réalisation de plus de 550 plages de TTA par les praticiens en poste.

La réglementation relative au Compte Epargne Temps (CET) et aux congés peut elle aussi avoir un impact sur les besoins en temps médical, suite à l'arrêté du 27 décembre 2012⁴⁰. Ces dernières dispositions impliquent l'obligation pour les praticiens de prendre les 20 premiers jours figurant sur leur CET sous forme de congés. Par ailleurs, le congé pris dans le cadre d'un CET est considéré comme une période d'activité et ouvre donc droit à des congés.

L'ensemble de ces mesures est potentiellement créateur de nouveaux besoins en termes de temps de travail médical.

C) La publicité et le démarchage de l'hôpital public, des méthodes d'attraction non autorisées :

Qu'il s'agisse de la publicité ou du démarchage, deux techniques courantes aux entreprises privées, l'hôpital public doit se tourner vers d'autres méthodes pour communiquer et attirer les praticiens (1). Face à ces restrictions, un nouvel acteur voit le jour : les cabinets spécialisés dans l'attraction et le recrutement de praticiens (2).

1) Communiquer sans faire de publicité, attirer sans démarcher :

Que ce soit en termes de publicité ou de démarchage, les établissements de santé ne sont pas libres quant aux modalités qui pourraient leur permettre d'attirer des praticiens.

« *La frontière entre communication et publicité est parfois ténue : l'une est autorisée, l'autre est en principe interdite* »⁴¹. Selon le CSP, dans son article R4127-19, repris par

³⁸ Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'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 les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

³⁹ Instruction du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013

⁴⁰ Arrêté du 27 décembre 2012 *modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements de santé publique*

⁴¹ La publicité en faveur des hôpitaux, fiches pratiques AP-HP, <http://basedaj.aphp.fr>, consulté le 2 août 2014

l'article 19 du Code de déontologie médicale, « *sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité* ». Dès lors, que peut faire l'hôpital public pour se faire connaître auprès des praticiens extérieurs et les attirer ? Selon le CNOM seule la communication est autorisée, c'est à dire que le message transmis doit avoir pour but d'informer sur l'activité et doit faire état de faits objectifs sans incitation commerciale⁴². A titre d'exemple, et aussi trivial que cela puisse être, dans les offres d'emplois publiées il n'est pas envisageable de faire paraître des éléments de rémunération incitatif ou de faire part d'éléments d'activités discréditant les hôpitaux voisins.

Par ailleurs, l'approche directe, technique courante dans les grandes entreprises, et qui aurait, du sens au regard de l'aspect confraternel de la profession médicale rappelé dans l'article 56 du Code de déontologie médicale, paraît difficilement envisageable en établissements de santé, seul le « démarchage » pour produits de santé, hautement encadré, étant autorisé.

2) *Le recours aux cabinets de recrutement : l'action d'un tiers pour attirer et démarcher les praticiens*

Face à cet encadrement des techniques d'attraction, certains établissements, dont le CH étudié, se sont tournés vers des cabinets pratiquant « *la chasse de tête* ». Comme l'évoquait le manager pôle santé d'un de ces cabinets « *c'est quelque chose qui ne sera jamais internalisable au sein d'un hôpital car cela pourrait être considéré comme du débauchage* »⁴³. Ces cabinets pratiquant des méthodes d'approche directe consistant à identifier les candidats potentiels et à les contacter directement. Ils se font « *l'ambassadeur de l'établissement et de sa région et en assure la promotion* »⁴⁴.

Loin de vouloir faire l'apologie de ces nouvelles modalités, il s'agit aujourd'hui d'une niche de nouveaux acteurs pouvant travailler en complémentarité avec l'hôpital public.

Dans ce contexte en tension du fait d'une démographie médicale peu favorable et de l'encadrement réglementaire des EPS, le CH étudié fait face à un certain nombre de difficultés liées au manque de praticiens.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Entretien manager pôle santé cabinet de recrutement 16 octobre 2014

⁴⁴ *Ibid.*

III) Les conséquences : un CH qui fait face à des problématiques de pénurie médicale ayant des répercussions sur les prises en charge et le bien être au travail :

Les éléments de contexte précédemment évoqués, l'observation directe ainsi que les entretiens menés avec l'équipe de la DAM ont permis de montrer que la pénurie médicale avait un impact perceptible sur les prises en charge (A) et sur les conditions de travail de la communauté médicale de l'établissement (B).

A) Des situations complexes liées au déficit de ressources médicales sont venues impacter l'offre de soins dans l'histoire récente du CH :

Deux situations observées sur le terrain prouvent que le manque de ressources médicales peut affecter l'offre de soins existante (1) ainsi que son développement (2).

1) *L'exemple des urgences : des fermetures de ligne de garde du fait d'une pénurie médicale ponctuelle*

Le service des urgences fonctionne 24h/24 grâce à couverture médicale de journée et cinq lignes de gardes (1 ligne d'accueil d'urgences, 2 lignes de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation - SMUR - primaire, 1 ligne de SMUR secondaire, 1 ligne pour l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée - UHCD). Cette structuration des urgences génère un besoin en temps médical de 25,43 ETP, exigence qui n'est pas toujours remplie malgré les remplacements ponctuels et répétitifs ainsi que les plages de TTA effectuées de la part des 18,65 ETP actuellement en poste.

Ainsi, en période de tension forte en effectif médical, des fermetures de lignes de garde ont été décrétées. En reprenant les notes de services des urgences depuis début 2013, il est apparu que la ligne de SMUR secondaire a connu une fermeture durant 4 jours consécutifs ainsi que la ligne d'UHCD qui a connu six évènements du même type allant de 1 à 4 jours consécutifs.

Ces fermetures ont eu des conséquences sur la prise en charge des urgences sur l'ensemble du bassin de santé, avec la nécessité de renvoyer les appels du SMUR secondaire vers d'autres établissements. Par ailleurs, les fermetures d'UHCD ont eu des répercussions économiques en interne de par une absence de recettes sur ce secteur pendant les périodes de fermeture.

2) *L'exemple de l'ouverture de l'Unité Cognitivo Comportementale (UCC) : développement d'un projet innovant mis en danger par la difficulté de recrutement de personnel médical*

En 2013, le CH étudié a été sélectionné par l'ARS suite à un appel à projet afin de développer les offres de soins spécifiques aux personnes atteintes d'Alzheimer et de

démences liées au vieil âge. Ce projet permet au CH étudié de se positionner comme le premier établissement du département à développer une UCC. Celle-ci, d'une capacité de 12 lits, devait être mise en place à partir du 1^{er} octobre 2014.

Pour assurer le développement d'une telle activité, il va de soi que la compétence médicale d'un gériatre est nécessaire ainsi qu'une connaissance en psycho-gériatrie de ce dernier. Aucun gériatre exerçant actuellement au sein de l'établissement n'était en mesure d'assurer le lancement de l'UCC. Malgré la publication d'offres d'emploi, dans un premier temps, et le recours, dans un second temps, à un cabinet de recrutement, aucune candidature « sérieuse » n'est parvenue à l'établissement.

Cette situation a pu mettre en péril le lancement d'une activité pourtant novatrice et qui répondait à une véritable problématique de santé publique sur le bassin. Une convention avec un hôpital local voisin est aujourd'hui à l'œuvre, un praticien gériatre étant mis à disposition deux demi-journées au sein de l'UCC pour lancer l'activité, solution qui ne saurait cependant s'inscrire dans une implication sur le long terme.

B) Un malaise au sein de la communauté médicale perceptible du fait du manque de praticiens :

Plusieurs éléments empiriques ou issus d'études sur la profession rendent compte d'un certain malaise au sein de la communauté médicale corrélé au manque de praticiens. Trois sujets semblent en tension au sein du CH étudié en lien aux tensions démographiques : l'instabilité des équipes (1), la forte sollicitation des praticiens en exercice (2), et un agacement à l'égard des contraintes imposées à l'hôpital public (3).

1) Des équipes médicales instables du fait d'une rotation importante des praticiens sur le CH et du recours à l'intérim médical :

L'un des faits marquants issus de l'observation et des entretiens a été le nombre de rotations, c'est à dire les entrées et sorties, des praticiens sur le CH étudié. Qu'elles proviennent de contrats de quelques mois ou de jours de remplacement, ces situations apparaissent aujourd'hui comme insatisfaisantes pour l'établissement, à l'exemple de la remarque de la Directrice des Affaires Médicales « *cela permet d'apaiser un petit peu (...) mais il y a un manque sur toute la partie investissement institutionnel dans les projets* »⁴⁵, « *c'est un passage furtif qui ne convient pas aux équipes* »⁴⁶.

Plusieurs spécialités sont « abonnées » aux remplacements ponctuels à l'instar des urgences tandis que d'autres font face à des remplacements de long terme visant à pallier le manque de médecins titulaires telle que la pneumologie ou l'oncologie. Au-delà de l'instabilité pour les praticiens en poste, cela crée un certain inconfort pour l'équipe du

⁴⁵ Propos recueillis lors d'un entretien de recrutement DAM/ pneumologue le 18 juin 2014

⁴⁶ Entretien Directrice des Affaires Médicales 15 octobre 2014

BAM qui se concentre sur la gestion administrative de ces entrées et sorties, ce qui laisse peu de temps à la vision prospective de long terme. Le recours à des praticiens remplaçants a aussi un coût très important pour l'institution, le chiffre atteignant des sommets dans l'histoire du CH étudié en 2012 avec plus de 1500 jours de remplacement. Pour les seules urgences, on compte 187 jours de remplacements en 2013 soit un coût de 168 300€ (hors frais de déplacement et d'agence).

Comme le met en avant le Dr. F. FELLINGER, ex-président de la conférence des présidents de CME des CH, cette rotation importante, qui parcourt d'autres EPS, « *témoigne souvent d'un malaise et l'entretient. Elle génère également un stress collectif, tant pour le personnel que pour les responsables et l'encadrement, et mobilise du temps et des ressources pour remplacer les partants* »⁴⁷.

2) Une forte sollicitation des praticiens exerçant sur l'établissement :

Les praticiens en exercice dans le CH étudié ont été, notamment sur certaines spécialités, fortement sollicités en raison du manque de ressources médicales.

Cette charge de travail supplémentaire est identifiable à travers les plages de TTA effectuées par les praticiens. Aux urgences, en dehors de l'intérim médical, pour assurer la continuité du service et l'augmentation des sollicitations, les praticiens en place ont effectué, en 2013, 965 plages de TTA (12 heures) soit l'équivalent d'un travail temps plein de 5,88 ETP.

Le TTA apparaît ainsi aujourd'hui comme un élément essentiel pour assurer la vie des services en temps continu et leur mission de permanence des soins, mais cela traduit un réel manque de moyens en personnel médical⁴⁸.

Cette forte sollicitation des praticiens, objectivable à travers le TTA, se retrouve aussi, parfois, dans leur incapacité à poser des congés et jours de Récupération de Temps de Travail (RTT) pour raison de nécessité de service au regard d'une équipe qui n'est pas assez fournie.

