



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

Le territoire comme réponse aux tensions sur la démographie médicale

Démarche stratégique et opérationnelle de mise en place d'une GPEC médicale à l'échelle du GHT Sud Lorraine

Adrien HUGEROT

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à M. **Jérôme Malfroy** (directeur du département Ressources humaines et affaires sociales du CHRU de Nancy) pour m'avoir proposé de travailler sur cette démarche stratégique et d'en faire mon sujet de mémoire. Son regard critique a été précieux tout au long de ce travail.

Je remercie également M. **Bernard Dupont** (Directeur Général du CHRU de Nancy), Mme **Yasmine Sammour** (directrice des affaires médicales du CHRU de Nancy), M. **Jean-Christophe Calvo** (directeur des systèmes d'information du CHRU de Nancy) et le Pr **Michel Claudon** (président de la Commission Médicale d'Etablissement du CHRU de Nancy) pour leur implication constante dans la réussite de ce projet ainsi que pour l'ensemble des échanges fructueux que j'ai pu avoir avec eux à chaque étape de sa réalisation. Pour les mêmes raisons, je souhaite également remercier l'ensemble des équipes de direction et agents des établissements du GHT qui ont accepté de participer à ce projet.

Je tiens par ailleurs à remercier mes interlocuteurs au CNG – Mme **Danielle Toupillier** (Directrice Générale), M. **Jean-Pierre Gondran** (chef du département Affaires générales) et M. **Emmanuel Noubissié** (chef de projet Logimedh) – pour leur appui technique ainsi que leur vision éclairée et prospective en matière de gestion de la démographie médicale, dont j'ai tenté de rendre fidèlement compte dans ce mémoire.

Je remercie également M. **Yann Dubois**, mon encadrant mémoire à l'EHESP, et M. **Thierry Villemin** pour le temps qu'ils m'ont consacré, leurs recommandations méthodologiques et la pertinence de leurs remarques.

Enfin, mes plus vifs remerciements vont à Mme **Pauline Lazier**, dont la hauteur de vue, la disponibilité sans faille, l'écoute et les conseils ont permis d'enrichir la qualité de ce travail.

Merci.

Sommaire

Introduction	1
1 La mise en place des GHT constitue une opportunité d'engager des démarches devant permettre de régler le problème prégnant de la démographie médicale	9
1.1 Les tensions sur la démographie médicale dans le GHT Sud Lorraine ont conduit les établissements du territoire à se rapprocher autour de coopérations aujourd'hui insatisfaisantes	9
1.1.1 Etat des lieux, perspective et enjeux de la démographie médicale en Lorraine	9
1.1.2 Face à la pénurie de ressources humaines médicales, les établissements du territoire ont commencé à structurer au cas par cas des coopérations médicales qui demeurent peu nombreuses et présentent des limites	12
1.2 Malgré les inquiétudes initiales, les acteurs du territoire ont considéré la création du GHT Sud Lorraine comme une opportunité d'aborder différemment le problème de la démographie médicale.....	14
1.2.1 Obligatoire, la création du GHT Sud Lorraine a d'abord semblé complexifier formellement la résolution des problèmes de gestion de la démographie médicale sur le territoire	14
1.2.2 Malgré leurs inquiétudes initiales, les acteurs du GHT Sud Lorraine ont abordé ce nouveau dispositif en le percevant comme une opportunité plutôt que comme une difficulté supplémentaire	17
2 Cadre stratégique et mise en place opérationnelle d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales de territoire (GPECMT).....	21
2.1 Le cadre stratégique de la GPECMT : la gestion de la démographie médicale comme socle d'une stratégie de groupe	21
2.1.1 La mise en place d'une GPECMT au sein du GHT Sud Lorraine consacre la naissance d'une stratégie de groupe en termes de ressources humaines médicales	21
2.1.2 Les bénéfices attendus de la GPEC de territoire sont multiples	23
2.2 La mise en œuvre opérationnelle de la GPECMT : entre contraintes techniques et jeux d'acteurs.....	26
2.2.1 Une démarche technique : utilité et complications techniques du recours au logiciel « Logimedh ».....	27
2.2.2 Une démarche humaine : mener à bien un projet stratégique à l'échelle d'un GHT	30

3 Perspectives et propositions d'évolution de la politique de GPECMT en structuration dans le GHT Sud Lorraine	33
3.1 Utiliser et pérenniser la démarche engagée.....	33
3.1.1 Mettre à profit les données collectées.....	33
3.1.2 Pérenniser la démarche.....	35
3.2 Enrichir et étendre la démarche, en attendant d'éventuelles évolutions systémiques dans la gestion territorialisée de la démographie médicale	39
3.2.1 Enrichir la démarche.....	39
3.2.2 Evolutions systémiques pouvant compléter la démarche de GPECMT initiée et contribuer à améliorer la gestion de la démographie médicale.....	42
Conclusion	45
Bibliographie.....	47
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Méthodologie et limite de la recherche	II
Annexe 2 : Présentation des ressources humaines médicales du CHRU de Nancy	IV
Annexe 3 : Comparaison des cartographies du territoire du GHT Sud Lorraine.....	VI
Annexe 4 : Représentation conceptuelle de la GPEC territoriale.....	VIII
Annexe 5 : Présentation de l'applicatif Logimedh développé par le CNG	IX

Liste des sigles utilisés

ADRHESS	Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux	FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail	FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance	FPH	Fonction publique hospitalière
APHP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	GCS	Groupement de coopération sanitaire
ARS	Agence régionale de santé	GHT	Groupement hospitalier de territoire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	GIE	Groupement d'intérêt économique
CH	Centre hospitalier	GIP	Groupement d'intérêt public
CHG	Centre hospitalier général	GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
CHR	Centre hospitalier régional	GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail	GPECMT	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales de territoire
CHT	Communauté hospitalière de territoire	GRH	Gestion des ressources humaines
CH(R)U	Centre hospitalier (régional) universitaire	HPST	Hôpital, patients, santé et territoire
CME	Commission médicale d'établissement	ICL	Institut de cancérologie de Lorraine
CNG	Centre national de gestion	IGAS	Inspection générale des affaires sociales
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins	INED	Institut national d'études démographiques
CPN	Centre psychothérapique de Nancy	INPI	Institut national de la propriété industrielle
CTE	Comité technique d'établissement	INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
DES	Diplôme d'études spécialisées	LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
DPC	Développement professionnel continu	PH	Praticien hospitalier
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	PLAGE	PLAte-forme de GEstion
ECN(i)	Epreuves classantes nationales (informatisées)	PMP	Projet médical partagé
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses	PRS	Projet régional de santé
EPS	Etablissement public de santé	RH	Ressources humaines
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif	SROS	Schéma régional d'organisation des soins
ETP	Equivalent temps plein	T2A	Tarification à l'activité
FHF	Fédération hospitalière de France		

Introduction

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 285 840 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, dont 215 583 praticiens actifs de moins de 70 ans¹. Alors qu'un maximum historique avait été atteint en 2015, que ce nombre augmente sur longue période et qu'il devrait continuer à augmenter², ce constat est trompeur. En effet, la hausse du nombre de praticiens vient principalement du fait que ces derniers demeurent aujourd'hui plus longtemps inscrits au tableau de l'Ordre une fois retraités. Entre 2009 et 2016, le nombre de médecins actifs a ainsi diminué de 0,2% tandis que la population française augmentait de 3,8%³.

La gestion de la démographie médicale est donc désormais un enjeu majeur pour les établissements publics de santé. La raréfaction progressive des compétences médicales dans plusieurs spécialités a induit dans différents endroits du territoire national des tensions importantes sur les ressources humaines médicales, qui se répercutent dans les organisations hospitalières et peuvent avoir des conséquences sur l'accès ou la qualité des soins. Associée à un système de tarification à l'activité et à un numerus clausus qui demeure en vigueur et n'augmente que faiblement chaque année, cette situation a généré une concurrence parfois désordonnée entre les établissements publics des territoires les plus touchés, dans le but de préserver sur site les compétences médicales disponibles.

Cette concurrence est d'autant plus rude que l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital public semble décroître⁴. De nombreux établissements publics font ainsi face à un nombre important de postes vacants de personnel médical, et ce dans plusieurs spécialités. A titre d'exemple, le taux de vacance statutaire des postes de praticien hospitalier (PH) s'élevait en moyenne à 24% en 2013 pour les praticiens à temps plein, avec une hétérogénéité importante en fonction des spécialités – 37% pour le radiodiagnostic et l'imagerie médicale par exemple – et des régions – 35% en Basse-Normandie. Ce chiffre atteignait même 41% pour les praticiens à temps partiel. Dans le même temps, les sorties temporaires de PH à temps plein (détachement, disponibilité) ont augmenté de 12% entre 2011 et 2013⁵. A terme, l'écart semble se creuser entre d'une part le besoin accru de médecins et d'une meilleure régulation territoriale de l'offre publique de soins et d'autre part la relative désaffectation des jeunes médecins pour les carrières publiques. Le sujet de la démographie médicale est donc d'une grande actualité.

Face à ce problème démographique, une nouvelle approche territoriale du sujet est soutenue à l'échelle nationale. Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

¹ CNOM, 2016, *Atlas de la démographie médicale 2016*, page 15.

² DREES, mai 2017, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », *Etudes et résultats*, n°1011

³ Calcul à partir des données de l'Atlas de la démographie médicale 2016 du CNOM (chiffres p15) et du Bilan démographique 2016 de l'INSEE

⁴ Le rapport de Jacky Le Menn et Paul Chalvin de novembre 2015 intitulé « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester » illustre bien toute l'actualité de cette problématique.

⁵ L'ensemble des chiffres contenus dans ce paragraphe sont extraits du rapport final de la Commission permanente de l'attractivité médicale de la FHF intitulé « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public » (page 2)

affirme ainsi la pertinence d'une approche par bassins de vie⁶ ou bassins de proximité de santé⁷ pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires. Cette approche territoriale est également défendue par plusieurs acteurs institutionnels tels que la DGOS, le CNG, l'ANAP⁸ et même la Cour des comptes. Dans son rapport de mai 2016 consacré à l'imagerie médicale en France – discipline en difficulté démographique –, la Cour plaide ainsi en faveur d'une « *vision territoriale de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* ». Selon la Cour, cette vision territoriale « *est de nature à faciliter l'exercice, sur un mode coordonné, de surspécialités, (...) d'accéder à des plateaux techniques innovants* » et « *de développer la pratique du partage des postes d'assistants, qui constitue un levier opérationnel de coopération territoriale* »⁹.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), prévue par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, a justement pour objet « *de permettre aux établissements [de santé et médico-sociaux] de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* »¹⁰ sur l'ensemble du territoire national. « *Pour répondre à cet objectif, un projet médical partagé et un projet de soins partagé doivent être élaborés entre les établissements parties* »¹¹. « *Pierre angulaire du dispositif* », le projet médical partagé (PMP) « *a pour objectif premier d'organiser sur le territoire une prise en charge graduée des patients sur des filières identifiées, avec une offre de proximité, de référence et de recours* »¹², « *en impliquant l'ensemble des équipes médicales* »¹³.

Maintien d'une offre de proximité, adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population sur un territoire et implication de l'ensemble des équipes médicales dans un projet médical partagé posent toutefois en filigrane pour les pouvoirs publics deux questions sensibles concernant les ressources médicales dont peuvent disposer les établissements d'un territoire: celle de leur existence et celle de leur juste répartition. La bonne adéquation entre besoins médicaux et répartition des ressources humaines médicales constitue en effet un des enjeux majeurs de la mise en place des GHT. L'objectif est que les hôpitaux présents sur le territoire d'un même GHT disposent des ressources humaines et compétences médicales leur permettant d'accompagner à chaque étape – de la proximité au recours de type CH puis CHU – le parcours du patient, dans le cadre des projets médicaux partagés.

Le décret n°2016-524 du 27 avril relatif aux groupements hospitaliers de territoire offre un début de réponse à ces questions. Détaillant le fonctionnement des nouveaux groupements¹⁴ et présentant en creux le moyen de parvenir aux objectifs qui leur ont été fixés, le décret prévoit notamment que tous les GHT devront s'associer à un centre

⁶ CNOM, *Atlas de la démographie médicale 2016*, page 4

⁷ CNOM, *Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires*, décembre 2016, p3

⁸ ANAP, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur le territoire. Secteur médico-social. Retour d'expériences*, mars 2015

⁹ Cour des comptes, *L'imagerie médicale*, avril 2016

¹⁰ Direction générale de l'offre de soins, *Vade-mecum « GHT Mode d'emploi - 15 points clés »*, 2015, p4

¹¹ *Ibid.*, p4

¹² *Ibid.*, p9

¹³ *Ibid.*, p1

¹⁴ Pour une présentation plus complète de ces nouveaux groupements, il est possible de se référer directement au décret du 27 avril 2016 précité ou au vade-mecum du Ministère de la Santé également précité et très complet.

hospitalier universitaire (CHU) au titre des activités hospitalo-universitaires énumérées au IV de l'article L.6132-3 du code de la santé publique. *In fine*, le CHU coordonnera ainsi au bénéfice de l'ensemble des établissements parties au GHT les activités :

- d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- de recherche ;
- de gestion de la démographie médicale ; et
- de référence et de recours.

Le décret du 27 avril semble donc rendre les CHU français¹⁵ responsables de la gestion de la démographie médicale sur le territoire des GHT avec lesquels ils ont signé une convention d'association. Les CHU se voient ainsi confier un rôle majeur en matière d'organisation de l'offre de soins et de gestion des compétences médicales, sur un territoire correspondant à celui de la subdivision universitaire de la faculté à laquelle ils sont liés. En Lorraine, le CHRU de Nancy – CHU de référence – endosse donc cette nouvelle responsabilité démographique pour le compte du territoire couvert par les GHT :

- Sud Lorraine, dont il est l'établissement support depuis le 1^{er} juillet 2016¹⁶;
- Marne – Haute-Marne – Meuse;
- Moselle Est;
- Nord Moselle; et
- Vosges¹⁷.

L'insertion d'une telle disposition dans le décret relatif aux GHT semble confirmer deux constats. D'une part, la mise en place de cette association obligatoire entre GHT et CHU de référence et l'inclusion d'une dimension relative à la gestion de la démographie médicale dans son contenu semble constituer une reconnaissance réglementaire de la défaillance du modèle actuel de gestion de la démographie et des ressources humaines médicales. D'autre part, l'inclusion d'une disposition concernant la démographie médicale dans un décret relatif aux GHT indique que ces nouveaux groupements constituent le cadre idoine pour mettre en pratique cette vision territorialisée de la gestion de la démographie médicale.

L'opportunité créée par la mise en place des GHT d'apporter une réponse territorialisée innovante au problème de la démographie médicale trouve un écho particulier dans les régions les plus en difficulté, telles que le Grand Est. Sur le territoire du GHT Sud Lorraine, ce nouveau contexte a ainsi permis d'initier une réflexion sur la structuration d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) médicales de territoire. Celle-ci semble de nature à éviter d'avoir à gérer des vacances de postes et à amoindrir certaines difficultés dans la continuité ou la permanence de soins, auxquelles les CHU ne peuvent souvent pas répondre de façon satisfaisante dans l'urgence. La volonté de mettre en place une politique de GPEC nécessite toutefois de s'arrêter sur cette notion et de préciser ce qu'elle recouvre.