3) Un agacement à l'égard des contraintes imposées à l'hôpital public :

L'observation de terrain a eu lieu à une période où de nombreuses réflexions étaient en cours sur les organisations de travail, suite à l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à la permanence des soins. Cela a été l'occasion pour la Directrice des Affaires Médicales au cours de l'été 2014 de rencontrer l'ensemble des services, réunions au cours desquelles plusieurs praticiens ont fait part de leur agacement au regard de la judiciarisation croissante et des exigences administratives. Entre incompréhensions, récusations, ou stratégies d'évitement, la communauté médicale du CH étudié a accueilli ce nouveau

⁴⁷ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, 2013, p 101

⁴⁸ *Ibid.* p 19

texte, comme ce fut le cas pour des réformes précédentes avec une grande défiance. En comparaison à l'exercice privé, il y a « *une lourdeur du public* » qui peut agacer les praticiens⁴⁹. Le risque est de voir ces derniers se détourner de l'hôpital public, tel que le relève le Dr. Sylvie PERON, présidente de la CME du CH Victor Dupouy à Argenteuil, « *ce climat d'incertitude favorise la désertification médicale à l'hôpital dans un contexte sociétal difficile, concurrentiel* »⁵⁰.

Vieillesse du corps médical, instabilité des équipes, recours aux médecins remplaçants, poids des statuts, réglementation autour du temps de travail médical, etc. le CH étudié fait face à des pressions multiples en terme d'effectifs médicaux dont les conséquences sont perçues par le BAM, les praticiens de l'établissement et *in fine* par les patients. Face à ces constats d'ordre général, il convient d'étudier les démarches conduites par le CH dans sa politique d'attraction, de recrutement et de fidélisation du personnel médical.

⁴⁹ Entretien manager pôle santé cabinet de recrutement 16 octobre 2014

⁵⁰ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, 2013, p 88

Chapitre 2 : une politique d'attraction, de recrutement et de fidélisation du personnel médical du CH étudié qui n'est pas encore arrivée à la mesure de ses ambitions :

L'observation directe et les entretiens menés avec l'équipe des Affaires Médicales ont permis l'élaboration d'un état des lieux de la situation du CH de notre étude sur les principales procédures menées dans le cadre de l'attraction (I), du recrutement (II) et de la fidélisation (III) du personnel médical. Pour ces trois politiques est proposée une grille d'analyse similaire présentant le résultat attendu de ces actions, la description des principales initiatives menées et les ressources mobilisées, et, pour finir, un bilan des constats. Ce dernier point présente ainsi les résultats de l'analyse qui serviront de base à l'élaboration du bilan du diagnostic (IV) duquel découleront les préconisations présentées en chapitre 3.

I) L'attraction du personnel médical dans le CH étudié : des actions qui ont porté leurs fruits malgré des lacunes :

La politique d'attraction du personnel médical a pour ambition d'inciter des praticiens d'autres établissements ou des internes en formation à venir exercer au sein du CH. L'impact ultime est de créer un vivier en nombre et en qualité permettant de répondre aux besoins de l'établissement en matière de ressources médicales. Qu'elles soient spécifiques à un poste ou promouvant l'ensemble de l'établissement (A), les actions actuellement menées au sein du CH étudié ont su avoir des résultats convaincants malgré la présence de certaines déficiences (B).

A) Les actions menées, une démarche qui allie des outils et du sens :

Les actions mises en œuvre dans le cadre de l'attraction se basent sur des outils de communication (1) et des éléments non tangibles, ayant pour but de créer du sens et de la légitimité dans l'intérêt que peuvent porter les praticiens pour le CH étudié (2).

1) Attirer des praticiens sur des postes, les outils et vecteurs utilisés :

Une fois le besoin de recrutement exprimé, plusieurs vecteurs de communication, plus ou moins ancrés dans les habitudes de travail sont déployés par le CH étudié afin de faire connaître ses offres d'emplois.

Parmi eux figurent des outils que le BAM a l'habitude de manier, à savoir les annonces sur les sites de référence du monde hospitalier (site de la FHF⁵¹, Annonces

⁵¹ <http://emploi.fhf.fr>

Médicales⁵² principalement). Celles-ci sont reprises par d'autres sites internet, ce qui permet d'avoir un certain relais de l'information. Les annonces sont présentées de manière similaire : descriptif rapide du CH, poste à pourvoir et statut envisageable, et enfin les personnes à contacter (cf. annexe 1 pour un exemple d'annonce). A noter enfin, la mise en ligne prochaine de ces annonces sur le site internet de l'hôpital, outil, jusqu'à présent, peu utilisé.

Face à la difficulté de solliciter des candidatures dans des spécialités telles que la pneumologie, l'oncologie ou encore l'anesthésie, le CH étudié s'est tourné vers deux cabinets de recrutement. Le recours à ces « chasseur de tête » a permis de développer des méthodes d'approche directe que la DAM n'est pas en mesure d'assurer, faute de temps et de compétences réelles ou règlementairement définies. Cette expérience a aussi permis de se tourner vers des nouveaux outils, tels que l'élaboration des profils de poste, écrits en collaboration avec le BAM et les chefs de service. Cette réflexion, en amont de la publication des offres, a permis de préciser des aspects relatifs à l'activité, à la composition des équipes, et aux attentes quant aux futurs candidats.

2) L'attractivité du CH étudié pour le personnel médical, donner de la légitimité et du sens aux candidatures potentielles :

En reprenant la plupart des supports de communication orientés vers l'extérieur (offres d'emplois, interviews dans le journal local principalement) et les éléments mis en avant par les cabinets de recrutement, plusieurs arguments susceptibles de venir donner du sens et de la légitimité aux futurs recrutements ont été mis en avant.

Tout d'abord, sont évoquées des caractéristiques intrinsèques à l'établissement. Dans la communication orientée vers le recrutement est ainsi précisée que le CH étudié est un hôpital général, public et neuf (installation dans les nouveaux locaux en 2011) disposant d'un plateau technique étoffé. Les éléments relatifs à l'activité et aux ressources humaines disponibles sur l'hôpital et au sein des services sont rarement précisés.

Ensuite, le positionnement géographique du CH est souvent rappelé : il s'agit d'un hôpital pivot de territoire dans le Sud-Ouest de la France à proximité du CHU de Toulouse. Sa zone d'attractivité en termes d'activités est parfois explicitée. Cette dimension géographique est probablement l'aspect qui donne le plus de sens aux projets des médecins, comme le précisait le manager du pôle santé d'un cabinet de recrutement, c'est l'une des toutes premières questions posées par les praticiens en recherche de poste⁵³.

⁵² <http://www.annonces-medicales.com>

⁵³ Entretien manager pôle santé cabinet de recrutement 16 octobre 2014

B) Bilan : le CH étudié incite-t-il les praticiens à venir exercer dans ses lieux ?

Bien que les informations transmises dans le cadre de la politique d'attraction soient connues de la communauté médicale (1), la stratégie du CH étudié cible peu les spécificités des disciplines médicales (2) et varie guère les supports de communication (3). Au-delà de ces outils, l'attraction ne saurait se résumer à une communication de recrutement et s'inscrit dans le cadre plus général de l'attractivité de l'établissement (4).

1) Une connaissance des offres grâce aux outils mis en œuvre et une représentation du contexte de l'établissement de par le réseau professionnel :

Il était intéressant d'avoir un regard de l'extérieur afin de savoir si les offres d'emplois étaient connues par la communauté médicale. En ce sens, le retour qu'a pu faire un cabinet de recrutement actuellement en contrat avec le CH étudié a été intéressant. En effet, lors du point qui a été fait avec ce cabinet suite à la première phase de prospection, les consultants ont mis en avant le fait que les praticiens qu'ils avaient pu contacter étaient au courant de la vacance de poste, montrant que même avant l'action du cabinet les outils de communication utilisés avaient un certain effet.

Toutefois, il est apparu que la communication via annonce n'était pas suffisante et que les praticiens utilisaient beaucoup le réseau professionnel de leur spécialité pour obtenir des renseignements sur le contexte de l'établissement et de ses services. Dans le cas de la pneumologie, les praticiens contactés avaient entendu parler des souffrances que pouvait éprouver l'équipe, parfois selon des représentations peu fidèles à la réalité. Au-delà des échanges entre praticiens d'une même spécialité, les internes bougent beaucoup et sont un vecteur d'information qui peut contribuer à l'image que l'établissement renvoie vers l'extérieur et venir freiner ou encourager des candidatures.

2) Des arguments d'attraction qui ne répondent pas nécessairement aux attentes des spécialités

Les arguments développés par le CH étudié en matière de recrutement sont d'ordre général. Ils passent souvent sous silence des points chers à certaines spécialités alors que le CH est en capacité de les mettre en avant.

Il est apparu, au cours des entretiens de recrutement observés, des intérêts particuliers selon les spécialités. A titre d'exemple, lors des entretiens de recrutement en pneumologie, beaucoup de praticiens s'interrogeaient sur les structures pouvant accueillir leurs patients en soins de suite, alors même que le bassin de santé propose une offre riche. Lors des recrutements en oncologie, c'était la question de la participation au Centre de Coordination en Cancérologie (3C) et la formation des internes qui pouvaient intéresser, alors que dans le cas de la chirurgie c'était toute la question de l'offre de soins

sur le bassin. Ce sont autant d'informations personnalisées qui ne sont pas mises en avant dans les annonces de recrutement.

3) Des outils de communication peu variés :

Les outils utilisés, pour faire connaître les offres d'emplois, utilisent peu les supports pourtant très utilisés par les générations de praticiens les plus jeunes, tels que les réseaux sociaux. Comme le précisait le manager du Pôle Santé du cabinet de recrutement interrogé, « *l'hôpital public est très peu présent en termes de e-stratégie de recrutement* »⁵⁴, ce qui est étonnant alors même qu'Internet est devenu le principal moyen de recherche.

Par ailleurs, le recours aux revues spécialisées pour publier les offres est peu envisagé, ce qui peut paraître étonnant dans une profession fonctionnant beaucoup sur les réseaux professionnels de la discipline. Dans ce choix, la Directrice des Affaires Médicales met en avant le fait que ce sont des publications souvent coûteuses et qui ont un impact faible au regard de leur « durée de vie ».

4) Une attraction qui ne saurait se limiter à la simple communication de recrutement :

L'attractivité d'un hôpital pour les praticiens ne saurait être réduite aux simples annonces de recrutement. En effet, des éléments peuvent solliciter l'intérêt des praticiens à venir exercer sur l'établissement bien au-delà de la communication de recrutement.

A ce titre, une réflexion a été engagée au sein du CH étudié. « *L'attractivité des professionnels de santé* » fait ainsi l'objet d'un axe spécifique au sein du futur projet d'établissement. Dans ce dernier sont ainsi évoqués l'ouverture de l'établissement à des programmes de recherche clinique en lien avec le CHU, le développement des « professionnels partagés » avec celui-ci, ou encore la participation de l'établissement dans les manifestations professionnelles de la région (Congrès régional des Internes, Interventions aux journées portes-ouvertes dans les collèges et lycées, etc.). C'est toute la dimension du dynamisme de l'établissement et de sa visibilité sur le territoire qui est mise en avant et qu'une stratégie de communication doit venir appuyer.

Les représentations acquises par les procédés d'attraction sont ensuite mises à l'épreuve du processus de recrutement, présomption positive ou négative que l'hôpital ne peut décevoir ou au contraire se doit de redorer.

⁵⁴ Entretien manager pôle santé cabinet de recrutement 16 octobre 2014

II) La phase du recrutement : moment ultime de transition entre l'attraction et la fidélisation

Le recrutement, instant court en comparaison aux processus d'attraction et de fidélisation, est une phase de discussion entre l'établissement et le praticien candidat. Le but d'une telle démarche est que le candidat et le CH aient envie de travailler ensemble, traduction se retrouvant dans le contrat de travail. Après avoir présenté de manière chronologique les actions menées dans le cadre d'un recrutement (A), deux principaux constats peuvent être faits sous l'éclairage du cas d'étude, et plus précisément des six entretiens de recrutement observés⁵⁵. *Premièrement*, la phase de recrutement poursuit la logique d'attraction dans la mesure où elle reflète les organisations en place et les conditions de travail dans lesquelles sont amenées à évoluer les praticiens (B). *Deuxièmement* le processus de recrutement permet de faire s'exprimer les praticiens sur leurs attentes, informations permettant d'envisager des pistes pour la fidélisation (C).