Outil de gestion des ressources humaines (GRH), la GPEC est d'abord apparue dans le secteur privé au tournant des années 1980. Du fait du mode de gestion particulier des

¹⁵ A l'exception de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), non concernée par le dispositif, et du CHU de la Martinique, qui a pour l'heure obtenu une dérogation.

¹⁶ Convention constitutive du GHT Sud Lorraine, signée le 30 juin 2016, et validée par l'ARS.

¹⁷ Alors que ni la loi ni le décret n'ont fixé de contrainte calendaire pour la signature des conventions d'association CHU-GHT, les négociations se poursuivent pour ces quatre groupements. Au 1^{er} septembre 2017, les quatre conventions d'association devant lier ces GHT au CHRU de Nancy ne sont donc pas encore formellement signées.

agents publics, cet outil stratégique n'apparaît qu'une décennie plus tard dans les hôpitaux. Comme le rappellent Noguera et Lartigau¹⁸, « *la gestion du personnel dans les établissements publics a [en effet] longtemps été dominée par les préoccupations statutaires, le statut de la FPH étant vu (surtout par les organisations syndicales) comme un garde-fou contre le favoritisme et l'arbitraire. L'émergence de la fonction ressources humaines dans les années 1990 a mis cependant en lumière la dimension stratégique de la problématique RH* ».

Du fait de la différence de statuts entre personnels médicaux – agents publics, dépourvus de liens hiérarchiques vis-à-vis de la direction des établissements – et personnels non médicaux titulaires – fonctionnaires, soumis au droit de la fonction publique et à l'autorité hiérarchique et fonctionnelle de la direction de l'établissement –, la GPEC ne concerne souvent au sein des hôpitaux publics que les derniers cités. Il est en effet plus facile de développer une GPEC lorsque les carrières sont gérées directement. Or, de nombreux acteurs interviennent dans la gestion administrative et dans l'évolution de la carrière des personnels médicaux, au premier rang desquels le Centre National de Gestion (CNG).

Quoiqu'il en soit, du fait de son apparition « spontanée », il n'existe aucune définition juridique de la GPEC¹⁹. Il est donc nécessaire de recourir à la définition qu'en donnent certaines autorités publiques, telles que l'ANACT²⁰ – pour qui la GPEC « *peut-être définie comme une gestion anticipative et préventive des ressources humaines* » – ou certains chercheurs. Ainsi, comme le synthétisent Baruel-Bencherqui et al. (2011)²¹, « *Citeau (2000 : 58) considère que « la GPEC consiste, à partir d'une stratégie définie en termes d'objectifs, à élaborer des plans d'actions destinés à neutraliser de façon anticipée les inadéquations quantitatives et/ou qualitatives entre les besoins futurs (emploi) et les ressources humaines (compétences disponibles) »* ». Ils ajoutent plus loin que « *cette définition rejoint celle de Thierry et Sauret (1993) qui proposent, sur le fondement du diagnostic stratégique de l'entreprise, une GPEC consistant en « la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'action cohérents » dans le but de réduire, de façon anticipée, d'éventuels « écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise »*²² ». Ces mêmes auteurs concluent enfin que « *finalement, nous pouvons dire qu'une démarche GPEC est l'« ensemble des méthodes et des pratiques destinées à permettre l'adaptation des ressources aux besoins anticipés des entreprises » (Plane, 2000 : 118) »*.

A l'intersection entre la réflexion stratégique et la déclinaison d'un plan d'action méthodiquement arrêté, la GPEC peut à partir de ces définitions être schématiquement

¹⁸ NOGUERA F. et LARTIGAU J., mai 2009, « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management et Avenir*, n°25, pp. 290 à 314

¹⁹ LEGRAND H.-J., 2006, « Sur un nouvel objet juridique non identifié, la GPEC », *Droit Social*, n°3, pp. 330-333.

²⁰ ANACT, 2007, *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Où en est mon établissement, Guide d'autodiagnostic*

²¹ BARUEL-BENCHERQUI D., LE FLANCHEC A., MULLENBACH-SERVAYRE A., août 2011, « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et son effet sur l'employabilité des salariés », *Management et Avenir*, n°48, pp. 14 à 36

²² L'« écart-zéro » est par ailleurs considéré par certains chercheurs tels que Gilbert comme un « idéal normatif » à atteindre pour la GPEC, cf. GILBERT P., 2006, *La gestion prévisionnelle des Ressources Humaines*, Paris : La Découverte, p67.

présentée comme un enchaînement linéaire de 4 (Mallet, 1991²³) à 6 (Baruel-Bencherqui et al., 2011²⁴) étapes correspondant à autant d'analyses et d'actions d'adaptation :

Schématisation de Mallet (« schéma classique de GPEC » ²⁵)	Schématisation de Baruel-Bencherqui et al.
	1° Analyse exogène des tendances de l'environnement
	2° Diagnostic stratégique interne
1° Définition d'orientations stratégiques	
2° Analyse des ressources actuelles	3° Inventaire des ressources disponibles (ressources humaines, compétences)
3° Analyse des besoins à moyen terme	4° Définition des besoins (emplois)
4° Définition de plans d'action visant à résorber les écarts entre besoins prévus et ressources actuelles	5° Analyse des écarts issus de la confrontation emplois / besoins
	6° Mise en œuvre de plans d'actions et scénarii successifs pour pallier ces décalages

Cependant, si la GPEC a d'abord été limitée au « calcul du nombre de personnes nécessaires à chaque niveau de qualification, dans une logique de poste », elle a rapidement évolué dans les institutions les plus matures en termes RH vers des modèles de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), qui met davantage l'accent sur les métiers et les parcours professionnels et associe au volet quantitatif classique de la gestion des effectifs et des postes le volet qualitatif de la gestion des métiers²⁶. Dans le cadre de la première mise en place d'une GPEC médicale²⁷ de territoire – ou GPECMT – sur le territoire du GHT Sud Lorraine, ces réflexions métiers ont été exclues de la démarche. Bien que brièvement évoquées au moment d'aborder le futur de la démarche en cours de structuration sur le territoire du GHT, elles le seront donc également du présent mémoire.

Au final, quatre éléments ressortent de ces différentes définitions et permettent de caractériser ce qu'est la GPEC. Il s'agira donc dans le cadre de cette recherche :

- D'une démarche stratégique consciente, reposant sur des objectifs, une méthode, le choix et le déploiement d'outils et un plan d'action...
- ... à caractère anticipé, préventif ou prospectif²⁸...
- ... visant à mettre en adéquation les besoins actuels et futurs d'une entité avec ses ressources humaines (effectifs et compétences) disponibles et à venir...
- ... dans une approche strictement quantitative.

²³ MALLET L., 1991, *La gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines*, Paris : Éditions Liaisons, 200p.

²⁴ BARUEL-BENCHERQUI D., LE FLANCHEC A., MULLENBACH-SERVAYRE A., *Op. cit.*, p16

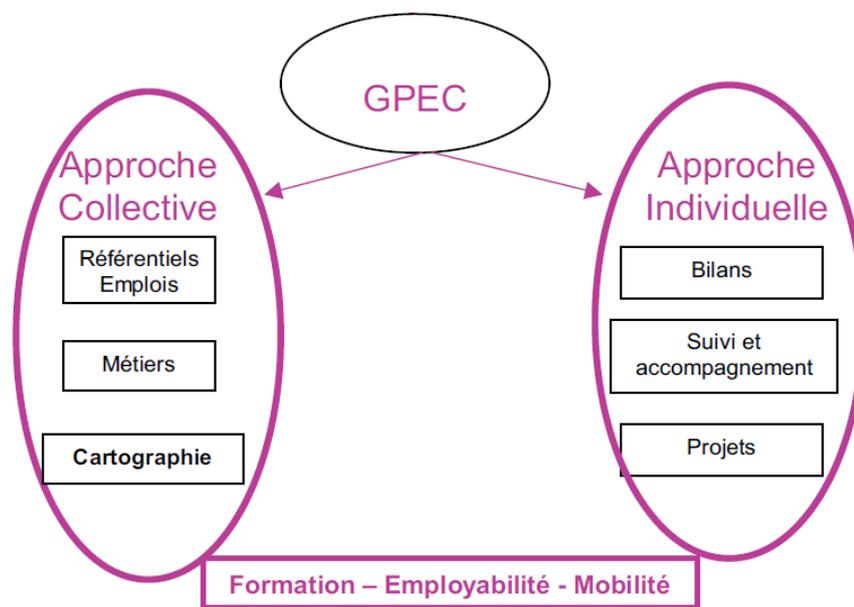
²⁵ GILBERT P., *Op. cit.*, p72

²⁶ Pour une histoire plus développée de la GPEC, il est possible de se référer à PIGNY F., 2008, *En quoi la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'impose-t-elle aujourd'hui à l'hôpital public ? Sa mise en place au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 106p

²⁷ Bien que pouvant s'accorder avec « compétences », il a été fait le choix d'accorder tout au long de ce mémoire l'adjectif « médicale » avec « une GPEC » et de conserver le singulier.

²⁸ « Pour Gilbert, il s'agit ainsi de « l'introduction du temps dans la gestion » (Gilbert, 2006, p12) », dans BELLINI S., avril 2014, « Etude de la genèse de démarches de GPEC. Le cas d'établissements du secteur médicosocial », @GRH, n°13, pp. 103 à 126

A terme, la GPEC doit permettre la rencontre entre les stratégies de l'établissement et de l'agent, entre l'individuel et le collectif. « *Collectif, tout d'abord, en ce sens qu'elle s'attache à détecter, en amont, les problématiques relatives à l'évolution des métiers, des emplois, des effectifs et des compétences. Individuel, d'autre part, car elle a pour objectif d'assurer le suivi, le développement professionnel et l'employabilité des salariés dans le cadre du parcours professionnel de chacun.* »²⁹



30 31

Imposées aux établissements, les évolutions apportées par les GHT en termes de gestion de la démographie médicale peuvent constituer une opportunité de déploiement d'une GPECMT. La mise en place d'une telle démarche est de nature à faire converger les intérêts des patients, des professionnels et des établissements d'un territoire. Elle doit en effet permettre d'accompagner la structuration des parcours patient et la mise en place des projets médicaux partagés, de sécuriser les parcours des professionnels de santé dans un contexte changeant du fait de la territorialisation des prises en charge et de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs des établissements publics de santé.

Reposant sur les projets médicaux partagés des GHT et le contenu des associations CHU-GHT, validés par les instances des groupements, dans le cadre de la conformité aux PRS mis en place par les ARS, cette GPECMT s'appuie sur une organisation coordonnée entre les établissements, les GHT de la subdivision universitaire et le CHU de référence. Reconnue comme moyen permettant de faire face aux tensions existant sur les ressources médicales et d'aller au bout de la logique de mise en commun et de coopération sous-tendue par la réforme des GHT, la GPECMT est ainsi :

- territoriale³² ;

²⁹ BARUEL-BENCHERQUI D., LE FLANCHEC A., MULLENBACH-SERVAYRE A., *Op. cit.*, p18

³⁰ PARMENTIER C., janvier 2008, « Une cartographie métiers pour gérer des mobilités de salariés », *Management et Avenir*, n°15, pp. 120 à 139

³¹ Pour une présentation approfondie de ce qu'est la GPEC, voir également ROCHER M., 2004, *La mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du CH d'Haguenau*, Mémoire de fin de formation d'élève directeur d'hôpital : EHESP, 84p

- prévisionnelle³³ ;
- subordonnée à la structuration du projet médical partagé du GHT et de ses filières ;
- limitée aux ressources humaines médicales ; et
- limitée dans un premier temps à une approche en termes de gestion de postes.

En confiant aux CHU un rôle nouveau en matière de gestion de la démographie médicale, le décret du 27 avril 2016 leur ajoute une nouvelle mission, voire une nouvelle contrainte. Cette contrainte s'inscrit toutefois dans un contexte changeant, propice à l'action et à la réflexion. Dans cette nouvelle configuration, l'objectif du CHRU de Nancy est de faire de ce cadre relativement contraignant un élément d'impulsion pour mettre en place une solution innovante qui règle un problème bien identifié : celui de la pénurie de ressources humaines médicales.

Comment faire concrètement du nouveau cadre réglementaire contraignant constitué par les GHT en matière de gestion de la démographie médicale une opportunité médicale et stratégique pour l'ensemble des patients, des professionnels médicaux et des établissements d'un territoire ?

Le présent mémoire explore cette question à l'aune de la démarche de GPEC médicale de territoire portée par le CHRU de Nancy sur le territoire du GHT Sud Lorraine, avec le soutien opérationnel du CNG.

L'intérêt de ce mémoire pour un élève directeur d'hôpital est ainsi quadruple. Il le place en effet en position de :

- Gérer un contexte nouveau, qui interroge son rapport au changement et sa capacité à faire d'une évolution contraignante une opportunité pour un territoire ;
- Mobiliser des partenaires, donner du sens à une démarche et les convaincre de s'engager dans un projet commun de moyen/long terme ;
- Gérer un projet complexe car sensible pour les directeurs et les praticiens concernés ;
- Se confronter à un enjeu stratégique pour les établissements de santé, à savoir la gestion d'une compétence précieuse à l'hôpital : la compétence médicale.

Au regard de l'expérience du CHRU de Nancy, le présent mémoire se propose ainsi de :

- Quantifier les problèmes de démographie médicale rencontrés par les établissements du GHT Sud Lorraine ;
- Présenter les nombreux acteurs concernés par la gestion de la démographie médicale et leurs points de vue ;
- Détailler la démarche-projet initiée par le CHRU de Nancy en indiquant les bénéfices qui peuvent en être attendus ainsi que ses limites; et
- Dresser un premier bilan de cette démarche, permettant la formulation de recommandations en vue de la pérennisation et de l'amélioration de la démarche.

³² Elle correspond au territoire qui inclut les différents GHT avec lesquels le CHU est lié par convention, dans le cadre du ressort des facultés de santé et de l'Université concernées.

³³ L'horizon de gestion est de 5 ans, ce qui correspond à la fois à la durée d'un DES et à la longévité des projets médicaux partagés de groupement.

L'analyse du contexte médical, économique et institutionnel du GHT Sud Lorraine, dans lequel évolue le CHRU de Nancy, indique que la mise en place des GHT constitue une opportunité d'engager des démarches devant permettre de régler le problème de la démographie médicale, telles que la mise en place d'une GPEC médicale de territoire (I).

Néanmoins, bien qu'appuyée par l'ensemble des acteurs du territoire, cette démarche stratégique et opérationnelle s'est révélée complexe à mettre en œuvre du fait de contraintes techniques et de la nécessité de tenir compte du nombre et du positionnement des différents acteurs impliqués. L'exemple du CHRU de Nancy témoigne ainsi de la difficulté à mener des démarches stratégiques et englobantes à l'échelle d'un GHT (II).

Bien qu'il soit trop tôt pour présenter les premiers résultats obtenus à partir de la démarche, des perspectives s'ouvrent déjà pour la politique de GPECMT en structuration dans le GHT Sud Lorraine. La dernière partie de ce mémoire permettra donc d'effectuer plusieurs recommandations de nature à mettre à profit, pérenniser et enrichir ce type de démarche territoriale (III).