A) Les actions menées : de la candidature à la signature d'un contrat de travail

Les étapes du recrutement peuvent être présentées selon trois phases : la première qui consiste à sélectionner les candidats (1), la seconde qui organise leur rencontre physique (2) et la troisième qui vise à s'accorder sur le contenu du contrat de travail et sur la prise de poste (3).

1) De la réception à l'instruction des candidatures : le choix des candidats

Pour chaque candidature spontanée, ou en réponse aux annonces publiées, reçue au Secrétariat de Direction ou directement au BAM, un premier examen des dossiers est effectué. Assuré par la Directrice des Affaires Médicales, ce premier tri permet de faire émerger les candidatures les plus pertinentes et de proposer des premiers entretiens téléphoniques.

Cette étape permet d'avoir un contact liminaire institutionnel avec le praticien, de lui donner des informations d'ordre général sur l'établissement et de comprendre ses motivations pour, *in fine*, travailler sur la faisabilité administrative du recrutement. Sont ensuite envoyées aux chefs de service et/ ou de pôle, les candidatures dont les profils correspondent au mieux aux objectifs de l'établissement. Ceux-ci donnent alors leur accord pour un entretien sur place.

⁵⁵ Observation d'entretiens menés par la Directrice des Affaires Médicales : trois entretiens en pneumologie, un en chirurgie orthopédique, un en chirurgie vasculaire, et un en oncologie

2) La rencontre avec les candidats : une étape regroupant des acteurs médicaux et administratifs

La venue sur place d'un praticien dure une journée. Elle est organisée conjointement par la Directrice des Affaires Médicales et le cadre administratif de pôle. Pour le pôle chirurgie, un plan de rencontre a été formalisé avec le cadre administratif de pôle. Voici l'exemple du programme proposé lors de la rencontre avec un chirurgien en mai 2014 :

- 11h00 : rendez-vous avec le Chef de pôle ;
- 14h00 : visite de l' Unité X du pôle Chirurgie ;
- 15h00 : visite du bloc opératoire ;
- 16h00 : rendez-vous avec la Directeur des Affaires Médicales ;
- 17h00 : rendez-vous avec le Président de la CME.

Ce parcours, qui, au demeurant, ne relève en rien des cadres classiques du recrutement que l'on peut observer dans d'autres professions, a pour but de faire rencontrer au praticien candidat l'ensemble des acteurs clés de l'institution. Il doit trouver en chacun de ces acteurs des réponses relevant de leur domaine de compétence : dimension médicale avec le chef de pôle et de service (les équipes en place, le matériel utilisé, les projets, etc.), dimension administrative avec le BAM (type de contrat envisageable, formalités d'installation dans la ville par exemple) et dimension stratégique avec le président de la CME et la Directrice adjointe (projet d'établissement, développement de l'activité notamment).

3) De la proposition du statut et de la rémunération à la signature du contrat : la finalisation de la candidature

La décision de recrutement a lieu, dans la majorité des cas observés, après la venue du praticien dans l'établissement. Elle est le fruit du choix du chef de service, du chef de pôle et du Président de la CME et de la volonté, bien sûr, du candidat de rejoindre l'établissement. Une fois la décision prise, un travail de proposition de contrat commence pour la DAM. Au cours de l'observation, le choix des statuts et de la rémunération étaient effectués assez aisément : dans le cas des recrutements statutaires seules les règles du CNG sont applicables (ce qui nécessite tout de même de la part des agents du BAM un travail de reconstitution des carrières au préalable), et dans le cas des recrutements contractuels, était proposé en général des contrats alignés sur le 4^{ème} échelon de PH amélioré de 10%.

Cependant, un véritable travail de fond s'amorçait dans le cas des contrats de cliniciens, que la Directrice des Affaires Médicales prenait le soin de rédiger, dans la mesure où ces derniers devaient répondre à une rémunération cible et des objectifs définis.

A noter par ailleurs, une politique active du CH étudié en matière de post-internat avec la montée des contrats d'assistants spécialistes à temps partagé avec le CHU. Comme le précise une note de l'ARS à l'attention des Directeurs des CH et des Présidents de CME en juin 2014, ces contrats permettent « *aux candidats de finaliser leur formation tout en bénéficiant d'un environnement universitaire et de découvrir ou redécouvrir un centre hospitalier de la région* ».

B) La phase de recrutement, facteur d'attraction par le reflet des organisations en place et de l'investissement des acteurs de l'établissement :

L'analyse au sein du CH étudié a permis de mettre en avant que le recrutement intervenait, lui aussi, dans la démarche d'attraction, dans la mesure où il renvoie une image de l'investissement de ses acteurs par leur manière dont ils travaillent ensemble (1) et par la gestion des dossiers par le BAM (2).

1) Un recrutement à deux voix, médicale et administrative, qui ne s'accordent pas toujours

La phase de recrutement allie des acteurs issus du milieu médical et administratif. Dans le chemin que peut parcourir un candidat dans le processus de recrutement, les discours médical et administratif ne peuvent se permettre d'être dissonants et doivent porter les valeurs de l'institution. En ce sens, chaque acteur a une responsabilité à tenir au sein du recrutement. Dans le CH étudié, cette participation est très *intuitu-personae* et des situations ont pu montrer un certain désintérêt pour le recrutement (par exemple, aucun praticien disponible dans le service pour accueillir le candidat). Comme le précisait la Directrice des Affaires Médicales « *l'intérêt de chacun à participer n'est pas si clair, il y a une vision assez corporatiste des choses* »⁵⁶.

Cette perception de l'utilité de l'investissement a pour degré ultime la délégation de gestion, c'est-à-dire l'appropriation de la démarche gestionnaire par les médecins. Cela a pu être le cas notamment dans un pôle : le praticien chef de pôle participe, en collaboration avec la DAM à l'élaboration des profils de poste, assiste aux premiers entretiens téléphoniques, et accueille les praticiens sur place. Cette « success story » reste très dépendante de la personnalité du praticien chef de pôle, particulièrement investi dans la vie de l'établissement. En outre, la capacité des praticiens à accorder du temps au recrutement est bien entendu aussi à prendre en compte.

Par ailleurs, lors de l'observation, il est apparu que les pôles dans lesquels les recrutements avançaient de manière régulière étaient ceux qui disposaient d'un cadre administratif de pôle engagé dans une démarche de suivi des recrutements, comme ce fut le cas avec le Pôle Chirurgies.

⁵⁶ Entretien Directrice des Affaires Médicales 30 septembre 2014

Ainsi, et tel que l'affirme la Directrice des Affaires Médicales, « *le recrutement et garder un praticien, c'est quelque chose qui irrigue tout le monde. Ça ne se joue pas qu'aux Affaires Médicales* »⁵⁷.

2) Gérer l'ensemble des candidatures, un travail conséquent pour le BAM et qui se concentre sur les spécialités les plus en difficulté :

La gestion des candidatures par le BAM est le premier contact qu'un praticien a avec l'établissement. C'est un moment crucial qui amorce les futures relations que nouera le praticien avec l'institution.

Un exemple, rapporté par un des cabinets de recrutement sollicité par le CH étudié, montre tout l'enjeu de la bonne gestion des candidatures. Lors de la prospection pour un candidat en pneumologie, l'un des praticiens contactés a refusé de considérer l'offre de l'établissement dans la mesure où il trouvait que l'institution, selon les dires du cabinet, « *manquait de sérieux* » car il avait déjà postulé il y a quelques mois et qu'il n'avait obtenu aucune réponse.

C'est toute la question de la réactivité des acteurs recevant les candidatures qui est posée ici. Comme l'expliquaient les agents du BAM, ils peuvent parfois « *passer à côté* » des candidatures, soit parce qu'ils n'ont pas reçu l'information (le CV est arrivé dans les services médicaux et n'a pas été relayé à la direction), soit parce que l'instruction des dossiers a été concentrée sur les spécialités les plus en tension. Cette dernière explication a été particulièrement frappante sur la fin de la période d'observation où le BAM s'est retrouvé avec un effectif moindre suite à un départ en retraite et dont le remplacement n'est prévu que début 2015. Dans cette configuration, au regard de la lourdeur de la démarche de recrutement et d'autres dossiers en cours, la Direction a choisi de ne se concentrer, pour le recrutement, que sur les spécialités les plus en difficulté (anesthésie réanimation, urgences, oncologie et pneumologie) pour toute la période de tension en effectif au BAM.

Cette configuration du BAM et la présence de guichets multiples de réception des candidatures risquent, à terme, d'entraîner des pertes de candidatures dans d'autres spécialités.

C) La phase de recrutement, un vecteur permettant de faire s'exprimer les attentes des praticiens dans une optique de fidélisation :

Alors que dans la plupart des professions, l'employeur est en situation de force, à l'hôpital, le recruteur se retrouve rarement dans cette posture au regard de la faiblesse de l'offre d'emploi par rapport à la demande sur le marché. Les praticiens candidats, au regard de leur rareté, ont des exigences qu'ils n'hésitent pas à exprimer. Sur les

⁵⁷ *Ibid.*

entretiens de recrutement observés, deux sujets majeurs sont majoritairement ressortis des discussions avec les candidats : l'évolution de carrière (1) et le projet de vie personnel (2), deux éléments pouvant valablement participer à la logique de fidélisation.

1) Le souhait des candidats : une carrière en progression...

Suite à l'analyse des entretiens de recrutement, il est apparu que les praticiens candidats souhaitaient changer d'établissement dans l'optique de faire évoluer leur carrière à deux titres.

Premièrement, l'ensemble des candidats, exerçant dans d'autres EPS, souhaitait changer de poste afin de ne plus connaître les difficultés d'exercice qu'ils pouvaient connaître dans leur établissement. Parmi ces difficultés ont été évoquées, l'absence de ligne d'astreinte dédiée (cas d'un oncologue), la faiblesse de l'offre de soins sur le territoire qui restreint les possibilités quant aux soins de suite (cas d'un pneumologue), ou au contraire la présence d'une offre de soins trop importante ne permettant pas de constituer une patientèle (cas d'un chirurgien), le fait que l'établissement n'accueille pas d'internes (cas d'un oncologue). Mais l'argument principalement évoqué était la charge de travail du fait d'un exercice seul voire isolé d'une spécialité (cas de plusieurs pneumologues), qui au-delà de l'impact sur la vie personnelle, restreignait leur capacité à se dédier aux projets du service, à la recherche clinique ou la formation. Comme le précisait la Directrice des Affaires Médicales « *disposer d'équipes plurielles... il y a quelque chose de vertueux quand on cherche à recruter des praticiens quand on a déjà un bon noyau* »⁵⁸.

Deuxièmement, certains candidats se sont présentés avec des prétentions salariales bien définies. Deux cas de figures se sont présentés. En oncologie, un candidat, venant du secteur public, avait des propositions de clinique et souhaitait que le CH lui fasse une offre similaire, que seul un contrat de clinicien au plafond permettrait. En chirurgie, deux praticiens, exerçant en libéral, souhaitaient passer au mode d'exercice salarié. Au regard des charges leur restant pour encore une année, leurs prétentions salariales avaient une importance.