1 La mise en place des GHT constitue une opportunité d'engager des démarches devant permettre de régler le problème prégnant de la démographie médicale

1.1 Les tensions sur la démographie médicale dans le GHT Sud Lorraine ont conduit les établissements du territoire à se rapprocher autour de coopérations aujourd'hui insatisfaisantes

1.1.1 Etat des lieux, perspective et enjeux de la démographie médicale en Lorraine

1.1.1.1 Etat des lieux et perspectives en Lorraine et Meurthe-et-Moselle à horizon 2020

L'ex-région Lorraine est confrontée à d'importantes difficultés en termes de démographie médicale. En effet, si le nombre de praticiens a bien augmenté en Meurthe-et-Moselle de 8,6% en 10 ans – c'est-à-dire plus vite encore que le *numerus clausus* à l'échelle nationale, qui augmente sur la même période de 5,6%³⁴ – pour s'établir à 3 770 médecins au 1^{er} janvier 2016³⁵, cette hausse ne concerne pas les médecins en activité. Depuis dix ans, le nombre de médecins actifs inscrits au tableau de l'Ordre n'a presque pas évolué : 7 060 en 2007, 7 109 en 2015 (+0,7%)³⁶.

Les conséquences de cette évolution en matière de densité médicale sont très négatives. Entre 2007 et 2016, le rythme d'évolution du nombre de médecins actifs en Meurthe-et-Moselle a été très inférieur à celui de la population (+3,1%)³⁷. La projection des effectifs médicaux attendus entre 2017 et 2020 est également inquiétante : la hausse prévue en Meurthe-et-Moselle est très inférieure (+0,3%) à la hausse attendue de la population (+3,5%) sur la même période³⁸. Cette situation risque de dégrader la densité médicale du territoire, alors même que celle-ci est déjà légèrement inférieure à la moyenne nationale – 271 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants en 2015, contre 281,4 pour la moyenne nationale³⁹.

Par ailleurs, la population médicale active présente sur le territoire, aujourd'hui âgée en moyenne de 52 ans⁴⁰, vieillit. Malgré la hausse du nombre d'internes à former chaque année (+4% entre 2018 et 2022⁴¹), cette tendance devrait se poursuivre. Les médecins potentiellement sortants – âgés de 60 ans et plus – représentent en effet 27% des effectifs – 26,4% pour la France entière – tandis que les moins de 40 ans représentent 17% de l'ensemble des actifs réguliers – 17,4% à l'échelle de la France entière⁴².

³⁴ Calcul à partir des arrêtés ministériels au JO sur la période considérée

³⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale 2016*, page 13

³⁶ Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2015*, page 9

³⁷ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale 2016*, page 168

³⁸ Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2015*, page 14

³⁹ *Ibid.*, page 27

⁴⁰ *Ibid.*, page 19

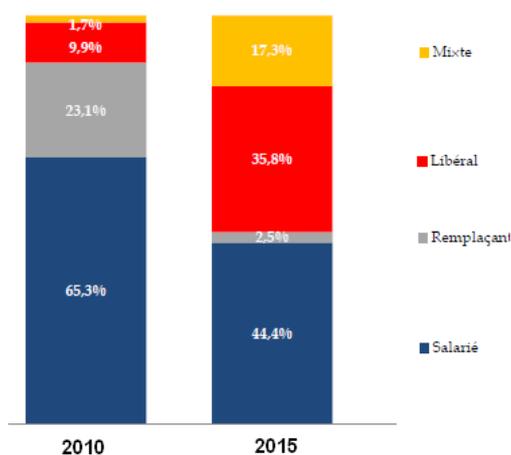
⁴¹ Arrêté du 7 août 2017 rappelant pour l'année 2017 et projetant pour la période 2018-2021 le nombre global d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale

⁴² Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2015*, page 19

Le problème est particulièrement marqué pour les généralistes, considérés comme les portes d'entrée vers une prise en charge hospitalière et souvent piliers des structures de plus petite taille, nombreuses dans le GHT Sud Lorraine. En Meurthe-et-Moselle, le nombre de médecins généralistes devrait ainsi décroître entre 2015 et 2020 d'environ 83 praticiens⁴³. Dans le même temps, la densité des généralistes actifs devrait également se dégrader et passer de 152,6 à 142,1 médecins pour 100 000 habitants⁴⁴.

Enfin, à l'instar de nombreux autres établissements publics, les établissements hospitaliers publics de Lorraine connaissent des difficultés d'attractivité vis-à-vis des praticiens. A titre d'exemple, 20% des médecins qui se sont inscrits pour la première fois au tableau de l'Ordre de Meurthe-et-Moselle en 2010 avaient changé de mode d'exercice cinq ans plus tard, au détriment de l'activité salariée.

Modes d'exercice des nouveaux inscrits à l'Ordre en Meurthe-et-Moselle au 1er janvier 2010 et 5 ans plus tard



45

1.1.1.2 Une illustration de cette tension sur les ressources humaines médicales au CHRU de Nancy : l'exemple de l'anesthésie-réanimation

Malgré sa taille, la nature des activités qu'il propose et sa dimension universitaire⁴⁶, le CHRU de Nancy est également confronté à cette tension sur les ressources humaines médicales et à des difficultés de recrutement. Une spécialité médicale permet d'illustrer ces difficultés : l'anesthésie-réanimation.

Bien que le nombre de postes d'anesthésistes-réanimateurs offerts aux jeunes professionnels à la sortie des épreuves classantes nationales (ECN, puis ECNi) a depuis 9 ans augmenté de 77%⁴⁷, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs en activité en Meurthe-et-Moselle a sur la même période diminué de 3,5%. De plus, de 2010 à 2021, le nombre d'anesthésistes-réanimateurs à former sur la subdivision universitaire du CHRU de Nancy n'a pas augmenté, alors que le nombre de départs en retraite d'anesthésistes-réanimateurs est estimé par le chef du pôle anesthésie-réanimation du CHRU de Nancy à 18 par an sur les cinq prochaines années. Il en résulte une importante différence entre les besoins en anesthésistes-réanimateurs constatés sur le territoire et le nombre d'internes à

⁴³ Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2015*, page 15

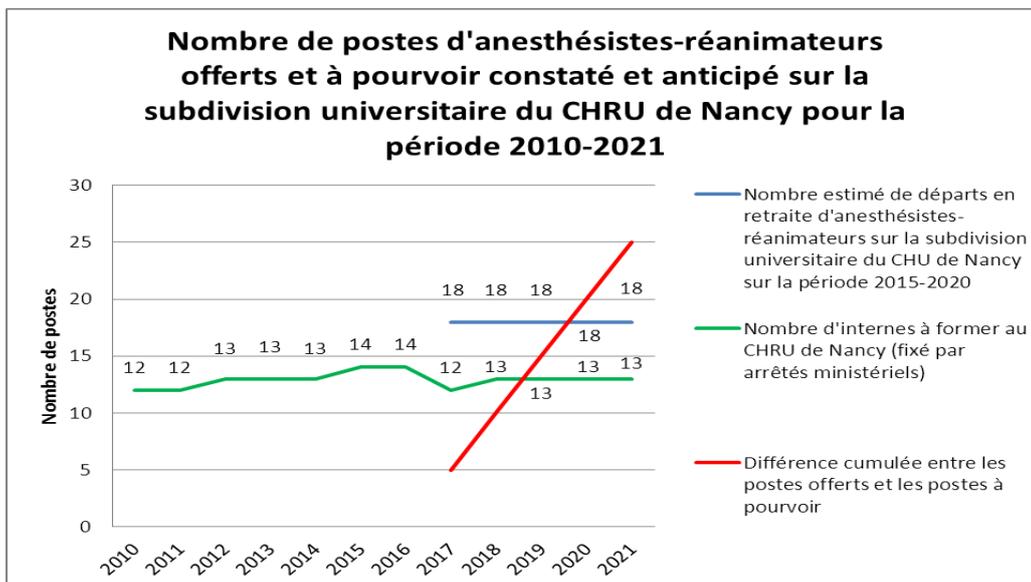
⁴⁴ *Ibid.*, page 27

⁴⁵ Comparatif construit à partir de Conseil national de l'Ordre des médecins, *La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2015*, pp. 38-39

⁴⁶ L'annexe 2 présente une vision synthétique des ressources humaines médicales du CHRU de Nancy, de leur emploi et de leur coût.

⁴⁷ Calcul à partir des arrêtés ministériels fixant le nombre de poste d'anesthésistes-réanimateurs ouverts à la sortie des ECN depuis 2008.

former sur la période 2017-2021. Sans tenir compte des possibles départs motivés par d'autres raisons que la retraite, le déficit d'anesthésistes-réanimateurs sur la subdivision devrait augmenter de 25 en cinq ans⁴⁸, alors même que les établissements du territoire recourent déjà à de l'intérim pour pallier les déficits de praticiens dans cette spécialité⁴⁹.



Les risques liés à une situation de pénurie de médecins en anesthésie-réanimation sont, comme pour toute autre spécialité médicale, multiples. Pour les patients, l'enjeu est de pouvoir accéder à des soins de qualité quand leur état l'exige. Or, l'obligation pour les établissements d'assurer la continuité des soins malgré une situation de pénurie ne facilite pas l'atteinte d'un haut niveau de soins⁵⁰. Pour les praticiens, l'enjeu est celui de leur qualité de vie au travail. Le manque d'attractivité d'un établissement conduit en effet à s'interroger sur les conditions de travail et la qualité de vie au travail des praticiens qui y exercent. Ceci explique pourquoi les questions d'attractivité et de qualité de vie au travail sont de plus en plus souvent traitées concomitamment⁵¹. Enfin, pour les établissements, l'enjeu est d'abord financier, dans la mesure où un manque de praticiens dans un établissement conduit soit à envisager la fin d'une activité et la fermeture d'un ou plusieurs service(s), soit à organiser un coûteux intérim médical. En 2013, Olivier Véran estimait ainsi dans un rapport intitulé « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte » que

⁴⁸ Cette analyse numérique ne tient pas compte des possibles futurs fermetures de blocs opératoires ou ajustements capacitaires sur le territoire qui pourraient faire diminuer le besoin de médecins anesthésistes-réanimateurs. Elle n'est donc alarmante qu'en raisonnant à périmètre constant. Il n'en demeure pas moins que le CHRU de Nancy a demandé la reconnaissance de postes sous tension au niveau local pour cette spécialité à la commission régionale paritaire.

⁴⁹ D'après une étude de l'ANFH Lorraine en partenariat avec Opinion Way de décembre 2014 intitulée « Éléments de contexte, la démographie des personnels médicaux (hors internes) dans les établissements sanitaires publics lorrains », plus de 51% des établissements lorrains pallient leurs difficultés de recrutement par le recours à l'intérim.

⁵⁰ Dans ces situations de recrutements parfois compliqués, « la qualité et la sécurité des soins posent régulièrement question. Parfois, en raison des compétences professionnelles des médecins, mais le plus souvent du fait que les missions temporaires ne favorisent pas l'implication dans le projet médical d'établissement, ni la connaissance des procédures, la maîtrise des logiciels informatiques ou le suivi au long cours des malades », dans VERAN O., décembre 2013, Rapport « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », page 3

⁵¹ A titre d'exemple, le rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale de la Fédération Hospitalière de France (FHF) de 2014 intitulé « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public » contient un axe de proposition consacré à la qualité de vie au travail.

le recours à l'intérim médical représentait un coût pour l'hôpital public de 500 millions d'euros par an⁵² tandis que la Cour des comptes jugeait le recours à l'intérim « *potentiellement problématique en termes de qualité des soins* »⁵³.

1.1.2 Face à la pénurie de ressources humaines médicales, les établissements du territoire ont commencé à structurer au cas par cas des coopérations médicales qui demeurent peu nombreuses et présentent des limites

1.1.2.1 Etat des lieux des coopérations médicales existantes sur le territoire du GHT

Le manque de ressources humaines médicales disponibles en Meurthe-et-Moselle dans certaines spécialités a conduit les établissements du territoire à aborder de façon concertée cette problématique commune. Le nombre de dispositifs d'assistants spécialistes à temps partagés, de fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) et de conventions de partage de temps a ainsi crû rapidement, à mesure que la pénurie s'aggravait. Plusieurs filières de coopération médicale ont ainsi émergé, structurées principalement autour du CHRU de Nancy. Elles concernent 12 spécialités et permettent la mise à disposition d'environ 20 ETP médicaux auprès des établissements partenaires du CHRU. Au total, 57 conventions organisent actuellement la répartition des ressources humaines médicales sur le territoire du GHT Sud Lorraine.

Cartographie des conventions médicales existantes entre établissements du GHT Sud Lorraine

En ligne, établissement « prêteur » ; en colonne, établissement d'accueil	CHRU de Nancy	CH Lunéville	CH Toul	CH Pont-à-Mousson	CH Commercy	Centre psychologique de Nancy
CHRU de Nancy		3 MAD 5 AIG 3 temps partagés	4 MAD 7 AIG 2 temps partagés 1 PDSE	5 MAD 3 AIG	2 MAD	3 MAD 1 AIG
CH Lunéville	4 MAD 3 PDSE 2 formations 1 activité partagée					
CH Toul	3 MAD 1 AIG 1 Formation 1 PDSE					
Centre psychologique de Nancy	2 MAD					

Ces coopérations ont eu deux effets positifs. D'une part, elles ont permis d'assurer la continuité des soins sur le territoire lorrain. La création d'une FMIH entre les services d'urgence du CHRU de Nancy et du CH de Pont-à-Mousson a par exemple permis de maintenir un accueil d'urgence dans l'Ouest du département. D'autre part, ces coopérations ont permis d'initier un esprit de coopération et de développer des habitudes de travail communes entre les équipes médicales et entre les directions des différents

⁵² VERAN O., *Op. cit.*, page 3

⁵³ Cour des comptes, *Op. cit.*, page 113

établissements impliqués. Comme le rappelle Marie-Marthe Hiance, « *la volonté de pallier les effets de la démographie médicale peut constituer un vecteur de coopération et de partenariat. La construction de relations privilégiées de confiance avec un établissement sont une base indispensable pour abaisser les barrières culturelles préexistantes (...)* »⁵⁴. Cette connaissance – voire confiance – réciproque des organisations a pu ultérieurement faciliter la structuration du GHT Sud Lorraine.

Néanmoins, les limites de cette approche casuistique d'un problème plus général sont nombreuses, quel que soit le type de coopération médicale retenu⁵⁵.

1.1.2.2 Limites de cette approche casuistique de la pénurie

Face au manque de ressources humaines médicales sur un territoire, une réponse centrée sur des dispositifs de coopération ne peut qu'être « palliative » et temporaire. Il est en effet difficile de structurer à long terme des dispositifs reposant sur le volontariat, dans la mesure où toute évolution de la situation individuelle d'un praticien peut potentiellement mettre en péril la pérennité du partenariat. Cette base de volontariat conduit ainsi à ce que les dispositifs de coopération soient généralement construits de façon empirique et empêche souvent de développer une vision globale et de long terme de l'organisation médicale à l'échelle d'un territoire, qui seule permettrait d'aller au bout de la logique sous-tendue par la réforme des GHT. Au final, comme le rappelait Estelle Cossec, « *le volontariat, au fondement du temps médical partagé, constitue à la fois une condition et une limite à un engagement durable* »⁵⁶.