2) ... qui doit être en accord avec un projet de vie personnel :

Si l'on reprend le code du travail dans son article L 122-45, poser des questions sur la vie privée d'un candidat est interdit. Pour autant, les candidats peuvent faire part, s'ils le souhaitent de leur situation sur le plan personnel. Dans les entretiens menés l'ensemble des candidats ont évoqué leur souhait d'un point de vue personnel : la situation du conjoint et des enfants notamment. Comme l'évoquait un cabinet de recrutement avec lequel le CH a travaillé « *il y a un choix de répondre au projet de vie, la question du*

⁵⁸ Entretien Directrice des Affaires Médicales 30 septembre 2014

conjoint et des enfants est essentielle et dans un sens avoir les réponses à ces questions sécurise le recrutement »⁵⁹.

Ainsi qu'ils relèvent de la progression de la carrière ou d'éléments personnels, les éléments clés de la fidélisation font actuellement l'objet d'une réflexion au sein du CH étudié.

III) La fidélisation du personnel médical : une réflexion qui mûrit au sein du CH étudié mais un travail de long terme qui s'annonce

Face aux nombreuses rotations subies par le CH étudié, le but recherché d'une politique de fidélisation est que le praticien s'attache et s'implique durablement dans l'établissement pour, somme toute, garantir le bien-être au travail du praticien et le développement de l'institution. Dans cet objectif, le CH étudié a entamé une réflexion autour des éléments pouvant participer à la fidélisation des praticiens et dont les premières actions ont vu récemment le jour (A). Toutefois, la politique du CH étudié est assez jeune, et passe sous silence des éléments essentiels au bien-être au travail des praticiens (B).

A) Les actions menées : des premiers jours de travail à une carrière au sein du CH

Qu'elle concerne l'arrivée du praticien sur l'établissement (1) ou son évolution de carrière (2), une réflexion est à l'œuvre au sein du CH étudié sur les facteurs pouvant favoriser la fidélisation du personnel médical.

1) La politique d'accueil du praticien : mise en place d'un comité de direction (CODIR) sur la procédure d'accueil d'un nouveau médecin

Après la période d'observation, a été mis en place le 10 septembre 2014 un CODIR dédié à la procédure d'accueil d'un nouveau médecin et regroupant l'ensemble des directions susceptibles d'y participer. Partant du constat de certaines ambiguïtés lors de l'arrivée d'un praticien (médecins des équipes attestant ne jamais avoir été prévenus d'une arrivée, problème d'accès aux systèmes d'information, etc.), un document de travail a été élaboré dans le but de retracer les actions et acteurs responsables de l'arrivée d'un praticien jusqu'à son installation durable dans l'établissement. Plusieurs actions préexistaient déjà mais n'avaient pas fait l'objet d'une formalisation au sein d'un processus temporellement défini.

Est ainsi prévue, en amont de l'arrivée du praticien, une attention particulière sur des sujets favorisant sa prise de poste: badge d'accès, ordonnances et tampons, codes

⁵⁹ Propos recueillis lors de l'observation réunion DAM/ cabinet de recrutement je 3 juin 2014

d'accès logiciels, temps et fonctionnement de son futur secrétariat, l'organisation des plages de bloc, la signalétique à l'accueil, etc.

Un circuit particulier a été envisagé durant la semaine d'arrivée du praticien avec une première étape auprès de la DAM pour une remise des codes d'accès, du badge, des coordonnées d'astreinte notamment. Sont prévues, ensuite, un entretien avec le Directeur et le Président de CME, ainsi qu'une rencontre avec la Direction des soins. Une visite de présentation par le chef de pôle et éventuellement le chef de service est planifiée dans la semaine qui suit l'arrivée ainsi qu'une visite opérationnelle par le cadre supérieur de santé et le cadre du secrétariat médical visant à délivrer des informations d'ordre pratique (les clés, les tenues). Une nouveauté de ce programme est la formalisation d'une formation aux logiciels utilisés dans l'établissement, mise en œuvre qui n'est pas encore opérationnelle.

Enfin, des temps de rencontres sont prévus quelques semaines après l'arrivée : entretien avec l'ingénieur biomédical pour une évaluation des besoins d'équipement, entretien avec le Directeur ou encore avec l'ingénieur chargé du développement de l'offre de soins pour une présentation d'objectifs d'activité).

2) L'évolution de la carrière du praticien au sein du CH à travers la recherche clinique et la formation deux éléments en voie de développement

La progression de la carrière au sein de l'établissement, au-delà des activités de soins traditionnelles, à travers la recherche clinique et la formation, a été au cours des entretiens menés et de l'observation l'un des facteurs pouvant appuyer la fidélisation du personnel médical.

Concernant la recherche clinique, un comité de recherche clinique, annoncé en CME en mai 2015, a été instauré. La recherche, « *fruit d'individus isolés jusqu'à présent* »⁶⁰, intègre une dimension collective intégrée à travers ce comité. Chargé d'assurer l'organisation de la recherche clinique, d'aider à l'émergence de nouveaux projets, le comité de recherche clinique ambitionne, en outre, de s'insérer dans un dynamique territoriale, selon le Directeur d'Etablissement, en « *développant des partenariats avec le CHU* », avec pourquoi pas la création d'un tel comité sur l'ensemble du bassin de santé.

Concernant la formation, la dynamique semble moins lancée, en témoigne la faible participation des membres à la commission de formation des praticiens, ce qui ne saurait pour autant se résumer à un désintérêt sur cette question. Toutefois, au regard des nécessités de service, toutes les formations n'ont pas pu être accordées pour 2015.

⁶⁰ Propos tenus par le directeur d'établissement lors de la CME du 27 mai 2014

B) Bilan : des ambitions affirmées de fidéliser les praticiens mais un travail de long terme qui doit aussi porter sur la question du bien-être au travail :

L'analyse des actions menées par le CH et dont certaines sont encore au stade de la réflexion, montre une réelle ambition de favoriser la bonne insertion du praticien dans son lieu de travail. Néanmoins, la dimension de bien-être au travail qui regroupe la sécurité, la charge psychosociale, les lieux de travail entre autres, garante de la fidélisation d'un praticien, n'a pas fait l'objet d'une formalisation au sein du CH étudié (1). Il est apparu, au cours de l'observation, que l'un des facteurs essentiels du bien-être au travail résidait dans l'intégration au sein d'une équipe aux effectifs médicaux complets (2).

1) L'absence de formalisation d'une politique de bien-être au travail et notamment de la prévention des risques psycho-sociaux :

La question des risques psycho-sociaux a longtemps été abordée à travers le prisme du personnel non médical.

Dans les discours des praticiens le terme *burn-out* est revenu. Celui-ci « *survient quand une personne ne peut plus faire face à une demande professionnelle trop importante ou exigeante. Un épuisement physique, émotionnel et mental s'installe, qui peut mener au suicide.* »⁶¹. Une attention particulière mérite d'être portée sur le personnel médical dans la mesure où il existe 2,5 fois plus de suicides au sein de cette profession que dans le reste de la population.

L'ambition de prévenir les risques psycho-sociaux n'est pas encore, au sein du CH étudié, clairement affichée pour le personnel médical, ce qui peut paraître étonnant alors même qu'un programme d'actions a été élaboré par la Direction des Ressources Humaines à l'attention du personnel non médical. L'appréhension d'un tel sujet permettrait, de plus, au CH étudié de se conformer à l'accord cadre du 22 octobre 2013, dans lequel chaque employeur public s'engage à présenter un plan d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux.

2) Le bien-être au travail passe essentiellement par des équipes aux effectifs médicaux complets :

La cause principale de départ des praticiens observable sur le terrain a été le manque de moyens médicaux qui a un effet d'engrenage négatif.

Au-delà du temps de travail décompté, la sollicitation des praticiens se fait aussi ressentir au sein des équipes peu étoffées qui reposent sur un ou deux praticiens de la spécialité. Cette configuration, qui est celle que l'on peut trouver en pneumologie ou en oncologie, pèse fortement sur les praticiens en exercice et a été à l'origine de deux

⁶¹ LEBRUN Anne-Laure, 2014, « Les médecins se mobilisent contre le burn-out », *Le Figaro*, 18 février 2014

démissions (en réalité une démission et une mise à disposition pour travailler dans une clinique privée) dans ces services sur la période d'observation.

Si l'on reprend les lettres de démission de ces praticiens, d'autres éléments sont évoqués : la difficulté de concilier cette charge de travail avec la vie personnelle et le manque de temps pour la recherche clinique et la formation. Comme le rappelle Noël VANDERSTOCK, Directeur d'hôpital et secrétaire national du SYNCASS CFDT, « *l'absence de médecin à l'hôpital entraîne de nombreuses difficultés sur les conditions de travail de ceux qui restent mais aussi « par contagion » des départs vers le privé ou le monde libéral et bien sûr des surcoûts de l'intérim* »⁶².

IV) Bilan des résultats : un diagnostic qui met en avant trois axes de réflexion :

L'état des lieux présenté a permis de faire émerger trois axes de réflexion principaux qui couvrent de manière transversale l'attraction, le recrutement et la fidélisation :

A) La nécessité de se tourner vers des politiques d'attraction, de recrutement, et de gestion de carrière plus individualisées :

Les arguments suivants issus de l'état des lieux permettent d'arriver à cette conclusion :

- en matière d'attraction, l'argumentaire ne se focalise pas sur les attentes de la spécialité et est d'ordre général. Les supports utilisés sont peu orientés vers les pratiques des jeunes générations de praticiens et prennent peu en compte le poids des réseaux professionnels des spécialités et notamment du vecteur d'information que constituent les internes.
- en matière de recrutement, les praticiens recherchent un poste leur garantissant un épanouissement professionnellement sans être en contrariété avec leur vie personnelle. La rémunération demeure un argument important dans les choix de carrière des praticiens, prétentions liées soit à des évolutions de carrière, soit à des contraintes d'un ancien exercice.
- en matière de fidélisation, l'évolution de carrière à travers la recherche clinique et la formation apparaissent comme des facteurs importants.

B) L'attraction, le recrutement et la fidélisation ne peuvent fonctionner qu'à travers des organisations médicales et administratives solidement établies :

Les arguments suivants issus de l'état des lieux permettent d'arriver à cette conclusion :

⁶² HEMERY Pia, 2013, « L'idée d'une pénurie médicale hospitalière progresse », *Hospimedia*, 29 mai 2013

- en matière d'attraction et de recrutement, la gestion administrative des candidatures et le premier accueil d'un candidat sont le reflet de l'institution et de son dynamisme. En ce sens, l'investissement du personnel médical et administratif s'avère être un facteur clé. Dans le CH étudié, le rôle de chacun n'est pas toujours clair.
- En matière de recrutement, les entretiens ont montré que les praticiens avaient une réelle crainte quant à l'exercice isolé au sein de l'établissement, ce qui amène à réfléchir sur les organisations actuelles des services.
- En matière de fidélisation, l'investissement des premiers jours dans l'accueil des praticiens apparaît comme un facteur important. Sur le long terme, le bien-être au travail, qui ne fait pas l'objet d'une politique définie au sein du CH étudié, réside principalement dans la composition d'équipes médicales solides.