Par ailleurs, la mise en place de dispositifs ponctuels de coopération a un coût direct et indirect important. La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) s'est révélée très négative pour l'établissement « prêteur » de ressources humaines médicales⁵⁷. En effet, si le temps médical utilisé est remboursé par convention, l'activité effectuée dans un autre établissement par un praticien de l'établissement « prêteur » ne profite financièrement qu'à l'établissement d'accueil. De plus, utilisé dans l'établissement d'accueil, le temps médical ne peut l'être simultanément dans l'établissement « prêteur », ce qui a des conséquences sur le niveau d'activité. Dès lors, « *en pratique, chaque établissement est en permanence renvoyé à l'impact du partenariat sur ses seuls comptes, sans vision sur l'équilibre économique global de l'activité mise en commun, ni valorisation de l'intérêt de cette coopération pour la collectivité* »⁵⁸.

Ainsi, « *le temps médical partagé induit des montages financiers coûteux entre CH, lourds en gestion et mal compris. (...) Les règles de refacturation sont peu lisibles, ce qui génère parfois de l'incompréhension. Par ailleurs, le temps administratif dédié à ces opérations rend le dispositif de temps partagé particulièrement coûteux.* » Cette situation « *montre bien les limites du modèle actuel d'une gestion par établissement : on « fusionne »*

⁵⁴ HIANCE M.-M., 2103, *Les Ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : du projet social médical institutionnel au projet médical territorial. De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 102p.

⁵⁵ L'article L.6134-1 du Code de la santé publique autorise ces actions de coopération, traduites par la signature de conventions ou la création de GIP, GIE, GCS et FMIH.

⁵⁶ COSSEC E., 2014, *Du temps médical partagé à la constitution d'équipes médicales territoriales : enjeux et limites*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 77 p., page 24

⁵⁷ Cette analyse est extraite de Inspection générale des affaires sociales, 2012, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, 273p.

⁵⁸ *Ibid.*, page 135

l'approche médicale pour toutes les spécialités mais on maintient une gestion administrative par établissement. »⁵⁹

Au final, « *la coopération médicale entre établissements au sein d'un même territoire de santé, corollaire indispensable à la constitution d'équipes médicales territoriales, ressemble [parfois] plus à un vœu pieux qu'à une réelle dynamique* »⁶⁰. Dès lors, comme le synthétise Estelle Cossec, « *sans réel caractère durable dans le temps, ces organisations donnent parfois l'effet de recourir aux équipes [de l'hôpital pivot] comme une prestation d'intérim à moindre coût et non comme un modèle d'équipe intégrée. Le temps médical partagé constitue le plus souvent une solution palliative que ne permet pas de dépasser une logique d'établissement [en raison du modèle de la T2A et de certains contextes locaux] et qui s'avère couteuse en gestion* »⁶¹.

Ayant montré leurs limites, les dispositifs de coopération se révèlent donc insuffisants pour faire face à la raréfaction des ressources humaines médicales sur le territoire lorrain. La mise en place des GHT constitue une opportunité pour passer de coopérations ponctuelles, peu structurées, coûteuses et difficilement pérennisables à un modèle privilégiant la gestion commune des ressources humaines médicales d'un territoire.

1.2 Malgré les inquiétudes initiales, les acteurs du territoire ont considéré la création du GHT Sud Lorraine comme une opportunité d'aborder différemment le problème de la démographie médicale

1.2.1 Obligatoire, la création du GHT Sud Lorraine a d'abord semblé complexifier formellement la résolution des problèmes de gestion de la démographie médicale sur le territoire

1.2.1.1 Les GHT ont d'abord suscité des réticences en raison de leur caractère contraignant et technique

Les groupements hospitaliers de territoire se sont construits sur un consensus : la volonté de garantir à chaque citoyen un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, à tout moment et en tout point du territoire. Comme le rappelait Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé au moment de la mise en place des GHT, « *chaque Français doit avoir les mêmes chances de bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins lorsqu'il pousse la porte d'un hôpital : c'est le sens même des GHT* »⁶². Le rapport intermédiaire de Frédéric Martineau et Jacqueline Hubert sur la mise en place des GHT remis en mai 2015 à la Ministre⁶³ ne dit pas autre chose : l'objectif est ainsi de structurer « *une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire orientées par les besoins de santé de leur bassin d'implantation* »

⁵⁹ Toutes les citations de ce paragraphe sont extraites de COSSEC E., 2014, *Du temps médical partagé à la constitution d'équipes médicales territoriales : enjeux et limites*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 77 p., p28

⁶⁰ VERAN O., *Op. cit.*, page 2

⁶¹ COSSEC E., *Op.cit.*, page 19

⁶² Direction générale de l'offre de soins, *Vade-mecum « GHT Mode d'emploi - 15 points clés »*, 2015, page 1.

⁶³ HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, page 6

et à cette fin « *d'élaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours* ».

Néanmoins, au-delà de ce consensus, les GHT ont suscité des débats et ont parfois été accueillis par les acteurs hospitaliers comme par les représentants de l'hospitalisation privée avec réticences. Les GHT sont en effet des dispositifs contraignants et techniques.

Le caractère contraignant de ces nouveaux groupements se retrouve à plusieurs niveaux. Il est d'abord observable en termes de mise en place du dispositif, qui d'une part est obligatoire pour tous les établissements publics de santé, y compris psychiatriques⁶⁴, et d'autre part devait être mis en place suivant un calendrier très strict dont la date butoir était fixée au 1^{er} juillet 2016. Il l'est également concernant la structuration interne, la répartition des compétences et les nouveaux rapports entre établissements au sein des nouveaux groupements. La création de nouvelles instances de groupement, l'obligation de mutualiser plusieurs fonctions⁶⁵, la perspective d'une certification commune et l'approche consolidée des états prévisionnels des recettes et dépenses (EPRD) modifient ainsi en profondeur les relations de pouvoir au sein des GHT. Enfin, le dispositif des GHT est contraignant au regard de son impact sur l'organisation territoriale des soins, en ce que le dispositif oblige à rédiger un projet médical partagé (PMP) de groupement et à structurer des filières de soins autour de grands objectifs décidés en commun.

Par ailleurs, les GHT se sont révélés être des dispositifs éminemment techniques, voire technocratiques⁶⁶. Ce sentiment a pu être renforcé par les nombreux débats sur la nature juridique du GHT – intégratif ? fédératif ? associatif ? – et sur les modalités juridiques concrètes de sa mise en œuvre, en matière de ressources humaines, d'achats ou de systèmes d'information notamment. Ces incertitudes juridiques, parfois instrumentalisées, ont compliqué la montée en régime du dispositif.

De nombreux acteurs hospitaliers nationaux ont ainsi exprimé un ressenti loin d'être unanimement favorable à la réforme. Le syndicat des managers publics de santé (SMPS)⁶⁷, le syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (SYNCASS-CFDT)⁶⁸, l'association des directeurs d'hôpital (ADH)⁶⁹, la conférence des directeurs de centres hospitaliers⁷⁰, l'association des établissements participant au service public de santé mentale

⁶⁴ Sauf obtention d'une dérogation accordée par le directeur général de l'ARS.

⁶⁵ Systèmes d'information, département d'information médicale, achats, coordination des écoles, des instituts de formation paramédicale et des plans de formation continue et de DPC notamment.

⁶⁶ Critique formulée par des acteurs hospitaliers tels que la FHF (voir notamment le communiqué de presse de la FHF intitulé « *GHT : la FHF alerte sur un risque de surréglementation et appelle à une initiative politique du Gouvernement pour sauver la réforme* ») mais également par des médias « grand public » (voir par exemple l'article de Caroline Coq-Chodorge sur le site internet de Médiapart le 17 juin 2016, intitulé « *Hôpitaux : la psychiatrie est-elle soluble dans la technocratie ?* »)

⁶⁷ Résultat du sondage IFOP commandé par le SMPS et présenté le 22 juillet 2017 ; voir également les titres évocateurs des articles liés à la mise en place des GHT sur le site internet du SMPS : « *Nouveau décret GHT : un décret qui ne règle rien* », « *Le SMPS annonce la suspension de la mise en œuvre des fonctions mutualisées* » ou encore « *GHT et fonctions mutualisées : pourquoi ça ne marche pas ?* ».

⁶⁸ SYNCASS-CFDT, « *Les enjeux de la création législative et réglementaire des groupements hospitaliers de territoire* », communiqué de presse, 22 février 2016

⁶⁹ Article APM International du 15 février 2016, « *Avis partagés des directeurs d'hôpital sur leur avenir au sein des GHT (enquête ADH)* »

⁷⁰ Dépêche Hospimédia du 1er avril 2015, « *Les directeurs de CH souhaiteraient que les GHT soient dotés de la personnalité morale* »

(ADESM)⁷¹ ou encore la conférence des présidents de commission médicale d'établissement⁷² ont ainsi tour à tour fait part de leurs inquiétudes, voire de leur scepticisme vis-à-vis de la réforme. Même la presse nationale « grand public » s'est faite l'écho de cette méfiance⁷³. Inversement, rares ont été les prises de position favorables à la création des GHT tels qu'ils ont été conçus⁷⁴.

1.2.1.2 Les GHT ont également semblé complexifier la résolution des problèmes de gestion de la démographie médicale, qui fait déjà intervenir de nombreux acteurs

La formulation utilisée par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 concernant les missions de gestion de la démographie médicale a également pu faire penser que le GHT constitue un nouvel échelon de gestion de la démographie médicale. Le risque était qu'un niveau GHT se surajoute à une gestion déjà complexe du fait du nombre d'acteurs qu'elle implique et du statut juridique des médecins.

La gestion des ressources humaines médicales diffère en effet sensiblement de la gestion des ressources humaines non médicales. Du fait du statut particulier des personnels médicaux⁷⁵ et de la coexistence de nombreux statuts médicaux à l'hôpital public, la gestion des ressources humaines médicales fait en effet intervenir de nombreux acteurs nationaux et locaux. Ce système, et notamment le « caractère originellement antinomique de la gestion exogène du corps médical »⁷⁶, difficile à remettre en cause, limite la marge de manœuvre des établissements publics de santé, déjà contraints s'agissant des personnels non médicaux par le statut de la fonction publique.

Institution	Rôle dans la carrière des professionnels médicaux
Etablissements	Recrutements ; organisation de l'activité médicale publique ; mise en adéquation des besoins et des ressources humaines médicales au regard de l'activité ; terrains de stage pour les internes et étudiants en médecine
Facultés	Responsables de la formation initiale des professionnels
Agences régionales de santé	Autorisation de postes ; validation de certains recrutements
Ministère de la Santé	Fixation du numerus clausus et répartition des internes à former
CNG	Organisation du concours national annuel ; gestion des carrières des personnels titulaires
Ordres	Représentation des praticiens ; garants de l'exercice légal de la médecine/chirurgie/odontologie

⁷¹ Dépêche Hospimédia du 12 février 2016, « L'Adesm veut que les hôpitaux psychiatriques expérimentent différentes configurations de GHT »

⁷² Dépêche Hospimédia du 18 février 2016, « Les présidents de CME de CH dénoncent "les effets destructeurs" des orientations actuelles des GHT »

⁷³ Voir à titre d'exemple « La "révolution silencieuse" des hôpitaux se prépare dans un climat de méfiance », *Sciences et Avenir*, 27 juin 2016, ou FAVEREAU E., « Les hôpitaux en fusion », *Libération*, 30 juin 2016.

⁷⁴ « Groupements hospitaliers de territoire : une "vraie révolution" pour la FHF », *Localtis* du 22 janvier 2016.

⁷⁵ Les médecins sont des agents publics et non des fonctionnaires. L'article 2 de la loi du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires exclut l'application de ce statut général aux médecins, odontologistes et pharmaciens recrutés dans les établissements publics de santé.

⁷⁶ HIANCE M.-M., *Op. cit.*, page 54

Dans ce contexte, les dispositions du décret du 27 avril ont suscité des interprétations variables parmi les acteurs impliqués dans la gestion des ressources humaines présentes sur le territoire du GHT Sud Lorraine. Au sein du CHRU de Nancy, ces dispositions – qui confèrent aux établissements universitaires la mission de coordonner les missions relatives à la gestion de la démographie médicale et à la formation des jeunes praticiens – ont pu être interprétées comme réaffirmant le rôle majeur, voire la prédominance, du CHRU, de sa communauté médicale et du doyen de la faculté de médecine dans la gestion de la démographie médicale sur le territoire. Cette position était d'autant plus forte que cette prédominance nouvelle pouvait s'exercer à deux niveaux : celui du GHT Sud Lorraine et celui de la subdivision universitaire. Inversement, ces dispositions auraient pu être accueillies avec circonspection par l'ARS et la faculté, dont les missions en matière de démographie médicale sont bien établies et risquaient d'être remises en cause. A terme, les dispositions du décret du 27 avril 2016 pouvaient donc être aussi bien facteur de clarification des rôles que source de confusion nouvelle.

Néanmoins, alors que la création du GHT Sud Lorraine aurait pu être un facteur complexifiant encore la gestion de la démographie médicale, celle-ci s'est rapidement avérée être un moteur poussant les acteurs du territoire à aborder différemment le problème de la démographie médicale.

1.2.2 Malgré leurs inquiétudes initiales, les acteurs du GHT Sud Lorraine ont abordé ce nouveau dispositif en le percevant comme une opportunité plutôt que comme une difficulté supplémentaire

1.2.2.1 Les particularités du GHT Sud Lorraine ont pu susciter l'inquiétude parmi les différents établissements du territoire⁷⁷

Plusieurs spécificités du GHT Sud Lorraine ont renforcé dans un premier temps les craintes liées à la nature du dispositif ainsi qu'à l'éventuelle redéfinition des compétences de chacun en matière de gestion de la démographie médicale.

D'abord, la taille du GHT Sud Lorraine est plus importante que celle de la plupart des autres GHT. La convention constitutive du GHT Sud Lorraine compte en effet onze établissements parties⁷⁸ et un membre de droit – l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL). Ce chiffre classe le GHT Sud Lorraine parmi les grands GHT à l'échelle de la France puisque seulement 27% des GHT comptent plus de 8 membres⁷⁹. Ce constat n'évolue pas lorsque l'on ne considère que les GHT comprenant un CHR ou un CHU. Ces derniers ne comptent en effet en moyenne que 9,8 membres (médiane à 10) et seuls 26% d'entre eux (7 GHT sur 27) comptent plus de 11 établissements parties. Une évaluation financière du groupement achève enfin de le classer parmi les grands GHT. Les

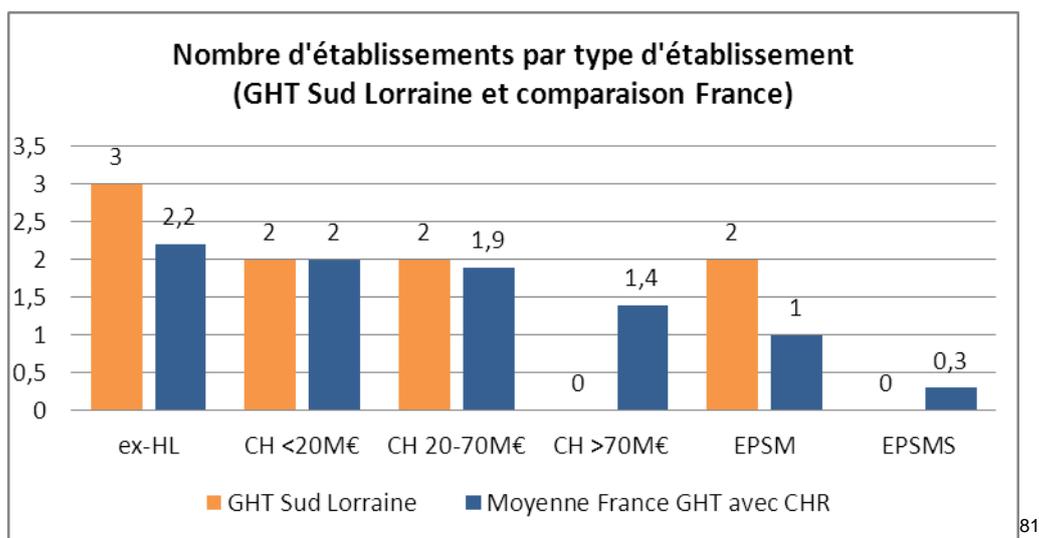
⁷⁷ Nous aurions souhaité proposer une présentation et une analyse cartographiées du GHT Sud Lorraine. Néanmoins, cela nécessite au préalable de s'accorder sur le territoire considéré. Or, les GHT ne correspondent pas à une assise territoriale précise mais à un regroupement d'établissements. Dès lors, un débat peut s'engager sur la façon de représenter un GHT. L'annexe 3 illustre ces difficultés en présentant par comparaison les cartes retenues par la FHF, par l'ARS Grand et par le CHRU de Nancy sur la base des données ATIH.