C) Le positionnement territorial de l'établissement est un argument essentiel dans le choix des praticiens

Les arguments suivants issus de l'état des lieux permettent d'arriver à cette conclusion :

- en matière d'attraction, parmi les éléments donnant du sens à l'intérêt que peut porter un praticien à l'établissement figure en tête de proue l'aspect territorial.
- en matière de recrutement, les entretiens ont permis de mettre en avant que les praticiens recherchaient avant tout un territoire de santé leur permettant de ne pas retrouver les difficultés auxquelles ils étaient confrontés par ailleurs (par exemple, manque de soins de suite, importance de l'offre de soins qui ne permet pas de se constituer une patientèle).
- en matière de fidélisation, les liens avec le CHU en matière de recherche clinique semblent être une plus-value.

Le diagnostic fait ainsi apparaître trois pistes de travail pour l'élaboration des recommandations applicables au CH étudié et dans lesquelles un AAH au sein d'une DAM a un rôle non négligeable à jouer.

Chapitre 3 : une gestion des Affaires Médicales pouvant être valablement enrichie pour répondre aux ambitions d'attraction, de recrutement et de fidélisation du CH étudié :

« *La gestion des Affaires Médicales est restée trop longtemps stéréotypée et impersonnelle, trop timorée* »⁶³. Face à ce constat, qui peut aussi résumer notre cas d'étude, ce dernier chapitre aspire humblement à développer des recommandations selon les trois axes issus du diagnostic de terrain : la dimension individuelle (I), la dimension institutionnelle à l'échelle de l'établissement (II), et la dimension territoriale (III) du recrutement et de la gestion de carrière. Basées sur des éléments de *benchmarking* et des entretiens menés, ces recommandations n'ont pas la prétention de mettre en avant un modèle idéal transposable à tous les EPS, même si certaines pistes de réflexion sont valablement applicables à d'autres situations. Pour chacune des préconisations sera précisé le rôle que peut jouer un AAH au sein d'une DAM ainsi que, dans la mesure du possible, les modalités de mise en œuvre (ressources nécessaires, obstacles envisageables, et évaluation des actions).

I) Vers une individualisation du recrutement et de la gestion des carrières

A) Une communication de recrutement plus personnelle s'intégrant dans une stratégie de communication globale de l'établissement :

Préconisation 1 : une communication de recrutement qui se doit d'être plus incisive

- ***Une personnalisation du contenu des offres d'emplois par l'appui des fiches de profil de poste***

En termes de contenu, les offres d'emplois gagneraient à être davantage personnalisées au regard de la spécialité visée. En ce sens, l'apport des fiches de profil de poste, dont un exemple de trame est présenté en annexe (cf. annexe 2) peut être une plus-value dans la construction des offres d'emplois. Le travail amorcé sur quelques spécialités au sein du CH étudié mériterait d'être étendu sur l'ensemble des disciplines pour lesquelles est recherché un praticien. La réussite de tels outils dépend en grande partie de la coopération médico-administrative dans la construction de ces fiches, par le BAM et les chefs de service, dialogue pouvant être fluidifié par l'AAH aux Affaires Médicales et dont le résultat peut être finalisé par ce dernier. Au-delà l'utilité dans les offres d'emplois, les fiches de profil de poste constitueraient aussi un outil pour la

⁶³ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 15
Nathalie LEROUX - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014

première phase de sélection des candidatures opéré par la Directrice des Affaires Médicales.

- ***Une personnalisation des supports de communication par l'investissement des réseaux sociaux et professionnels***

La communication de recrutement peut être valorisée par la conquête de supports variés, sans toutefois se disperser, pour toucher des publics spécifiques.

Concernant les praticiens les plus jeunes, il s'agit de s'adapter aux modalités actuelles de recherche d'emploi notamment à travers un investissement des réseaux sociaux. Dans un premier temps, l'inscription au sein d'un réseau professionnel, tel que LinkedIn (135 millions de membres) ou Viadeo (30 millions d'inscrits), permettrait de se connecter avec un public plus jeune à l'instar de l'Hôpital Necker-Enfants malades, premier prix des rencontres de la communication hospitalière organisé par la FHF en mars 2012, qui ont investi les réseaux sociaux dans le but de créer une proximité avec les candidats potentiels⁶⁴. De manière plus globale, c'est tout un travail sur l'e-réputation qui doit être envisagé, car, comme le montre une étude Regions Job⁶⁵, en France, 88% des candidats recherchent des informations sur les entreprises avant de postuler sur Internet.

Les supports de communication doivent aussi s'adapter à la logique professionnelle des praticiens, fortement basée sur les réseaux professionnels des différentes spécialités. En ce sens, l'investissement des réseaux professionnels, sites de références, forums, ou revues spécialisées peut être une plus-value. Par ailleurs, certaines disciplines, encore très ancrées dans « l'ère du papier », peuvent apprécier la communication via les revues spécialisées. Un travail de prospection de l'AAH aux Affaires Médicales sur les réseaux professionnels à investir ainsi qu'une analyse du coût que de telles publications peuvent engendrer est à envisager dans une optique de proposition à son Directeur.

Préconisation 2 : une communication de recrutement qui doit s'intégrer dans une stratégie plus globale de communication

La communication de recrutement ne saurait se suffire à elle-même. Sa montée en charge nécessite, en effet, que les décideurs médicaux et administratifs s'accordent sur l'image que l'établissement reflète et doit, en ce sens, s'intégrer dans une stratégie de communication plus globale. Aujourd'hui, le CH étudié s'est lancé dans une démarche de réflexion autour d'un plan de communication ayant à la fois pour but d'attirer des praticiens et de fédérer les équipes actuellement en place autour d'un projet. Ainsi, pour l'AAH aux Affaires Médicales il s'agit, dans ses démarches d'attraction du personnel

⁶⁴ « Comment recruter les cadres et, plus largement, les personnels soignants ? », 2012, Citizen Press posté le 5 septembre 2012 sur www.fhf.fr

⁶⁵ MATHERN Eric, MARIOTTE Jean, TABTAB Kamel, 2012, « Réseaux sociaux et recrutement, FHF Rencontre de la communication hospitalière », document accessible sur www.fhf.fr

médical, de travailler en cohérence avec ce futur plan de communication et de collaborer avec le service communication.

B) Du statut au salaire, des outils règlementaires singuliers pour attirer et conserver les ressources médicales :

Préconisation 3 : une connaissance appuyée des statuts afin de proposer des contrats attractifs

D'après J-Y COPIN, « *les contrats passés par les chefs d'établissement avec un ou des médecins sont des outils managériaux. Des outils qu'il convient de parfaitement maîtriser pour réussir le management* »⁶⁶. Sont ainsi attendues une expertise et une veille des modalités statutaires doublées d'une certaine créativité de la part d'un AAH aux Affaires Médicales qui sera force de proposition auprès de son Directeur quant aux possibilités de pouvoir contracter avec tel ou tel praticien. Il s'agit pour l'AAH de trouver le bon statut pour un praticien en particulier à un moment précis de son parcours professionnel tout en permettant à celui-ci le développement de sa carrière.

Les modalités de rémunération, primes envisageables, indemnités d'engagement de service public, part variable, rémunération des gardes et astreintes, etc. doivent aussi être maîtrisées afin de pouvoir proposer différentes options de rémunération du praticien au Directeur des Affaires Médicales, qui pourra négocier avec le candidat tout en tenant compte des possibilités financières de l'établissement. A l'échelle de la Direction, l'amélioration des règles de recrutement et de rémunération des praticiens en début de carrière, à l'exemple de ce qui a été développé par le CHU Toulouse⁶⁷, peut être une piste de réflexion.

Préconisation 4 : envisager le contrat de clinicien pour le recrutement et les évolutions de carrière avec une vigilance particulière quant aux équipes actuellement en place

La création des contrats de cliniciens peut créer un effet d'aubaine pour les centres hospitaliers qui ne sont pas en trop grande difficulté financière. Néanmoins, l'établissement ne saurait proposer ce type de contrat à l'ensemble des candidats qui l'exigent. Une réflexion est actuellement menée par l'ARS Midi-Pyrénées afin de définir les modalités de recours à de tels contrats. C'est une ambition qui peut être reprise en interne. Pourrait ainsi être envisagé de définir les cas dans lesquels le recours au contrat de clinicien peut être concevable. A mon sens, deux situations justifient l'appel à ces

⁶⁶ COPIN Jean-Yves, 2011, « A la recherche du temps médical... attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST », *Gestions hospitalières*, N°507, juin/juillet 2011

⁶⁷ JEGU Sandra, 2014, « l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins ne se résume pas à une histoire de sous », *Hospimedia*, 22 mai 2014

contrats : les praticiens en fin de carrière sur des spécialités particulièrement en tension et les praticiens qui souhaitent rejoindre le secteur public après avoir quitté l'exercice libéral qui leur laisse encore aujourd'hui un certain nombre de charges fiscales à régler. Ces deux situations permettraient de ne pas créer un gouffre du point de vue de la rémunération à la fin du contrat de clinicien qui ne peut excéder 6 ans.

Dans cette réflexion autour du contrat de clinicien, qui sera finalisée à l'échelle territoriale et au niveau de la Direction de l'Etablissement, une attention particulière devra être portée sur les équipes qui accueillent ces praticiens cliniciens. En effet, il faudra veiller à ce qu'elles ne ressentent pas une dévalorisation par rapport à leur collègue soit en justifiant la rémunération du clinicien au regard des objectifs déterminés dans son contrat et de leur réalisation, soit en travaillant, suivant le cercle des possibilités, à des revalorisations de rémunérations des praticiens de l'équipe. Concernant le premier point, il devra être opéré par le Directeur et l'AAH lors de l'élaboration du contrat de clinicien un travail de définition précise des objectifs avec des indicateurs à l'appui.

C) Assurer une gestion des carrières personnalisée :

Préconisation 5 : connaître les ambitions des praticiens : développer une politique prévisionnelle d'évolution professionnelle par l'organisation de rencontre

Pour aspirer à répondre aux ambitions professionnelles et personnelles des praticiens, les seules informations révélées au cours des entretiens de recrutement ne suffisent pas. Un suivi plus personnalisé de la carrière, avec des entretiens réguliers sur le projet professionnel, inspiré de ce qui se fait dans certains établissements de Bourgogne peut être envisagé.

Dans ces établissements, a été développée une politique prévisionnelle d'évolution professionnelle. Basée sur des rencontres entre la DAM, les praticiens et éventuellement les chefs de pôle et/ ou de service à échéances définies, cette politique se concrétise à travers des fiches individuelles qui précisent les objectifs personnels de l'intéressé, le profil de poste et ses perspectives de carrière⁶⁸. Ces rencontres pourraient, par exemple, intervenir quelques mois après l'arrivée d'un praticien. Cette ambition est d'autant plus réalisable que le CH étudié est un établissement de taille moyenne. Eventuellement, au regard de la charge de travail induite, l'intermédiaire des pôles peut être envisagé. L'élaboration des programmes de rencontre et des fiches support peut être déléguée à l'AAH aux Affaires Médicales.

Une focale mériterait toutefois d'être apportée sur les praticiens les plus jeunes et les internes. Ces rencontres permettraient en effet, reprenant les propos du Dr.

⁶⁸ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 44

S.BENZAKEN, de « *dessiner le plan de carrière des plus jeunes et les aider à parcourir les chemins caillouteux de la formation médicale, les aider à s'orienter dans le choix de leur exercice au moment où, jeunes trentenaires, ils doivent aussi faire des choix de vie, est l'assurance d'une ressource fidèle et fidélisée* »⁶⁹. L'échange entre praticiens ou futurs professionnels et l'administration serait, en outre, un moyen de mieux communiquer sur le déroulé des carrières publiques et de rendre moins complexe les aspects statutaires des carrières médicales hospitalières, complexité qui peut être un motif de désintéressement de l'orientation hospitalière⁷⁰.