⁷⁸ Les établissements parties à la convention constitutive du GHT Sud Lorraine sont le CHRU de Nancy, le CH de Toul, le CH de Lunéville, le CH de Pont-à-Mousson, le CH de Pompey, le CH Saint-Charles de Commercy, l'hôpital local Saint-Jacques de Dieuze, le CHG de Saint-Nicolas-de-Port, le CH 3H Santé de Cirey-sur-Vezouze, l'hôpital Ravenel de Mirecourt et le Centre psychothérapeutique de Nancy (CPN).

⁷⁹ Le GHT Sud Lorraine s'inscrit dans la lignée des autres GHT constitués dans le Grand Est, puisque 55% des GHT de la nouvelle région comptent plus de 8 membres.

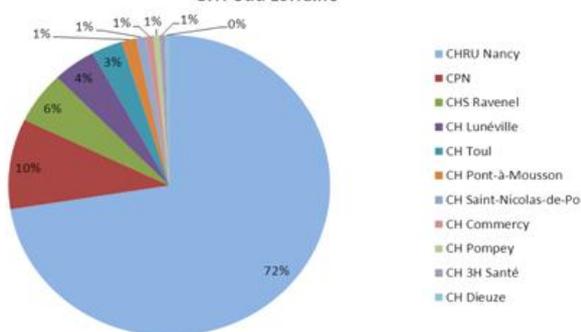
dépenses agrégées des établissements du GHT Sud Lorraine représentaient ainsi environ 1,2 milliard d'euros en 2016. Cette somme fait du GHT Sud Lorraine un des quatorze GHT les plus importants financièrement⁸⁰.

La taille du GHT Sud Lorraine rend donc *de facto* plus complexe la mise en place d'un projet stratégique impliquant l'ensemble des acteurs du territoire. Mais cette difficulté est surtout accentuée par la composition du GHT Sud Lorraine. Sa particularité vient ainsi de son caractère particulièrement déséquilibré. En effet, alors même que le budget du CHRU de Nancy le classe parmi les dix plus importants établissements publics de santé français, le GHT Sud Lorraine compte sept établissements ayant un budget inférieur à 70 millions d'euros, contre 6,1 établissements de ce type en moyenne pour les GHT incluant un CHU ou CHR.

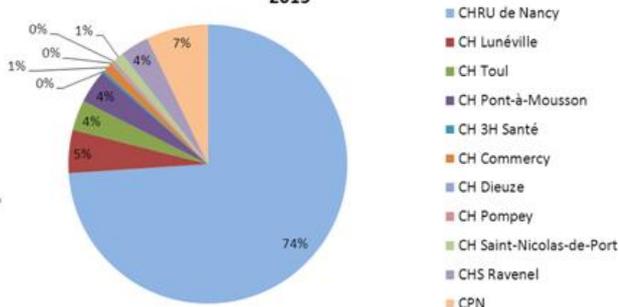


L'établissement support du GHT – le CHRU de Nancy – concentre donc encore plus qu'ailleurs les ressources humaines, médicales, financières ou matérielles du GHT.

Répartition des dépenses effectuées en 2016 dans l'ensemble des dépenses effectuées par les établissements membres du GHT Sud Lorraine



Répartition des ressources humaines médicales (hors internes) parmi les établissements du GHT Sud Lorraine au 31 décembre 2015



Il résulte de ce constat que les établissements du GHT connaissent des situations et des problématiques de ressources, d'activités ou de dynamiques d'évolution très diverses. Cet état de fait les conduit à aborder le GHT nouvellement créé de manières sensiblement différentes :

⁸⁰ Ce qui constitue le dernier décile de l'ensemble des GHT et la dernière moitié de l'ensemble des GHT incluant un CHU ou CHR.

⁸¹ Graphique réalisé à partir des données produites par la mission de mise en place des GHT du Ministère de la Santé

- Du côté du CHRU de Nancy, la mise en place du GHT et la désignation comme établissement support poussent à la précaution et à la retenue au moment d'initier des projets territoriaux. L'objectif est d'éviter que ces choix stratégiques puissent entériner concrètement cette prédominance statistique et être interprétés comme une volonté hégémonique sur le territoire.
- Du côté des autres établissements du GHT, ce déséquilibre est parfois perçu avec inquiétude. Le poids du CHRU de Nancy, sa situation financière et son histoire récente suscitent la crainte. Alors que le budget du CHRU de Nancy est largement déficitaire, les établissements parties au GHT craignent en effet qu'une approche consolidée des EPRD des établissements ait au mieux un impact négatif sur l'examen de leur propre EPRD, au pire conduise à restreindre leur propre autonomie financière au bénéfice du CHRU. En outre, la récente fusion de la maternité régionale universitaire (2014) avec le CHRU de Nancy peut accroître leur crainte d'être à terme absorbés à leur tour.

1.2.2.2 L'importance de la problématique de la gestion des ressources humaines médicales et l'habitude de coopérer ont toutefois permis aux établissements d'aborder le problème en insistant sur leur intérêt commun

Malgré ce déséquilibre connu de tous les établissements, le GHT Sud Lorraine s'est structuré rapidement et sans heurts. Bien que ne correspondant pas au périmètre d'une ex-CHT, le périmètre du GHT a ainsi été facilement arrêté. L'absence de difficultés s'explique d'abord par une habitude de travailler en commun ; ensuite et surtout par l'existence de problématiques similaires, au premier rang desquelles la pénurie de ressources humaines médicales.

Le recrutement de praticiens est en effet très difficile pour tous les établissements du GHT Sud Lorraine – y compris pour le CHRU de Nancy. A partir de l'analyse des choix effectués par les futurs internes au sortir de leurs épreuves classantes nationales (ECN), plusieurs facteurs peuvent expliquer cette difficulté. D'abord, les grandes villes attirent sensiblement plus les internes et praticiens que les villes de taille intermédiaire ou plus réduite⁸². Or, sur le territoire du GHT Sud Lorraine, seule Nancy compte plus de 100 000 habitants. Inversement, 55% des communes accueillant un des établissements du GHT comptaient moins de 8 000 habitants en 2014. En outre, les internes font généralement preuve d'un relatif désintérêt pour une spécialisation en psychiatrie. Cette spécialité s'est ainsi classée 26^e sur 30 spécialités dans les choix exprimés par les futurs internes entre 2013 et 2016⁸³. Or, parmi les établissements parties au GHT, presque un établissement sur cinq est un établissement spécialisé en santé mentale. Enfin, dans une approche interrégionale, le Nord-Est est peu plébiscité par les futurs internes : il fait parmi des trois aires les moins prisées, avec le Nord-Ouest et les Antilles⁸⁴. Cumulés, ces trois constats expliquent en partie les difficultés de recrutement sur le territoire du GHT Sud Lorraine.

Plusieurs solutions ont donc émergé pour faire face au manque d'attractivité des hôpitaux⁸⁵. L'une d'entre elles, plébiscitée par les établissements du GHT Sud Lorraine, tient dans la promotion d'une approche territorialisée de la question. En effet, dans le cas

⁸² BLANC J.-V. et al., février 2017, « CHU préférés des jeunes médecins : les écarts se creusent », *What's up doc ?*, n°30, [en ligne].

⁸³ « Les dix spécialités les plus demandées », *What's up doc ?*, février 2016, [en ligne].

⁸⁴ BLANC J.-V. et al., *Op. cit.*

⁸⁵ Le Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public élaboré en novembre 2015 par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé synthétise notamment ces différentes solutions.

de ce GHT et pour les raisons évoquées plus haut, aucune réponse à ce problème d'attractivité ne semble pouvoir être trouvée établissement par établissement. Cette problématique commune d'attractivité médicale constitue donc un élément facilitateur permettant d'amorcer une réflexion commune et territorialisée en matière de gestion de la démographie médicale. Dans le même temps, la réforme des GHT pousse à agir en offrant de nouvelles modalités d'action permettant de gérer la pénurie de ressources humaines médicales.

Face à la pénurie de ressources humaines médicales et à leur manque d'attractivité, les établissements du GHT Sud Lorraine ont profité du contexte nouveau issu de la création des GHT pour commencer à élaborer une réponse commune et territorialisée à ces difficultés. Confortés par une analyse partagée de la situation, ils ont surmonté leurs réticences initiales vis-à-vis du dispositif pour faire de cette réforme technique et contraignante le moteur d'une réflexion sur une politique de GPEC médicale commune et de territoire. Élément déclencheur de cette réflexion, le GHT Sud Lorraine est donc perçu comme une opportunité nouvelle d'action face à un problème récurrent.

2 Cadre stratégique et mise en place opérationnelle d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales de territoire (GPECMT)

2.1 Le cadre stratégique de la GPECMT : la gestion de la démographie médicale comme socle d'une stratégie de groupe

2.1.1 La mise en place d'une GPECMT au sein du GHT Sud Lorraine consacre la naissance d'une stratégie de groupe en termes de ressources humaines médicales

2.1.1.1 *La recherche d'une réponse commune au problème de la démographie médicale acte la stratégie de groupe attendue par les acteurs du territoire*

La territorialisation des problématiques de gestion de la démographie médicale et des réponses à ce problème démographique est attendue depuis longtemps. Le Dr Silvia Pontone⁸⁶ rappelait ainsi par exemple en ouverture de son intervention lors du colloque 2017 de l'ADRHESS à quel point elle « *aurait aimé que la territorialisation de la gestion démographie médicale arrive plus tôt* »⁸⁷.

La mise en place des GHT permet cette approche territorialisée. Frédéric Martineau et Jacqueline Hubert, dans leur rapport intermédiaire de 2015 sur la mise en place des nouveaux groupements, indiquaient ainsi avoir « *la conviction qu'il est possible de garantir, par des synergies territoriales entre hôpitaux publics, un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour nos concitoyens* ». Et d'ajouter : « *Les groupements hospitaliers de territoire nous paraissent être l'opportunité, pour les hospitaliers que nous sommes, d'endosser cette responsabilité territoriale* »⁸⁸. Le vocabulaire de la DGOS est encore plus affirmé. Pour le ministère, les GHT « *traduiront concrètement ce que beaucoup appellent de leurs vœux depuis des années : une « stratégie de groupe » impliquant l'ensemble des équipes médicales, des élus et de représentants d'usagers pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire.* »⁸⁹ Sur le territoire du GHT Sud Lorraine, la possibilité de développer une telle stratégie territoriale de groupe public, ainsi que les nouvelles modalités d'action permises par la réforme des GHT ont été accueillies positivement.

La mise en place d'une stratégie de groupe public a deux objectifs principaux. D'une part, elle doit permettre d'amoindrir – sinon de faire disparaître – la concurrence existant entre établissements publics d'un territoire sur les mêmes compétences médicales. Cette concurrence est en effet néfaste tant pour les établissements que pour la bonne structuration de l'offre de soins publique sur le territoire. D'autre part, cette stratégie de groupe doit également permettre de faire face à la concurrence du secteur privé sur les

⁸⁶ Praticien hospitalier à l'hôpital Robert Debré, chercheur-associé à l'INED, qui a notamment rédigé en 2009 un rapport intitulé « *La démographie médicale à l'APHP. Etat des lieux et prospective à l'horizon 2020.* »

⁸⁷ PONTONE S., « Les enjeux de la démographie médicale : l'exemple de l'anesthésie-réanimation », dans ADRHESS, *Associer GRH médicale et GRH non médicale à l'hôpital : enjeux et réalisations*, 7 mars 2017, Paris.

⁸⁸ HUBERT J., MARTINEAU F., *Op.cit.*, page 6

⁸⁹ Direction générale de l'offre de soins, *Vade-mecum « GHT Mode d'emploi - 15 points clés »*, 2015, page 1

ressources humaines médicales en proposant aux praticiens des carrières enrichies d'une dimension territoriale. Le secteur privé a de ce fait formulé ses craintes face à la mise en place des GHT⁹⁰.

Concurrencer le secteur privé sur l'attraction des ressources humaines médicales présentes sur le territoire, organiser la répartition des ressources attirées entre les établissements du même groupe public et optimiser la gestion de ces ressources en tenant compte d'une exigence accrue de qualité et de sécurité des soins et d'un fort renouvellement du personnel dans les prochaines années : tels sont les trois axes de la stratégie de groupe structurée sur le GHT Sud Lorraine en matière de ressources humaines médicales. L'outil retenu pour mettre en place cette stratégie de groupe est un dispositif de GPEC médicale de territoire. Celui-ci s'est imposé pour plusieurs raisons.

2.1.1.2 Les établissements du GHT Sud Lorraine ont fait le choix de décliner cette stratégie par la structuration d'une GPECMT

Le dispositif retenu sur le territoire du GHT devait permettre de surmonter deux problèmes récurrents pour les hôpitaux, dont ceux du GHT Sud Lorraine :

- la première difficulté tient au manque d'outils reconnus de gestion des ressources humaines médicales. Comme le rappelait Marie-Marthe Hiance, « *si de nombreux outils de gestion permettent de maîtriser et de prendre en compte les évolutions du personnel non médical (GPMC, CHSCT, CAP, projet social, etc.), il n'en est pas de même pour la ressource humaine médicale.* »⁹¹. En effet, la GPEC médicale est relativement peu développée dans les établissements français. Seulement 50% des CHU, établissements les plus susceptibles de mettre en place une telle démarche du fait du volume des ressources médicales à gérer, réalisent une cartographie – partielle ou totale – des emplois médicaux. Quand elle est réalisée, elle l'est par filière et/ou par spécialités, à partir d'un tableur Excel standard et n'est généralement mise à jour que sur une base annuelle⁹².
- la seconde difficulté, partiellement engendrée par la première, tient à la relative absence de vision stratégique de long terme des établissements en matière de gestion de leurs ressources humaines médicales. Les problématiques d'attractivité et de fidélisation des praticiens d'une part, d'organisation territoriale de l'activité d'autre part sont encore souvent traitées séparément. Or, « *face à la pénurie annoncée et aux contraintes budgétaires, plusieurs enjeux imposent aux EPS de passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique des RH médicales* »⁹³.

Le dispositif retenu devait également obtenir l'adhésion des praticiens, principaux concernés par la démarche. Comme l'exprime joliment Marie-Marthe Hiance, « *l'adhésion totale du corps des praticiens aux nécessités de gestion des RH médicales, en vue de répondre aux besoins des établissements hospitaliers, impose au manager hospitalier de tenir compte de la culture hippocratique de la communauté médicale.* »⁹⁴ Or, celle-ci a exprimé des sentiments ambivalents à l'égard des GHT, partagés entre la crainte de

⁹⁰ Communiqué de presse de la FHP, 30 juin 2016, « Mise en œuvre des GHT : l'hospitalisation privée sera attentive au respect des coopérations public-privé existantes ».

⁹¹ HIANCE M.-M., *Op. cit.*, page 1

⁹² Résultats de l'étude « Coopérations et GHT » menée par la conférence des directeurs des affaires médicales de CHU, 2017

⁹³ HIANCE M.-M., *Op.cit.*, page 1

⁹⁴ *Ibid.*, page 54

strates administratives supplémentaires et de changements de site imposés et l'espoir d'une meilleure gestion de la pénurie médicale par le développement des coopérations territoriales, une plus grande attractivité des hôpitaux publics et/ou une harmonisation des modalités de recrutement⁹⁵. La nécessité d'obtenir l'adhésion des personnels médicaux impliquait donc de retenir un dispositif non contraignant et qui permettrait d'associer les praticiens à la démarche.

Enfin, le dispositif devait permettre de trancher la question du juste niveau de réponse au problème de la démographie médicale. Le périmètre du nouveau GHT dans un premier temps, éventuellement de la subdivision universitaire dans un second temps, se sont rapidement imposés face à un dispositif de plus grande ampleur – régional ou interrégional par exemple. Un territoire trop important risquait en effet de ne pas tenir suffisamment compte des volontés des praticiens y exerçant et de ne pas se révéler très pertinent dans la mesure où, comme le dira le directeur d'un des établissements du GHT lors d'une réunion préparatoire, « *cela reviendrait à gérer les parcours professionnels des médecins de Marne-la-Vallée au Rhin* ».

Une fois le choix de mettre en place à l'échelle du GHT Sud Lorraine un outil stratégique pouvant recueillir l'adhésion de la communauté médicale arrêté, les établissements du GHT se sont accordés sur l'outil pouvant permettre d'organiser cette gestion territorialisée des ressources humaines médicales. Les établissements de santé disposent en effet de quatre types d'outils pour gérer les ressources humaines médicales : les instruments juridiques et organisationnels ; l'incitation financière ; la GPMC et le projet social ; et le système d'information⁹⁶. Sur le territoire du GHT Sud Lorraine, la solution retenue est la mise en place d'une GPEC médicale de territoire, base d'une démarche globale incluant une réflexion sur l'attractivité et la fidélisation des praticiens ainsi qu'un lien fort avec l'objectif de convergence des systèmes d'information du GHT.

Les établissements ont également fait le choix de présenter cette démarche par le biais de sa dimension technique plutôt que politique ou stratégique et de procéder par étapes, suivant la méthode des « petits pas ». Ces différentes étapes étaient :

- Cadrage stratégique et structuration d'une démarche-projet (1^{er} trimestre 2017) ;
- Mise en place de la solution technique (outil de GPEC) retenue (3^e trimestre 2017) ;
- Montée en charge du dispositif (exploitation par les établissements et obtention des premiers résultats ; fin 2017)
- Evaluation de la démarche avant pérennisation ou évolution (début 2018).

2.1.2 Les bénéfices attendus de la GPEC de territoire sont multiples

2.1.2.1 Cadre conceptuel de la GPEC de territoire envisagée sur le GHT Sud Lorraine

Un cadrage théorique de la démarche de GPEC territoriale permet d'en anticiper les risques, les limites ainsi que les bénéfices potentiels. Toutefois, dans la mesure où l'idée de territorialiser la GPEC et où la notion même de GPEC sont relativement récentes⁹⁷, rares sont les travaux permettant de cadrer sur le plan conceptuel la GPEC de territoire.

⁹⁵ MARECHAL C., décembre 2016, « Gestion des ressources humaines médicales et GHT. Quels outils ? », La revue hospitalière de France, n°573, pp. 42 à 46

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ L'idée de territorialiser la GPEC a moins d'une décennie, alors même que les modèles classiques de GPEC n'ont émergé qu'à la fin du XXe siècle.

Une double distinction permet toutefois de caractériser théoriquement le modèle de GPEC dont le déploiement est envisagé sur le territoire du GHT Sud Lorraine⁹⁸. Celle-ci renvoie aux oppositions entre :

- une GPEC comme gestion territoriale des compétences individuelles (cas de la démarche entreprise par le GHT Sud Lorraine) et une GPEC comme gestion de la compétence territoriale⁹⁹ ; et entre
- une GPEC territoriale défensive (couverture des besoins par les ressources ; cas de la démarche entreprise par le GHT Sud Lorraine) et une GPEC territoriale offensive (développement des compétences et de la mobilité inter-organisationnelle)¹⁰⁰.

Ce cadrage conceptuel a rassuré les acteurs du territoire en montrant d'une part que la démarche de GPECMT entreprise à l'échelle du GHT Sud Lorraine n'est ni inenvisageable, ni totalement novatrice, et d'autre part qu'il est possible d'anticiper les risques liés à la mise en place d'une GPEC de territoire « défensive ». Celles-ci seraient en effet plus souvent porteuses de tensions¹⁰¹ du fait d'un contexte de mise en œuvre généralement difficile et parce qu'elles tendent parfois à faire prédominer, toujours du fait de ce contexte, les besoins de l'institution sur les attentes des autres acteurs. Un accompagnement renforcé des agents dans la gestion de leur projet professionnel est alors indispensable pour surmonter ce risque.

Idéal-type	GPEC INSTRUMENTALISÉE	GPEC EXTERNALISÉE	GPEC AGENT DE CHANGEMENT	GPEC MUTUALISÉE ET TERRITORIALISÉE
Type/contenu accord	Défensif	Défensif	Offensif	Offensif
Outils pivots de l'accord GPEC	Observatoire des métiers et Comité Paritaire Stratégique	Observatoire des métiers et Dispositif territorial de gestion des compétences	Référentiel des métiers et des compétences	Référentiel des métiers et des compétences et Dispositif territorial de gestion des compétences
Articulation GPEC-stratégie	Fort	Faible	Fort	Fort
Articulation GPEC-RH	Rationalisation et mise en cohérence des pratiques de GRH	Rationalisation et mise en cohérence des pratiques de GRH	Développement des pratiques de GRH	Développement des pratiques de GRH
GPEC et dialogue social	Enrichissement du dialogue social (en particulier sur la stratégie du groupe)	Pas d'enrichissement du dialogue social	Développement d'un dialogue social de qualité	Enrichissement du dialogue social
Appropriation de l'accord	Faible	Faible	Forte	Forte

EWAN OIRY & COLL.

Poussant l'analyse, Oiry et al.¹⁰² développent – tableau supra – les caractéristiques attachées à leur idéaltype de GPEC de territoire. Outre le fait qu'ils considèrent qu'une GPECT est forcément offensive et qu'ils confirment la forte articulation entre stratégie et GPEC dans le cadre d'une GPEC de territoire, ce schéma type met en lumière trois éléments communs aux GPEC de territoire. D'abord, ils estiment qu'une telle démarche

⁹⁸ Voir la figure 1 de l'annexe 4

⁹⁹ DEFELIX C. et MAZZILLI I., 2009, « De l'individu au territoire, la longue marche de la gestion des compétences », dans RETOUR D., PICQ T., DEFELIX C., *Gestion des compétences, nouvelles relations, nouvelles dimensions*, Vuibert, pp.197 à 209

¹⁰⁰ DUBRION B., janvier 2011, « GPEC territoriale et évaluation du travail : essai d'analyse », *Gestion 2000*, pp. 77 à 91

¹⁰¹ Voir la figure 2 de l'annexe 4

¹⁰² OIRY E. et al., février 2013, « La GPEC : de la loi aux pratiques RH – identification de quatre idéaux-types », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n°112, pp. 4 à 16

se traduit par un enrichissement du dialogue social. Dans le contexte des GHT, la création d'une conférence territoriale de dialogue social peut ainsi créer une caisse de résonance. Les auteurs soulignent également la nécessité d'une appropriation de l'accord, et donc d'une adhésion forte de la part des acteurs concernés, en l'espèce de la communauté médicale. Enfin, ils font reposer la démarche sur des outils « pivots » tels qu'un dispositif territorial partagé et un référentiel commun des métiers et compétences.

Ce cadre conceptuel, bien que largement inspiré d'expériences d'entreprises privées, éclaire sur les points d'attention et les risques à surmonter dans la mise en place d'une GPECT. Ces risques sont toutefois nettement moindres que les bénéfices pouvant être espérés de la démarche par les patients, les professionnels et les établissements.

2.1.2.2 Bénéfices attendus pour les patients, les professionnels médicaux et les établissements

Pour les praticiens, la mise en place d'une GPECMT peut avoir deux avantages. Elle peut ainsi :

- faciliter d'une part leur gestion de carrière et de parcours professionnel, du fait d'une visibilité accrue sur les besoins en ressources médicales et perspectives de postes à court et moyen terme. Par ailleurs, si cette GPECMT est dans un premier temps de nature à sécuriser les parcours professionnels, elle peut par la suite également contribuer à les diversifier en leur donnant une dimension territoriale; et
- indirectement conduire au renforcement de leurs compétences d'autre part, voire leur « *employabilité* »¹⁰³ si cette notion peut être appliquée à des professionnels médicaux. Le nouveau contexte budgétaire et territorial dans lequel les hôpitaux publics évoluent poussent en effet les professionnels à l'adaptation et au développement de leurs compétences médicales, managériales et territoriales.

Parallèlement, la mise en place d'une GPECMT profiterait également, voire encore davantage, aux établissements publics de santé. Cinq bénéfices potentiels peuvent ainsi être envisagés :

- Une réduction de la concurrence « public-public » sur les ressources – et à terme sur l'activité : la mise en place d'une GPECMT doit ainsi « *permettre d'offrir des conditions d'emploi et de rémunération homogènes sur un même territoire, afin de réduire les effets pervers d'une concurrence entre établissements publics, mais également entre établissements publics et ESPIC* »¹⁰⁴.
- Une fidélisation accrue des internes effectuant leur internat sur le territoire de la subdivision universitaire, dans la mesure où une visibilité accrue sur les perspectives de carrière constitue un facteur important d'attractivité.
- Une réduction des dépenses d'intérim médical : dans le cas du CHRU de Nancy, l'économie potentielle pourrait s'élever à 200 000€ par an¹⁰⁵.
- Une amélioration de l'organisation de l'activité médicale sur le territoire : une gestion plus fine des ressources humaines médicales du territoire doit entraîner

¹⁰³ BARUEL-BENCHERQUI D., LE FLANCHEC A., MULLENBACH-SERVAYRE A., *Op. cit.*

¹⁰⁴ Cour des comptes, *Op. cit.*, page 112

¹⁰⁵ En 2017, le CHRU de Nancy aura pour la première fois recours à l'intérim médical, en anesthésie-réanimation, suite à la signature d'une convention d'intérim prenant effet le 1^{er} juillet 2017 pour 15 postes vacants. Le coût – 120 000€ pour 2017, pour un tendanciel de 200 000€ environ en année pleine – et en volume – 650 jours estimés, sur la base d'une rémunération de 650€ nets par jour – représentés par cet intérim demeurent pour l'instant relativement faibles.

une réflexion sur l'organisation territoriale de l'activité de soin et à terme une amélioration de l'efficacité des organisations du territoire, notamment par le biais d'une meilleure adéquation entre recettes générées par l'activité et répartition des ressources pour la réalisation de l'activité.

- Des effets « culturels » indirects : la GPECMT constitue en effet un support d'apprentissage¹⁰⁶ et un moyen de sensibilisation des personnels des hôpitaux concernés. Elle peut contribuer ainsi au rapprochement « culturel » entre les établissements du GHT d'une part et entre praticiens et gestionnaires d'autre part, par la sensibilisation des premiers aux problématiques RH des établissements.

Enfin, à terme, la mise en place d'une GPECMT bénéficiera surtout aux patients. La réduction du recours à l'intérim médical est ainsi de nature à améliorer la sécurité et la qualité des soins dispensés, du fait d'une meilleure connaissance par les praticiens des procédures et environnements des établissements dans lesquels ils pourraient être amenés à exercer. En outre, une meilleure répartition territoriale des praticiens permettrait la bonne mise en œuvre du projet médical partagé du GHT, faciliterait la structuration de filières de prise en charge, améliorerait l'accès à des plateaux techniques et pourrait engendrer à terme une meilleure réponse aux besoins de santé observés sur le territoire.

En tant que modalité avancée de coopération structurée à l'échelle d'un GHT, la GPECMT remplit ainsi les trois objectifs que l'ANAP assigne aux coopérations. En effet, l'Agence recense trois types de coopérations : les coopérations-filières, les coopérations-efficacité et les coopérations-isolement¹⁰⁷. Structurée sur la base des filières établies dans le cadre du PMP, cette GPECMT a vocation à accompagner la territorialisation des prises en charge. Déployée sur un GHT qui compte de nombreux petits établissements, elle a également vocation à rompre l'isolement de ces derniers. Enfin, alors que la CHRU de Nancy aura pour la première fois recours à de l'intérim médical, la GPEC de territoire doit améliorer l'efficacité des établissements en diminuant les dépenses d'intérim.

L'analyse stratégique de l'opportunité de déployer un dispositif de GPECMT fait donc apparaître un ratio bénéfices-risques positif. Une fois la décision prise, une phase plus complexe de mise en œuvre du dispositif s'est donc ouverte.

2.2 La mise en œuvre opérationnelle de la GPECMT : entre contraintes techniques et jeux d'acteurs

La mise en œuvre du dispositif et des choix arrêtés par les établissements du territoire s'est révélée complexe. Deux dimensions de toute gestion de projet ont pu être observées : une dimension technique et une dimension humaine.

¹⁰⁶ Etudiant plusieurs démarches de GPEC initiées dans des établissements du secteur médico-social, Stéphane Bellini constate ainsi « *qu'à plusieurs reprises les outils de GPEC deviennent support d'apprentissages c'est-à-dire que leur utilité ne tient pas aux outils eux-mêmes mais à la réflexion qu'ils permettent d'engager, à l'image de la démarche d'un établissement autour des fiches de postes* ». Et d'ajouter : « *Chaque fois, les apprentissages sont rendus possibles par un partage d'intérêts entre acteurs, pour qui la GPEC est devenue un objet de consensus plutôt que de conflits, puis par un partage de sens pour des acteurs perturbés par les évolutions de la législation.* », dans BELLINI S., *Op. cit.*, page 119

¹⁰⁷ Agence nationale d'appui à la performance, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales. Première partie*, pp. 22 à 27

2.2.1 Une démarche technique : utilité et complications techniques du recours au logiciel « Logimedh »

D'un point de vue technique, une démarche de GPEC peut être mise en œuvre grâce à une instrumentation variée mais repose toujours nécessairement sur un outil unique de suivi et de gestion – généralement Excel dans les établissements qui ont mis en place ce type de gestion prévisionnelle. Les acteurs du GHT Sud Lorraine ont donc rapidement souhaité mettre en place un outil commun de gestion, partagé, facile d'usage et anticipatif, à l'échelle du GHT dans un premier temps et pouvant être par la suite étendu à l'ensemble de la subdivision universitaire.