Préconisation 6 : garantir le développement des carrières et de l'activité par la formation et la recherche clinique

Au regard des éléments apportés par les praticiens sur leurs souhaits de carrière et des ambitions de l'établissement en matière d'activité, une attention particulière mérite d'être portée sur la formation et la recherche clinique.

- ***L'élaboration d'un plan de formation :***

Concernant la formation, et en conformité avec les vœux exprimés par les praticiens et les objectifs de l'établissement, un plan de formation pluriannuel élaboré par la DAM peut être une première piste. Ce dernier permettra de reprendre, pour chaque praticien et spécialités, les formations qu'ils peuvent demander ainsi que celles qui pourraient venir appuyer la stratégie de l'établissement. Cet outil, développé dans les établissements de Bourgogne précédemment cités, peut faire l'objet d'une des missions de l'AAH en lien avec la commission de formation des praticiens qui existe actuellement au sein de l'établissement.

- ***Un comité de recherche clinique pluridisciplinaire :***

Sur le volet recherche clinique, il faudra laisser du temps pour voir apparaître les premiers résultats du comité récemment créé. Toutefois au sein de ce dernier, il faudra s'assurer que la dimension gestionnaire administrative et financière n'est pas laissée de côté avec la présence d'une compétence en finances et en Affaires Médicales. Dans cette perspective, l'AAH aux Affaires Médicales en lien avec son homologue aux Affaires Financières peut être sollicité sur son expertise des procédures et des financements de la recherche.

- ***Soutien de la direction dans les projets des praticiens :***

Le soutien de la Direction dans les projets menés par les praticiens est particulièrement apprécié et doit être poursuivi au sein du CH étudié. Cela a pu être souligné par le médecin coordonnateur du programme Cristal Action ayant pour objet l'optimisation des prélèvements d'organes : « *j'ai été accompagnée à l'ARS par Directrice*

⁶⁹ *Ibid.*, p 82

⁷⁰ FHF Commission Permanente de l'attractivité médicale, 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, FHF, mai 2014, p 2

des Services Economiques. On est arrivées ensemble en covoiturage et avons présenté ensemble le projet. (...) Un projet soutenu par la direction, ça le fait. »⁷¹.

- **Intégration des objectifs de formation et de recherche clinique dans les contrats de pôle**

Qu'il s'agisse de la formation ou de la recherche clinique, ces deux démarches doivent trouver du sens dans la stratégie d'établissement afin de rassembler l'ensemble des acteurs. Ainsi, l'intégration dans les contrats de pôle des projets en matière de formation et recherche clinique procurerait les moyens d'impliquer le corps médical dans la stratégie d'établissement⁷².

II) Vers des organisations médicales et administratives solidement établies garantissant le bien-être au travail des praticiens

A) Une ambition d'attraction, de recrutement et de fidélisation qui doit mobiliser tous les professionnels de l'établissement

Préconisation 7 : assurer un accueil de qualité

Qu'il s'agisse de l'accueil d'un candidat ou d'un nouvel arrivant sur l'établissement, ces premières rencontres sont la condition nécessaire, bien que non suffisante, de la fidélisation d'un praticien.

- **Un accueil qui doit permettre au praticien d'identifier l'ensemble de ses futurs collègues de travail mobilisés pour son arrivée :**

Pour le manager du Pôle Santé du cabinet de recrutement interrogé, « *un bon accueil, c'est quatre interlocuteurs : les Affaires Médicales, un confrère ou une consoeur, les membres du personnel soignant, et le directeur d'établissement* »⁷³. Il s'agit, par ces rencontres, que le praticien ait le sentiment d'une mobilisation générale quant à un éventuel recrutement ou une arrivée. Selon les critères mentionnés, le CH étudié semble remplir les caractéristiques d'un bon accueil même si un temps de rencontre plus important pourrait être envisagé avec la Directrice des soins ou les cadres de santé, notamment lors de la première visite d'un praticien. Le rôle de l'AAH aux Affaires Médicales, en lien avec les avancées du CODIR sur l'accueil des nouveaux médecins, est de sécuriser la venue d'un praticien, en collaboration avec le cadre de pôle, ainsi que d'assurer le bon déroulement de ces visites et de l'installation dans le poste en coordonnant l'ensemble des acteurs que le nouveau praticien est amené à rencontrer.

⁷¹ Propos tenus par le praticien coordonnateur du Programme Cristal Action lors de la CME du 27 mai 2014

⁷² CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 36

⁷³ Entretien manager pôle santé cabinet de recrutement 16 octobre 2014

- **Faciliter l'installation du praticien à l'extérieur de l'hôpital :**

Une attention doit être portée sur les conditions d'installation du praticien. En effet, tout en respectant sa vie privée, ce dernier peut trouver un support de la part des Affaires Médicales pour, par exemple, l'aider à trouver un logement, lui indiquer les possibilités de scolarisation de ses enfants, ou encore dans le cas de médecins étrangers l'assister dans la recherche d'une mutuelle. Ces actions, qui sont parfois comprises dans les prestations des cabinets de recrutement, sont proposées aux praticiens qui en font la demande. Cependant, cette action, pilotée par la Directrice des Affaires Médicales, pourrait être valorisée par la création d'une fiche d'aide à l'installation, à l'attention des praticiens, qui référencerait la liste des démarches à effectuer ou les personnes ressources à contacter sur certains sujets (mutuelle, ressources humaines, etc.). Ce support pourrait être inséré dans la pochette d'accueil donnée aux praticiens lors de la finalisation des contrats de travail.

- **Faciliter l'exercice professionnel lors des premiers jours de travail :**

La réflexion menée par le CODIR sur l'arrivée des nouveaux médecins est à poursuivre concernant l'accompagnement qui peut être porté aux praticiens en matière d'utilisation des logiciels ou de besoins de matériel. Comme le souligne le Dr. S.BENZAKEN « *apporter un accompagnement au plus près des praticiens pour créer ou formaliser les démarches qualité, pour aider à la saisie de l'information médicale qui impacte et la tarification et les bases de données précieuses pour la recherche (...) constitue le socle d'une organisation idéale. (...) Un praticien soutenu dans ses tâches souvent fastidieuses et consommatrices de temps aura du mal à quitter une telle qualité de vie professionnelle* »⁷⁴. A l'exemple de ce qu'il se fait pour les internes, un livret d'accueil du praticien pourrait être travaillé par la DAM. Celui-ci reprendrait des éléments clés du projet d'établissement, des informations d'ordre général (organigramme, numéro utiles, etc.).

- **Une attention particulière à porter sur l'accueil des internes :**

A nouveau, une attention particulière mérite d'être portée sur les internes. Reprenant les recommandations de la commission permanente de l'attractivité médicale de la FHF⁷⁵, le CH étudié s'est déjà ancré dans une démarche active concernant l'accueil des internes, avec une journée dédiée et un livret à l'appui (comportant des informations sur la prise de fonction, le matériel, le temps de travail, etc.).

Au-delà de ces premières actions, qui ont été appréciées par les internes du CH étudié, la commission permanente de l'attractivité médicale, dans son rapport⁷⁶, évoque le développement du compagnonnage de l'interne, processus alliant le tuteur et le chef de

⁷⁴ *Ibid.*, p 82

⁷⁵ FHF Commission Permanente de l'attractivité médicale, 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, FHF, mai 2014, recommandation 3

⁷⁶ *Ibid.*

service, afin de développer son projet professionnel en adéquation avec les objectifs de l'établissement. C'est une ambition qui, sous réserve d'un appui du Président de CME et des instances universitaires, pourrait être imaginable dans le CH étudié, tel que le souligne G-P.MARTIN, Directeur du CH de Chambéry, « *il faut arriver à créer un climat intégrateur* »⁷⁷ qui donne envie aux internes de ne pas se détourner de l'hôpital public.

Préconisation 8 : inciter tous les professionnels à s'insérer dans la dynamique de recrutement

La réussite de l'accueil des praticiens est conditionnée à l'implication de tous les acteurs de l'établissement. Une incitation de ces derniers à travailler en synergie et à s'insérer dans la dynamique de recrutement doit être envisagée.

- ***Former au recrutement :***

Souvent, le Président de CME et les praticiens chefs de pôles, qui depuis la loi HPST ont des responsabilités en matière de ressources médicales au sein de leur pôle, se retrouvent désarmés face aux fonctions managériales qui leur incombent. Une formation doit leur être assurée afin d'encourager une délégation de gestion en accord avec leurs prérogatives réglementaires (définition de la politique des ressources humaines, la définition des profils de poste, la détection précoce des difficultés humaines ou relationnelles, les entretiens d'évaluation, l'adaptation des métiers, l'évaluation des pratiques et la formation). La DAM et son AAH, loin d'être absents, pourront alors assurer pleinement leur rôle « *d'expertise, de cohérence et surtout de pilotage* »⁷⁸ général des ressources médicales.

- ***S'assurer du suivi au niveau du bureau des Affaires Médicales :***

Dans la politique de recrutement, la gestion des dossiers au BAM est une condition plus que nécessaire pour ne pas perdre des candidats potentiels et préserver les ressources existantes. En ce sens, le BAM ne peut se limiter à la gestion courante et des dossiers les plus urgents. Une organisation du BAM mérite d'être envisagée afin de permettre le traitement de dossier contribuant à la fois à la gestion courante et aux démarches de long terme. Le rôle d'un AAH aux Affaires Médicales, en accord avec son Directeur et suivant les appétences de l'équipe des Affaires Médicales, est de contribuer au façonnement de ce service. Pourrait ainsi être envisagé que l'adjoint des cadres du BAM soit la personne ressource en matière de suivi des dossiers de formation et de recherche clinique. Un des deux agents administratifs pourrait, en outre, se spécialiser plus sur les internes, par exemple. Toutefois, il faudra veiller à ce que des tâches, telles

⁷⁷ JEGU Sandra, 2014, « l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins ne se résume pas à une histoire de sous », Hospimedia, 22 mai 2014

⁷⁸ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 44

que la gestion des médecins remplaçants ou la gestion de la paye, restent partagées par l'ensemble des effectifs au sein du BAM afin de palier d'éventuelles absences.

- ***Donner du sens à cette participation :***

Participer à la dynamique d'attraction et de recrutement ne fait pas naturellement sens pour les acteurs hospitaliers. Comme le précise le Directeur du cabinet de recrutement « *parfois on joue sous le même maillot et on ne comprend pas pourquoi* ». Or, pour que la démarche de recrutement fonctionne, il faut que les acteurs, médicaux et administratifs, porteurs du recrutement aient une vision partagée de l'intérêt d'une telle démarche pour l'institution et qu'ils aient une représentation commune de l'établissement à relayer aux candidats potentiels.

C'est une ambition de long terme qui peut être nourrie par les réflexions autour de la « marque employeur ». La notion de marque employeur renvoie à « l'image de marque » que renvoie l'établissement à ces salariés. Il s'agit pour l'établissement de s'accorder sur les valeurs communes et de les relayer à travers une stratégie de communication institutionnelle interne. L'objectif est de rendre l'image de l'établissement attractive en interne afin de garantir l'investissement de tous. C'est une réflexion que connaît peu aujourd'hui l'hôpital public mais qui mériterait d'être approfondie.

B) Une attention particulière sur les conditions de travail des praticiens et leur bien-être au travail :

Préconisation 9 : s'assurer du maintien d'équipes médicales de qualité avec des effectifs suffisants

L'argument principal, ressorti de l'étude de cas, est la crainte d'exercer au sein d'équipes peu étoffées, qui sont annonciatrices de surcharge de travail, d'incapacité à se consacrer à des activités de recherche et de formation, et pouvant, à terme, pousser un praticien à quitter l'établissement. Face à ce constat, il paraît important d'assurer une veille active et une vision prospective quant aux effectifs médicaux. En ce sens, la mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) médicale peut venir répondre à cette ambition en anticipant les départs (retraites, fin de contrat, etc.) et en prenant en compte les nouveaux besoins liés à l'activité. Cet outil peut être façonné et piloté par l'AAH aux Affaires Médicales. C'est une vision prospective qui permettra de limiter les recours à l'intérim médical aux situations de forte tension en effectif médical liées à des imprévus ou des congés.

Pour des spécialités souffrant particulièrement de la pénurie médicale le recours à des cabinets de recrutement, pour une action plus offensive, pourra être poursuivi. Néanmoins, l'AAH aux Affaires Médicales devra s'assurer des méthodes, compétences

de ce cabinet (interroger sur les références) et rester en accord avec les possibilités financières de l'établissement indiquées par son Directeur.

Préconisation 10 : mener une réflexion sur l'organisation de l'activité en lien avec le temps de travail

Le bien-être au travail passe aujourd'hui par la conciliation entre différents temps : temps de travail et temps personnel, temps clinique et temps de formation, etc. A cet égard, plusieurs pistes, prenant à la fois en compte les aspirations des praticiens et les projets de l'établissement, peuvent être présentées.

Premièrement, une meilleure lisibilité des règles de vie et de temps de travail est à envisager afin de garantir une certaine confiance dans la gestion du temps de travail médical. L'exemple du CH du Saint-Malo, qui a développé un guide de gestion du temps de travail médical, est particulièrement intéressant. En effet, la DAM de cet établissement a développé un outil permettant de reprendre les principes généraux sur le temps de travail et rappelant l'organisation de la permanence des soins, les règles relatives au TTA ou encore les tableaux de services. Validé en Directoire, cet outil pourrait être valablement transposé au sein du CH notre étude.

Deuxièmement, dans les services à forte activité de recherche clinique et pour permettre aux praticiens d'accorder une partie de leur temps de travail à cette activité, une démarche de recrutement active doit venir en support. Dans l'ex-CHD Vendée, la Direction a ainsi injecté du temps de PH dans les services à forte activité de recherche clinique⁷⁹. C'est une dimension qui devra être prise en compte dans le travail autour de la GPMC.

Troisièmement, une valorisation du temps consacré à la recherche clinique, au même titre que les activités de soin pourrait être imaginée. Au CHU de Dijon⁸⁰, le temps consacré à la recherche est valorisé par un enregistrement dans les comptes de résultat d'exploitation mis en regard le financement accordé à cette recherche. C'est une démarche ambitieuse qui peut trouver une application sur le CH étudié à moyen terme.

Préconisation 11 : prévenir les risques psycho-sociaux

La formalisation d'un dispositif de prévention des risques psycho-sociaux, à l'instar de ce qui a pu être fait au CHU de Toulouse et au CH du Mans, peut être envisagé au sein du CH étudié.

La première étape consisterait, selon le « modèle sentinelle » développé au Canada, à former des référents vers lesquels les praticiens pourraient s'orienter pour ensuite être

⁷⁹ « Recherche clinique en CH : des expériences locales à développer par des coopérations et une organisation stabilisée », *APM International*, 25 juin 2014

⁸⁰ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 39

relayés vers des psychologues ou d'autres acteurs spécialisés. Ces référents pourraient valablement être les chefs de service, les chefs de pôle, mais aussi les agents du BAM à qui une formation sur les risques psychosociaux pourrait être dispensée. Au CH du Mans une telle formation a été organisée avec une approche théorique et des ateliers sur le bien-être et la performance ainsi que sur la communication⁸¹.

Dans un second temps, des actions pourraient être menées dans des cas particulièrement en tension avec une attention particulière sur les postes à responsabilité tels que les chefs de pôle et le Président de CME, parfois démunis dans des situations conflictuelles. Au CHU de Toulouse, a ainsi été mis en place un dispositif de prévention et de régulation des conflits interindividuels⁸².

Ces ambitions méritent, de la part de l'AAH aux Affaires Médicales, une prospection quant aux professionnels dispensant de telles formations ainsi que le coût induit.

III) Vers une posture systémique pérenne du CH étudié dans son territoire :

A) Affermir les liens établis avec le CHU :

Préconisation 12 : continuer de faciliter les exercices partagés avec le CHU

Le travail à temps partagé avec le CHU de Toulouse est un facteur d'attractivité pour les praticiens en évitant l'exercice isolé et peut participer à lutter contre la monotonie du travail au quotidien. Cette modalité d'exercice, qui dans le cas du CH de Pau a pris la forme d'une CHT⁸³, doit être sécurisée par l'AAH aux Affaires Médicales par l'assurance d'un accord du praticien chef de pôle et la rédaction des conventions d'exercice à temps partagé ou de mise à disposition précisant les quotités de temps de travail au sein de chaque établissement, les règles en matière de rémunération, de droits à congés, etc.

Cette modalité d'exercice est particulièrement développée au sein du CH étudié dans la politique post-internat, expérience qui fait particulièrement sens pour les jeunes professionnels, comme le met en avant G.CALMES « *ces expériences (...) ont montré tout l'intérêt pour de jeunes médecins de bénéficier (...) d'une première expérience professionnelle dans un environnement dédié à la fois aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Cette première expérience leur permet, quel que soit le mode d'exercice qu'ils choisiront par la suite, d'ancrer leur pratique au sein d'un territoire de santé en participant au développement de synergies locales entre les professionnels de santé* »⁸⁴. Il s'agit aujourd'hui de poursuivre cette dynamique, notamment à l'égard du public le plus jeune.

⁸¹ JEGU Sandra, 2014, « l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins ne se résume pas à une histoire de sous », Hospimedia, 22 mai 2014

⁸² *Ibid.*

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, p 55

Préconisation 13 : aller vers le développement d'équipes territoriales

Les exercices partagés avec le CHU sont la première phase d'une démarche plus globale visant à développer des équipes territoriales. Cette initiative mériterait d'être orientée en priorité vers les équipes du CH étudié qui sont les plus faiblement dotées afin de leur redonner une « *taille critique en termes d'effectifs et d'équipements* »⁸⁵, élément décisif dans le choix des médecins. En effet, une équipe de territoire peut permettre d'augmenter l'attractivité pour les médecins (appartenance à un collectif, accès à un plateau technique, développement d'activités de recours, meilleure gestion des compétences). Cela peut également s'accompagner d'une meilleure efficacité de l'organisation (mutualisation des investissements, gardes partagées à l'échelle d'un territoire, etc.) et permettre un plus grand accès aux projets de recherche clinique pilotés par les CHU autant d'impacts potentiels sur la qualité de travail et de vie des praticiens.

Bien entendu, c'est une démarche de long terme qui s'annonce et qui dépend grandement de l'implication du CHU et du Président de la CME du CH étudié. Néanmoins, l'AAH peut apporter une contribution d'expertise juridique et de facilitateur des échanges en tant que relais de l'information.

B) Créer des liens plus solides avec la médecine de ville du territoire :

Préconisation 14 : faire venir les libéraux à l'hôpital

Aujourd'hui, « *le médecin libéral fréquente moins l'hôpital* »⁸⁶. C'est une perte en temps médical, en compétence et en reconnaissance de l'extérieur qui peut affaiblir un établissement. Le contrat d'association au service public et le contrat admettant la participation de médecins libéraux à l'hôpital public, créés par la loi HPST, sont des outils qui peuvent être mobilisés. Peu développés dans le CH étudié, ces deux types de contrat doivent faire l'objet d'une information à l'égard de la médecine de ville. L'activation des réseaux professionnels des praticiens en poste dans l'hôpital semble être le vecteur d'information le plus pertinent.

Préconisation 15 : informer la médecine de ville sur l'offre de soin de l'hôpital

Les liens avec la médecine de ville peuvent aussi prendre la forme d'une information quant aux offres de soins du CH étudié et aux compétences qui y exercent. Ainsi, comme l'évoquait le Directeur lors d'une CME « *quand un médecin arrive ça ne veut pas forcément dire que l'activité augmente, il faut démarcher aussi la médecine de ville, aller*

⁸⁵ « Attractivité médicale : la FHF appelle à développer les équipes territoriales », *APM International*, 6 mai 2014

⁸⁶ LEVY Danièle, 2011, « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, 2011/2 n°2-3, p 303

dans les cabinets libéraux pour présenter ce qu'ils font »⁸⁷. La connaissance par la médecine de ville de ce qui se fait à l'hôpital peut être un argument d'attractivité. Cette information peut passer par la presse locale et spécialisée, mais aussi par des rencontres formelles. Lors de la création du service d'odontologie à destination des patients dépendants ou handicapés au sein du CH étudié, les dentistes de ville ont été invités lors de la cérémonie d'ouverture afin de venir rencontrer l'équipe du CH et le matériel utilisé. C'est une initiative qui pourrait être développée avec l'aide de l'AAH pour d'autres spécialités, sous d'autres formats, pour pouvoir à la fois relayer les actions menées par le CH et développer leur patientèle, deux facteurs porteurs d'attractivité.

En somme, l'ensemble de ces préconisations pourrait être regroupé au sein d'un document unique qui constituerait un projet social destiné aux personnels médicaux, tel qu'ont pu l'élaborer le CHU de Toulouse et le CH du Mans⁸⁸. Ce projet permettrait de travailler de manière globale en matière d'attraction, de recrutement et de fidélisation et pourrait être rédigé par la DAM suite aux travaux d'un groupe projet qui serait constitué du Président de la CME, de la Directrice des Affaires Médicales, des chefs de pôle, du médecin du travail, des syndicats de praticiens, notamment.

⁸⁷ Propos tenus par le Directeur d'Etablissement lors de la CME du 27/05/2014

⁸⁸ BOURVEN Morgan, 2014, « Attractivité des hôpitaux : un projet social pour les médecins au CHU de Toulouse et au CH du Mans », *APM International*, 22 mai 2014

Conclusion

Somme toute, il est apparu, sous l'éclairage du CH étudié, et compte tenu du rôle stratégique des praticiens dans les organisations de santé, que « *la mise en œuvre des politiques de ressources humaines pour la santé doit s'appuyer sur une attitude proactive de la part des décideurs et des gestionnaires des ressources humaines* »⁸⁹. Pour relever le défi de la démographie médicale, le CH étudié peut valablement s'enrichir d'une gestion plus active et dynamique que le simple traitement administratif des candidatures et des carrières. L'individualisation des parcours, la garantie du bien-être au travail et l'insertion dans une dynamique territoriale sont des leviers qu'il convient aujourd'hui d'actionner.

Ce mémoire ambitionnait l'appréhension de l'attractivité, du recrutement et de la fidélisation à travers la situation particulière d'un CH, dimension parfois reléguée au second plan dans les nombreux rapports publiés sur le sujet. La compréhension du contexte, du terrain, complétée par les recommandations, constitue autant de connaissances et d'outils potentiellement mobilisables dans le cadre d'un futur exercice professionnel en tant qu'AAH aux Affaires Médicales. L'expérimentation de ces préconisations, pour certaines déjà employées dans d'autres établissements, permettra de tester l'opérationnalité de tels dispositifs. Il paraît cependant important de souligner que les solutions envisagées dépassent souvent le simple entendement de l'AAH, qui, sans le dynamisme du Directeur d'Etablissement et du Président de CME, ne saurait déployer pleinement les compétences d'expertise et de force de propositions qui sont attendues de lui.