Dans la mesure où les établissements du GHT souhaitaient structurer rapidement leur politique de GPEC et où le budget commun – ou budget « G » – du GHT n'a pas été alimenté en 2017, l'idée de développer un tel logiciel en propre a été écartée. Ce choix est également facilité par le fait que le Centre national de gestion (CNG) a entrepris la création d'un outil de gestion des postes médicaux baptisé « Logimedh »¹⁰⁸ et accessible gratuitement. Le choix de recourir à Logimedh devait donc permettre un important gain de temps et d'argent.

2.2.1.1 Présentation et procédure de déploiement de l'appli Logimedh

Afin de pallier au caractère souvent artisanal et parfois très complexe des outils de gestion des ressources humaines médicales utilisés dans les établissements publics de santé, le CNG développe depuis 2014 – avec l'appui de l'ATIH et de plusieurs établissements situés en région Rhône-Alpes – une application web partagée entre les établissements publics de santé, les ARS et le CNG. A partir de la collecte de données issues de différentes bases¹⁰⁹, cette application « *permet un suivi des effectifs médicaux ainsi que des échanges dématérialisés et sécurisés de gestion des postes et des affectations des personnels médicaux entre les différentes structures locale (EPS), régionale (ARS) et nationale (CNG)* »¹¹⁰. L'appli Logimedh correspond donc à la fois à un infocentre, outil de suivi des données collectées, et à une base de données en soi, exploitable à d'autres fins que celle d'une GPEC.

Pour les établissements du GHT, l'intérêt de recourir à un applicatif national vient du fait que les référentiels de compétences et les descriptions d'emplois qui outillent la démarche ne sont pas trop sophistiqués et spécifiques à certains établissements du territoire ou aux situations individuelles rencontrées dans ces établissements¹¹¹. Pour le CNG, Logimedh présente de nombreux autres avantages, synthétisés dans le tableau suivant :

¹⁰⁸ Dont le brevet est aujourd'hui déposé à l'Institut national de la propriété industrielle (INPI).

¹⁰⁹ Voir les schémas explicatifs en annexe 5.

¹¹⁰ Document de présentation du CNG, Comité de pilotage Logimedh, 31 mars 2017.

¹¹¹ Sur ce sujet, voir DUBRION B., janvier 2011, « GPEC territoriale et évaluation du travail : essai d'analyse », *Gestion 2000*, pp. 77 à 91

Apports du logiciel Logimedh d'après la présentation du CNG	
Apports pour les établissements	Apports pour les GHT
<ul style="list-style-type: none"> - « <i>une vision globale des personnels médicaux dans chaque établissement public de santé</i> - <i>Un outil d'aide à la gestion</i> - <i>Une amélioration de l'organisation interne de chaque établissement</i> - <i>Une amélioration de la qualité des informations »</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Une démarche de mise en cohérence des données</i> - <i>Une démarche de standardisation des procédures dans les GHT avec l'utilisation d'une codification unique</i> - <i>Une démarche d'optimisation des ressources médicales et de suivi des personnels médicaux dans chaque GHT »</i> - <i>Une démarche de cartographie territoriale des ressources médicales</i>

Actuellement toujours expérimenté en région Rhône-Alpes, l'applicatif Logimedh devrait être étendu à l'ensemble des établissements publics de santé français d'ici 2020. Toutefois, afin d'accélérer la structuration de sa démarche de GPECMT, le GHT Sud Lorraine a demandé à figurer parmi les premiers établissements à déployer l'outil à titre expérimental, avec 37 établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, le CHU de Poitiers, le CHU de Bordeaux et le CHU de Lille.

Une fois cette demande acceptée, une collaboration entre le GHT Sud Lorraine et le CNG s'est structurée à partir de la procédure de déploiement élaborée par le Centre et sur la base d'échanges et de réunions régulières. L'appui procédural – présentation du projet aux directeurs des établissements du GHT et de l'outil aux utilisateurs, formation des utilisateurs de Logimedh à l'initialisation de l'outil et au traitement de cas pratiques – et technique – hébergement sécurisé des données, mise à disposition de l'applicatif à titre gratuit, futur guide en ligne de l'utilisation de Logimedh, etc. – du CNG a ainsi permis d'engager le déploiement de Logimedh et d'initier les premières démarches de recensement et de cartographie.

2.2.1.2 Complications techniques et craintes des établissements

Le choix de recourir à un outil non directement développé par les établissements du GHT a toutefois eu quelques contreparties, suscitant l'inquiétude de plusieurs représentants du GHT Sud Lorraine.

La première source d'inquiétude est venue de la nouvelle charge de travail, relativement conséquente et peu mise en avant par le CNG, liée au déploiement de Logimedh. En effet, préalablement à la première utilisation de l'applicatif, les établissements du GHT ont dû :

- identifier des référents/gestionnaires dans chaque établissement ;
- réaliser une cartographie des systèmes d'information, et notamment des logiciels RH, utilisés au sein du GHT afin de vérifier leur compatibilité avec Logimedh ;
- s'assurer de la possibilité technique d'interfacer Logimedh avec le logiciel RH de chaque établissement ; et
- suivre finalement cinq dernières étapes de lancement identifiées par le CNG et présentées à l'annexe 5.

Cette phase de mise en place de l'outil fut compliquée. De nombreuses modifications ont dû être effectuées manuellement. Il a également fallu convertir les demi-journées de

travail utilisées au CHRU pour comptabiliser le temps de travail médical en ETP statutaire. Enfin, au-delà de cette phase d'initialisation, la question de la mise à jour des informations en routine a suscité la crainte de mises à jour manuelles, ce qui n'aurait pu avoir lieu qu'à intervalles très espacés étant donné le nombre de praticiens exerçant au sein des établissements du GHT Sud Lorraine. Cette crainte a finalement été partiellement levée par le CNG.

Néanmoins, le sujet qui a suscité la plus vive inquiétude parmi les représentants du GHT concerne la sécurité, la confidentialité et l'accès aux données rassemblées dans la base Logimedh. Bien que le CNG précise dans sa présentation de Logimedh que « *l'axe sécurité est au centre des préoccupations du projet LOGIMEDH* »¹¹² et décline plusieurs garanties¹¹³ de nature à rassurer les acteurs s'engageant dans la démarche – au premier rang desquelles l'impossibilité pour le CNG et les ARS d'accéder aux données nominatives des praticiens –, celles-ci n'ont pas suffi à lever les doutes des établissements. Les deux principales réserves formulées par ces derniers ont ainsi tenu :

- au risque que ces données deviennent des données publiques ; et
- au risque que les autorités de tutelle puissent accéder à certaines informations, telles que celles relatives aux postes de praticiens contractuels, dont les ARS ne disposent pas actuellement.

D'abord technique, cette question est rapidement devenu un enjeu politique. Des oppositions de fond, mais également parfois de principe, sont apparues. Elles se sont structurées autour d'un clivage établissements/tutelles et ont concerné l'utilisation qui pourrait être faite de ces données par l'un ou l'autre des acteurs concernés. Le maintien d'un niveau d'accès « ARS » dans Logimedh a ainsi à certains moments de la démarche pu être brandi comme de nature à mettre fin à l'expérimentation de Logimedh en Lorraine. Sur ce point, il est possible d'affirmer à la suite de Weick, que « *les outils ont dépassé leurs seules vocations fonctionnelles pour structurer les rôles et doter les outils d'un attribut symbolique* »¹¹⁴. Comme le rappelle finalement un représentant de la communauté médicale du GHT, « *l'outil est politique* ».

Au moment de déployer un outil commun à autant d'établissements, un travail de pédagogie doit donc être mené afin d'insister sur la séparation entre l'outil de gestion d'une part et la démarche globale d'autre part. La mise en place d'un outil de GPEC est en effet autant un processus technique qu'humain. Comme le rappelle Stéphane Bellini, « *le regard sociopolitique sur les outils de gestion signale la présence de jeux d'acteurs (Crozier et Friedberg, 1977) et de rapports sociaux dans la dynamique d'appropriation et plus spécialement autour de la mise en place des outils de gestion. Les acteurs ont des comportements stratégiques et utilisent leurs ressources pour peser autant sur le contenu des outils que sur la manière de les installer (Eyraud, 2013)* »¹¹⁵.

Cette analyse en termes de jeux d'acteurs, totalement vérifiée dans les débats et négociations ayant finalement abouti au déploiement prochain de Logimedh sur le territoire du GHT Sud Lorraine, se retrouve également dans la démarche humaine de structuration d'une politique de GPEC.

¹¹² Document de présentation du CNG, Comité de pilotage Logimedh, 31 mars 2017.

¹¹³ La liste exhaustive figure en annexe 5.

¹¹⁴ Cité dans BELLINI S., *Op. cit.*, page 121

¹¹⁵ *Ibid.*, page 108

2.2.2 Une démarche humaine : mener à bien un projet stratégique à l'échelle d'un GHT

La structuration d'une démarche commune de gestion de la démographie médicale et la mise en place d'une GPECMT ont fait émerger deux difficultés liées à la mise en place d'un projet stratégique à l'échelle d'un GHT. La première tient à la gestion du nombre dans un cadre GHT. La seconde correspond à la difficulté de surmonter les postures des acteurs, nombreux à intervenir dans la gestion de la démographie et des ressources humaines médicales.

2.2.2.1 Gérer la pluralité et faire valider la démarche dans toutes ses dimensions : un long processus

La question du périmètre pertinent pour mener la démarche – en termes de territoire comme d'acteurs à impliquer – s'est rapidement posée. En effet, plus le nombre d'acteurs impliqués dans un projet est élevé, plus celui-ci est complexe. S'agissant de la gestion de la démographie médicale, cette question est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un sujet qui fait déjà *de facto* intervenir un nombre conséquent d'acteurs. Gérer la pluralité revient à trouver le moyen d'inclure systématiquement l'ensemble des acteurs concernés sans alourdir démesurément le processus de prise de décision et donc sans ralentir le projet.

Dans un premier temps, il a donc été décidé de restreindre la démarche au seul GHT Sud Lorraine. Le nouveau cadre normatif rendait légitime la structuration d'une démarche à l'échelle de la subdivision universitaire. Néanmoins, la complexité de ce projet innovant de GPECMT et la position relativement prudente du CNG sur le sujet ont conduit à écarter une solution qui aurait obligé à recueillir dès les premières phases de mise en œuvre l'accord de 44 établissements¹¹⁶ et retardé considérablement la mise en place de la GPECMT.

Dans un second temps, la décision de mettre en place une GPECMT devait recueillir l'accord des représentants des établissements, des instances représentatives du personnel et de la communauté médicale. Cette difficulté, inhérente au modèle de GHT aujourd'hui mis en place, avait pourtant été rapidement identifiée et avait nourri les débats sur la personnalité morale unique et sur les instances des nouveaux groupements. Comme le rappelle Clément Triballeau, « *il est rapidement apparu qu'aux instances des établissements, déjà nombreuses, allaient se surajouter les instances du GHT (...). Or, l'expérience des directions et des praticiens partagés ayant des responsabilités institutionnelles avait déjà montré le caractère chronophage de ce type d'exercice* »¹¹⁷. A titre indicatif, à raison d'une validation par les CTE, CHSCT, CSIRMT/CME, directoire et conseil de surveillance de chaque établissement d'un même GHT ainsi que par les instances du GHT, un projet stratégique ayant un impact sur les ressources humaines du territoire devrait, dans le cadre du GHT Sud Lorraine, être validé par 57 instances¹¹⁸ avant de pouvoir être mis en œuvre. L'organisation d'une telle procédure d'accord formel nécessiterait *a minima* plusieurs mois et alourdirait considérablement la gestion des projets territoriaux justement encouragés par la création des GHT. Pour contourner ce

¹¹⁶ Les 5 GHT de la subdivision universitaire comptent 44 membres en cumulé.

¹¹⁷ TRIBALLEAU C., 2016, *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion. Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 95p, p20

¹¹⁸ (CTE + CHSCT + CME ou CSIRMT suivant le cas + directoire + conseil de surveillance) x11 établissements + COSTRAT du GHT + CSIRMT ou collège médical du GHT = 57 instances

problème, l'accent a donc été mis sur la dimension analytique de l'outil et non sur les potentielles conséquences de son déploiement en termes de réorganisation. Cette stratégie a permis de se limiter à l'obtention de l'accord des directions et représentants de la communauté médicale du GHT.

Enfin, le périmètre de déploiement de la GPECMT a également été circonscrit en termes de spécialités et de filières de soins concernées. Si l'ensemble des praticiens des établissements du territoire a été intégré à Logimedh, plusieurs spécialités – l'imagerie, l'anesthésie-réanimation, la cardiologie – ont été choisies comme spécialités « test » pour évaluer les potentialités et les premiers résultats de la démarche. Cette priorisation a semblé de nature à accélérer encore l'obtention des premiers résultats espérés de la démarche de GPEC.

Une fois les périmètres géographiques et médicaux de la démarche fixés, la mise en place de la GPEC a été structurée suivant le schéma classique d'un projet : élaboration d'un calendrier, définition des modalités de validation en instance, etc. Un groupe de travail dédié à la GPEC comprenant le PCME du CHRU, le président du collège médical, le directeur des coopérations du CHRU et le DRH/DAM du CHRU a ainsi été constitué. Réuni plusieurs fois, il fut responsable du suivi du projet et de sa bonne mise en œuvre. Incluant des représentants de la communauté médicale et des équipes de direction de plusieurs établissements du GHT, il a notamment travaillé en lien direct avec le CNG.

Il est toutefois à noter que, sur le territoire du GHT Sud Lorraine, la réflexion autour de la gestion de la démographie médicale et la démarche de GPEC territoriale qui l'accompagne ont été adossées au projet médical partagé. Elles en constituent un volet à part entière, au même titre que les filières médicales. L'inclusion de volet GPEC dans le PMP du GHT souligne à la fois l'importance de l'enjeu et la mobilisation des acteurs hospitaliers sur le sujet. Surtout, elle permet de faire valider la démarche par la communauté médicale du territoire au moment de l'adoption du projet médical partagé.