Entre une gestion des carrières plus personnalisée, réflexion sur les risques psycho-sociaux, et dynamisme sur un territoire, les champs à investir ne manquent pas à l'échelle d'un établissement. Toutefois, l'atteinte de ces objectifs ne dépend pas que des prérogatives locales d'un établissement. Seule une démarche commune de l'ensemble des acteurs publics hospitaliers permettra de garantir le maintien d'un bon niveau de prise en charge pour *in fine* assurer le maintien des valeurs du service public hospitalier.

⁸⁹ MEDINA Pablo, 2010, « La communication de recrutement dans le milieu hospitalier », *Communication et organisation*, 37/2010, p107

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Code de la Santé Publique : articles L4111-1, L6152-1, R4127-19, R6144-2-1 et R6152-402
- Code du travail : article L122-45
- Code de la déontologie médicale : articles 19 et 56
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Arrêté du 21 décembre 2012 fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire 2013-2014 pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme
- Arrêté du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements de santé publique
- Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'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 les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Instruction du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013

Ouvrages :

- CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, 2014, *Droit hospitalier*, 3^{ème} édition, LGDJ

Articles :

- BERCOT Régine, MATHIEU-FRITZ Alexandre, 2007, « La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités », *Revue française de sociologie*, 2007/4 Vol.48, p751-779
- BOURVEN Morgan, 2014, « Attractivité des hôpitaux : un projet social pour les médecins au CHU de Toulouse et au CH du Mans », *APM International*, 22 mai 2014
- CLAVREUL Laeticia, 2013, « Médecins intérimaires : un surcoût de 500 millions d'euros par an pour les hôpitaux », *Le Monde*, 17 décembre 2013
- COPIN Jean-Yves, 2011, « A la recherche du temps médical... attirer et conserver les médecins à l'hôpital public après HPST », *Gestions hospitalières*, N°507, juin/juillet 2011
- CORDIER Caroline, 2014, « Une convention est signée en Rhône-Alpes pour mieux gérer les ressources médicales hospitalières », *Hospimedia*, 10 juillet 2014
- DALLET Christophe, 2014, « Recrutement des professions réglementées : retour d'expérience sur la « chasse médicale », *Cercomm* 2014
- GAZANNE Hayat, « Qu'est-ce qu'une profession réglementée ? », *Le Figaro*, 15 juillet 2014
- HEMERY Pia, 2013, « L'idée d'une pénurie médicale hospitalière progresse », *Hospimedia*, 29 mai 2013
- JEGU Sandra, 2014, « La FHF se tient prête à passer à l'offensive pour restaurer

- l'attractivité du secteur public », *Hospimedia*, 15 avril 2014
- JEGU Sandra, 2014, « La création d'un corps de praticiens remplaçants affectés sur une région de leur choix se précise », *Hospimedia*, 2 juillet 2014
- JEGU Sandra, 2014, « L'attractivité de l'hôpital public pour les médecins ne se résume pas à une histoire de sous », *Hospimedia*, 22 mai 2014
- JEGU Sandra, 2014, « Le directeur d'hôpital n'est pas l'ennemi des PH, insiste le DG du CHU de Besançon », *Hospimedia*, 13 juin 2014
- LANGLOIS Géraldine, 2004, « Aux journées hospitalières internationales, la Fonction publique : amie ou ennemie de l'hôpital ? », *Hospimedia*, 8 novembre 2004
- LEBRUN Anne-Laure, 2014, « Les médecins se mobilisent contre le burn-out », *Le Figaro*, 18 février 2014
- LEVY Danièle, 2011, « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, 2011/2 n°2-3, p 297-309
- MEDINA Pablo, 2010, « La communication de recrutement dans le milieu hospitalier », *Communication et organisation*, 37/2010, p103-113
- QUEGUINER Thomas, 2014, « 87% des jeunes urgentistes affirment déjà vouloir changer de métier », *Hospimedia*, 4 juin 2014
- « Activité libérale à l'hôpital : Dominique Laurent émet neuf recommandations pour un meilleur contrôle », *APM International*, 5 avril 2013
- « Attractivité médicale : la FHF appelle à développer les équipes territoriales », *APM International*, 6 mai 2014
- « Attractivité médicale : la FHF prône une rénovation du régime des rémunérations », *APM International*, 6 mai 2014
- « Comment recruter les cadres et, plus largement, les personnels soignants ? », 2012, Citizen Press posté le 5 septembre 2012 sur www.fhf.fr
- « EHPAD : un guide de l'ANAP et du SYNERPA pour recruter et fidéliser le personnel », *APM International*, 27 mai 2013
- « La recherche clinique et l'innovation à l'hôpital expliquées par des directeurs d'hôpital », *APM International*, 8 juillet 2014
- « L'intéressement, un facteur de fidélisation des personnels hospitaliers ? », *APM International*, 16 janvier 2013
- « Recherche clinique en CH : des expériences locales à développer par des coopérations et une organisation stabilisée », *APM International*, 25 juin 2014

Rapports :

- ARS Midi-Pyrénées, 2014, *Les chiffres clés de la santé Midi-Pyrénées 2013*
- ARS Midi-Pyrénées, 2010, *Tableau de bord sur la santé*
- CNG, 2010, *Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers*, février 2010
- Conseil national de l'ordre des médecins, 2013, *La démographie médicale en Midi-Pyrénées, Situation en 2013*
- Conseil national de l'ordre des médecins, 2014, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014*
- DREES, 2012, *Les médecins au 1^{er} janvier 2012*, Etudes et résultats DREES, Mars 2012, n°796
- DREES, 2013, *Les affectations des étudiants en médecins à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012*, Etudes et résultats DREES, septembre 2013, n°852 p1
- FHF Commission Permanente de l'attractivité médicale, 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, FHF, mai 2014
- IGAS, 2009, *Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers*, janvier 2009
- TOUPILLIER Danielle (coord.), 2012, *Exercice médical à l'hôpital*, CNG, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, septembre 2012

Document de travail :

- MATHERN Eric, MARIOTTE Jean, TABTAB Kamel, 2012, « Réseaux sociaux et recrutement, FHF Rencontre de la communication hospitalière », document accessible sur www.fhf.fr

Sites Internet :

<http://www.annonces-medicales.com>

<http://basedaj.aphp.fr>

<http://www.drees.sante.gouv.fr>

<http://emploi.fhf.fr>

<http://europa.eu>

<http://www.insee.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : exemple d'une offre d'emploi, pneumologie	II
Annexe 2 : proposition d'une fiche de profil de poste type	III

Annexe 1 : exemple d'une offre d'emploi, pneumologie

Détail de l'offre

Poste proposé
PNEUMOLOGUE

Contrat(s)
Praticien hospitalier

Descriptif

2ème Pôle sanitaire de Midi-Pyrénées
Etablissement de plus de 1000 lits et places
Hôpital Neuf ouvert depuis janvier 2011
Plateau technique complet

Région agréable à 1 heure de Toulouse et de la Méditerranée

Recrute cause départ à la retraite pour son service de Pneumologie

Un PNEUMOLOGUE temps plein

Tout statut envisageable
Inscription à l'ordre des médecins dans la spécialité exigée

Fiche de poste détaillée disponible sur demande

Conditions

(Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine)

Personne à contacter

Personnes à contacter :



Annexe 2 : proposition d'une fiche de profil de poste type

Date

PROFIL DE POSTE

Intitulé du poste

Ce poste est : disponible immédiatement, disponible en...

L'ETABLISSEMENT

Situation

géographique et
accès :

Présentation

générale de
l'établissement :

Capacité (lits &
places):

PRESENTATION DU SERVICE ET DE L'EQUIPE

Le service : Nombre de lits, places
Equipements
Histoire du service, évolution

Composition de Equipe médicale et paramédicale
l'équipe : Présence d'internes ?

LE POSTE

Motif du Retraite ?

recrutement :

Missions et - Participation à la continuité du service et à la permanence des soins (astreintes);
activités du - Participation à l'encadrement des équipes de soins ;
poste : - Participation aux missions d'enseignement et aux jurys d'examens ;
- Activité clinique : Hospitalisations, Explorations fonctionnelles, Consultations dans le service et dans l'ensemble de l'établissement.

Position dans la - Liaisons hiérarchiques
structure : - Liaisons fonctionnelles

Interactions avec
les autres
services :

Horaires : Obligations de service, participation à la continuité du service et à la permanence des soins (astreintes, gardes).

Si possible préciser le mode d'organisation de ces gardes et astreintes.

Evolutions Evolution possible vers un statut de praticien hospitalier après
possibles du présentation et obtention du concours national de PH.
poste :

LE CONTRAT

Statuts : Tous statuts envisageables (Praticien Hospitalier, assistant des hôpitaux, praticien attaché, praticien contractuel ...) en fonction du parcours du

candidat et de ses souhaits.

Temps de travail: Temps plein, 80%, etc.

LA REMUNERATION

Fixe mensuel : Suivant les grilles de rémunération des statuts envisagés

Autre : Contrepartie de la participation aux astreintes, aux gardes.

Mutuelle: Affiliation à la MNH possible.
Présence d'un bureau de la MNH au sein de l'établissement.

LE PROFIL RECHERCHE

Diplômes : Doctorat en médecine.
Inscription au conseil de l'ordre des médecins dans la spécialité.
DES en ...
DU en ...

Compétences : Compétences médicales reconnues
Sens du travail en équipe, esprit d'initiative, de collaboration et de formation
Gestion équipe paramédicales
Encadrement des internes
Disponibilité
Convivialité

Expériences

professionnelles:

Informatique et Bureautique usuelle

bureautique : Logiciels métiers de l'établissement et des institutions sanitaires (dossier patient, prescriptions informatisées)

Langues : Français courant parlé et écrit.
L'anglais lu et écrit serait un plus.

PERSONNE(S) A CONTACTER :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

LEROUX

Nathalie

Décembre 2014

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2014

L'attraction, le recrutement et la fidélisation du personnel médical : l'exemple d'un centre hospitalier du Sud-Ouest de la France

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - EHESP

Résumé :

Pour pouvoir garantir la pleine réalisation de ses missions de service public, l'hôpital public doit disposer de ressources humaines médicales de qualité et en nombre suffisant. Or, aujourd'hui, le défi d'attirer, de recruter et de maintenir ces forces de travail, est de plus difficile à relever. Entre tensions démographiques médicales et poids des réglementations, les établissements publics de santé, à l'exemple du Centre Hospitalier de l'étude, ne disposent pas aujourd'hui des leviers suffisants pour attirer, recruter, et maintenir les ressources humaines médicales. Face aux impacts sur les prises en charge que de telles problématiques engendrent, des actions pouvant être exploitées par les établissements publics de santé, et parfois même pilotées au sein même d'une Direction des Affaires Médicales, peuvent être imaginées. Trois pistes de réflexion sont ainsi envisagées pour le cas étudié : l'individualisation de la gestion des praticiens, la mise en place d'organisations garantissant le bien-être au travail et l'inscription de l'établissement au sein d'une dynamique territoriale.

Mots clés :

Affaires Médicales, médecins, praticiens, attraction, recrutement, fidélisation, bureau des Affaires Médicales, Direction des Affaires Médicales

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.