2.2.2.2 Mobiliser et surmonter les postures et jeux d'acteurs : mission impossible ?

Au moment de mettre en place un projet de cette ampleur impliquant de nombreux acteurs, la question de la mobilisation – et plus indirectement du sens – est essentielle. Comme l'indique Stéphane Bellini, « *plusieurs établissements ne s'engagent pas dans la GPEC en raison du faible sens qu'ils y perçoivent. D'autres utilisent la GPEC comme un cadre global permettant de traiter de problèmes qu'on pourrait qualifier de minuscules au regard de l'ambition initiale portée par le concept de GPEC : alors que la GPEC pose dans ses principes l'anticipation à un horizon de moyen terme et une approche globale de l'organisation, les acteurs la reconfigurent pour y faire entrer des sujets à un horizon de court terme, selon une approche parfois très localisée: service comptable, anticipation de certains départs en retraite...* »¹¹⁹. De la même manière, pour Benjamin Dubrion, « *la GPEC-T doit être partagée par tous les acteurs. A défaut, le danger serait de tomber dans un système de gestion qui fasse prévaloir les intérêts d'une catégorie d'acteurs sur les autres, au risque d'élaborer un système instable et non viable à terme.* »¹²⁰

Pour éviter de tels écueils, il est primordial de « *s'efforcer de les rendre favorables au déploiement d'une GPEC par une implication des acteurs dans les démarches. Le travail d'ingénierie consistera à définir les formes de l'implication des acteurs au regard de*

¹¹⁹ BELLINI S., *Op. cit.*, page 119

¹²⁰ DUBRION B., *Op. cit.*, page 90

l'analyse des situations »¹²¹. Une dynamique d'appropriation de l'outil de GPEC est également essentielle, voire une condition sine qua non pour dépasser le stade de la genèse. Or, la gestion de la démographie médicale et des ressources humaines médicales est un enjeu hautement stratégique. Il cristallise de ce fait des oppositions et des enjeux de pouvoirs autour desquels se structurent des jeux d'acteurs existant indépendamment de tout rapport hiérarchique¹²².

Ces enjeux et jeux de pouvoir quant à la maîtrise de la GPEC médicale mise en place sont intervenus dès le début du projet, au moment d'en définir le périmètre et les outils. Ils ont été source de blocages. Ainsi, alors que la DGOS n'a pas encore clairement pris position sur le sujet – et ne souhaite peut-être pas le faire –, le CHRU de Nancy, l'ARS et les facultés se considèrent tous comme l'acteur le plus légitime pour piloter la démarche de GPECMT. Chacun a ses raisons. Le CHRU est fort de la rédaction du décret du 27 avril 2016. L'ARS se considère légitime de par son rôle reconnu de garant de l'organisation territoriale des soins. Les facultés mettent en avant le fait qu'elles forment les praticiens et que le lien avec la formation est le socle d'une GPEC efficace. Ces débats ont permis d'apprécier les dimensions symbolique et sociopolitique du projet.

Le niveau ARS a ainsi par exemple particulièrement cristallisé les tensions exprimées par la communauté médicale, représentée notamment par le président de la CME du CHRU de Nancy et par le président du collège médical du GHT Sud Lorraine. Bien que l'ARS soit dans les faits déjà responsable des autorisations d'ouverture de postes sur le territoire, sa présence dans le dispositif a été perçue comme intrusive, voire comme une ingérence, ce qui a été répété à plusieurs reprises.

Plusieurs moyens ont été utilisés pour lever les craintes exprimées, réelles ou affichées. En premier lieu, un dialogue nourri et presque continu a permis de progressivement parvenir à des points de compromis sur le rôle de chacun dans le dispositif. Ces échanges se sont matérialisés dans la proposition de création d'une cellule de pilotage du projet de GPECMT, réunissant largement tous les acteurs concernés autour du suivi, de la gestion technique et des orientations stratégiques futures de la GPEC. Enfin, et bien que la confiance mutuelle soit le socle de ce partenariat élargi, un projet de convention relative à cette démarche a été rédigé. Cette convention permettra d'entériner formellement les accords de compromis trouvés par les acteurs. Elle permettra également de clarifier plusieurs points techniques relatifs à l'utilisation de l'appli Logimedh et à l'utilisation et la protection des données qu'il contient.

Rapidement validée comme réponse pertinente aux difficultés de démographie médicale rencontrées par les établissements du GHT Sud Lorraine, la mise en place d'une démarche de GPECMT consacre l'élaboration d'une réponse commune et la structuration d'une stratégie de groupe public. Appuyée sur une analyse bénéfices-risques positive, cette démarche stratégique a toutefois été complexe à mettre en œuvre. Cette difficulté a permis d'illustrer les difficultés techniques et humaines pouvant freiner tout projet territorial stratégique. Elle a néanmoins également permis de constater qu'un appui extérieur, un travail de mobilisation des acteurs vers un objectif commun et une approche par étapes peuvent constituer de puissants leviers pour mettre en œuvre de tels projets.

¹²¹ BELLINI S., *Op. cit.*, page 124

¹²² CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1977 Paris : Editions du Seuil, 445p

3 Perspectives et propositions d'évolution de la politique de GPECMT en structuration dans le GHT Sud Lorraine

Il est encore trop tôt pour présenter les premiers résultats et tirer un vrai bilan chiffré de la démarche engagée. Malgré tout, plusieurs perspectives, élaborées à partir du diagnostic territorial établi au fil du mémoire et des échanges avec les interlocuteurs et la direction du CHRU de Nancy, dessinent déjà partiellement l'avenir du dispositif, dont pérennisation, enrichissement et extension semblent être les maîtres-mots.

3.1 Utiliser et pérenniser la démarche engagée

3.1.1 Mettre à profit les données collectées

3.1.1.1 Croiser les données tirées de la démarche de GPECMT avec d'autres données pertinentes pour le territoire

Le premier objectif de la démarche de GPEC est de réaliser trois cartographies :

- Une cartographie des postes de praticiens existant actuellement dans les établissements du GHT ;
- Une cartographie des besoins médicaux des établissements membres du GHT, par établissement et par spécialité, aujourd'hui et à 5 ans ;
- Une cartographie des ressources médicales présentes sur le territoire du GHT et qui seront disponibles à 5 ans.

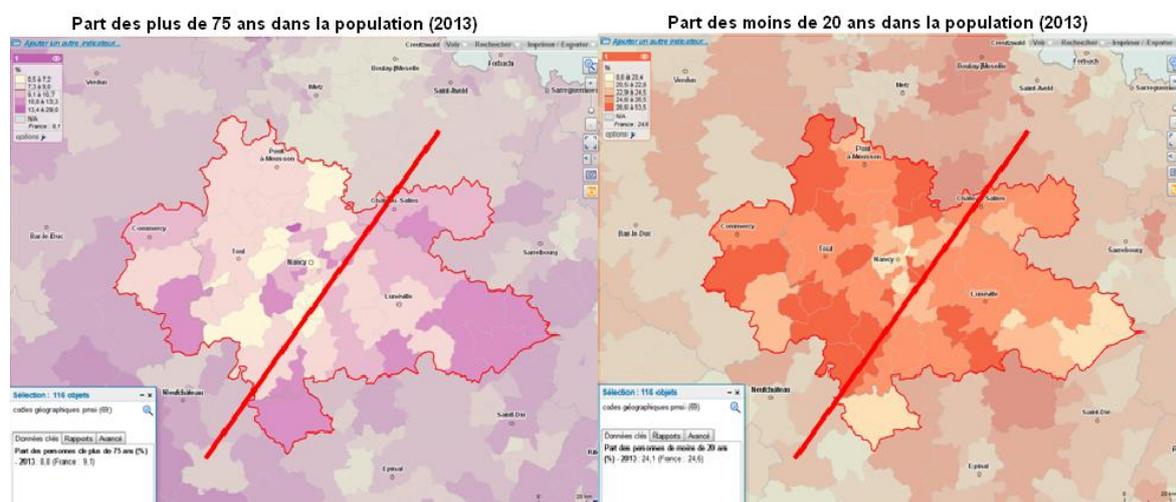
Cette démarche doit permettre l'identification des points de rupture existant entre la cartographie des ressources – tant en terme d'effectifs que de permanence des soins – et le développement des projets retenus dans le projet médical. Elle doit également permettre l'identification des profils professionnels souhaités et des compétences disponibles ou à rechercher pour mettre en œuvre le projet médical partagé du GHT ainsi que des profils professionnels à encourager. Dans les deux cas, l'horizon de cinq ans a été retenu d'une part car les prévisions de plusieurs institutions – DREES, Ordre – permettent de se projeter à cette échéance et d'autre part car cet horizon correspond à la fin des premiers médicaux partagés de GHT.

Du fait des différents obstacles et freins présentés dans ce mémoire, les cartographies n'ont pas encore été produites et ne peuvent donc ni être discutées ni faire l'objet de recommandations. Néanmoins, et par anticipation, il est possible d'envisager dès maintenant l'utilisation qui pourra être faite à terme de ces cartographies.

La démarche de GPEC initiée peut être limitée à l'adéquation entre besoins et ressources, sans développer de vision prospective et stratégique pourtant intrinsèquement liée à toute démarche de ce type. Néanmoins, limiter l'analyse à une lecture statique des résultats obtenus tiendrait de la gageure. L'objectif de la démarche ne peut en effet pas être seulement de maintenir en l'état l'ensemble de l'offre actuellement proposée par chacun des établissements présents sur le territoire du GHT.

Les cartographies obtenues doivent donc être croisées avec d'autres cartographies territoriales, telle que celle présentant la population présente sur le territoire du GHT. Une analyse démographique, illustrée par les cartes ci-dessous, montre en effet un territoire pouvant être divisé en deux : à l'Ouest de la ligne rouge, la population est relativement jeune ; à l'Est, elle est plus âgée. De fait, les besoins diffèrent d'une extrémité à l'autre du

GHT. De même, une cartographie croisant les ressources humaines médicales du territoire et la répartition de l'activité par spécialité ou filière sur le territoire permettrait également de faire évoluer l'offre de soins, par une mise en adéquation des ressources avec les activités proposées, voire des activités avec la répartition géographique des ressources humaines médicales. La réalisation de ces cartographies nécessite toutefois l'implication des directions des ressources humaines des établissements du GHT ainsi que de la direction de l'appui à la performance du CHRU de Nancy.



Enfin, croiser la cartographie des ressources humaines médicales avec une cartographie des volumes d'activité réalisés et du poids de chaque établissement dans différentes spécialités médicales permettrait par ailleurs d'identifier les secteurs – géographiques et médicaux – dans lesquels les ressources humaines médicales sont les plus productives. La GPEC peut donc à terme servir de préalable à une cartographie de la productivité au sein du GHT Sud Lorraine, alors mêmes que les professionnels médicaux sont parfois très réticents à cette idée. L'historique des débats au CHRU de Nancy quant à la mise en place d'indicateurs permettant le suivi de l'activité de chaque praticien en témoigne.

3.1.1.2 Adapter à terme le projet médical partagé du GHT et la politique de recrutement des praticiens

A terme, les données obtenues par les cartographies permettront de faire évoluer les objectifs, axes ou filières de prise en charge identifiés dans le projet médical partagé du GHT. Un lien fort existe en effet entre les résultats de la démarche de GPEC et le PMP. Outre le fait que le PMP inclut une dimension GPEC, PMP et GPEC reposent tous deux sur l'état actuel de l'offre et ont vocation à influencer sur cette offre. A terme, l'analyse en termes de GPEC peut influencer sur l'évolution future du PMP, au même titre que les besoins de santé observés sur le territoire. Le PMP se situera donc au milieu de deux influences : une influence exercée par la demande et une influence exercée par l'offre de soins. De cette double influence naîtront les filières de soins.

En outre, les résultats obtenus par la démarche de GPEC peuvent également avoir des effets sur la déclinaison opérationnelle du PMP. En effet, suivant les ressources recensées sur le territoire aujourd'hui ou estimées à moyen terme ainsi que les objectifs affichés par le PMP, il sera possible de privilégier une organisation des soins et de

l'activité ou un modèle d'organisation territoriale des équipes – équipes médicales communes, FMIH, pôles inter-établissements, etc.¹²³ – plutôt qu'une autre.

Enfin, les résultats de la démarche de GPEC doivent conduire à engager une réflexion sur la politique de recrutement des praticiens au sein des établissements du GHT. La mise en adéquation des ressources et des besoins passe en effet nécessairement par la coordination – en lien avec chaque établissement – des actions de recrutement, de mobilité et de partage de temps médical. Bien qu'il semble difficile d'aller au-delà de l'adoption d'une charte de bonnes pratiques pour définir sur un territoire des plafonds et planchers de rémunération des nouveaux praticiens recrutés ou de l'initiation d'une démarche d'harmonisation d'un petit noyau de règles¹²⁴, cette coordination est par ailleurs un préalable à la mise en place d'outils, de modalités et de processus de recrutement et de gestion de carrière communs.

3.1.2 Pérenniser la démarche

3.1.2.1 Mettre en place une cellule territoriale de gestion de la démographie médicale

La pérennisation de la démarche pourrait reposer sur la création d'une cellule territoriale de GPECMT. Lieu de concertation et de coordination des acteurs, cette cellule, hébergée par l'établissement support du GHT et par le CHU de référence en cas d'extension de la démarche, constituerait un dispositif neutre d'appui pour chaque établissement membre du GHT en amont et en aval de chacune des démarches liées à la gestion des compétences médicales. Elle serait le socle de l'organisation de la nouvelle mission dévolue par la LMSS aux CHU de référence.

La mission de cette cellule territoriale de GPECMT serait double. Elle constituerait d'une part en une veille sur les situations individuelles des praticiens qui justifieraient des mesures urgentes (ex : départ inopiné fragilisant une filière de soins) et en la réalisation des cartographies, à partir de l'alimentation et de l'utilisation de Logimedh. Elle serait d'autre part également responsable de la mise en adéquation par concertation régulière avec les établissements et spécialités, des ressources existantes ou potentielles avec les besoins actuels ou futurs constatés.

Du fait de la sensibilité et de la dimension stratégique du sujet à traiter, cette cellule territoriale de GPECMT pourrait être constituée de deux niveaux : un niveau « politique » de pilotage de la démarche réunissant l'ensemble des acteurs concernés et un niveau « opérationnel » de réalisation.

¹²³ Ces dispositifs sont encore relativement peu développés aujourd'hui. D'après l'étude « Coopérations et GHT » réalisée en 2017 par la conférence des directions des affaires médicales de CHU, les équipes médicales territoriales communes sont loin d'être généralisées. Seuls 8 CHU utilisent des FMIH et 12 annoncent des équipes médicales communes, le plus souvent concernant les urgences, l'imagerie et la cardiologie. Les transferts de postes sont également rares. Seuls 3 CHU mentionnent cette possibilité dans le PMP (dont le CHRU de Nancy). Enfin, les pôles inter-établissements sont également peu développés : 4 CHU en ont mis un ou plusieurs en place et 3 autres y réfléchiraient.

¹²⁴ L'expérience de la structuration d'un premier niveau de coopération autour du CHU de Dijon est notamment décrite dans G. CALMES et ali, 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, 126p.

Proposition de composition de l'instance « politique » de la cellule	
Membres décisionnaires	Membres invités
<ul style="list-style-type: none"> - Le président de la CME du CHU de référence (ou son représentant) ; - Le directeur du CHU de référence (ou son représentant) ; - Le directeur de l'établissement support du GHT (ou son représentant) ; - Le président du collège médical du GHT (ou leurs représentants respectifs) ; - Le président du comité stratégique du GHT (ou son représentant) ; - Le doyen de la faculté de médecine (ou son représentant) ; - Le doyen de la faculté d'odontologie (ou son représentant) ; et - Le doyen de la faculté de pharmacie (ou son représentant). 	<ul style="list-style-type: none"> - Un membre représentant de chacune des filières de soins identifiées dans au moins un des projets médicaux partagés des GHT du ressort universitaire ; - Un ou plusieurs représentants des assistants à temps partagés du territoire ; - Un ou plusieurs représentants des internes et étudiants externes du territoire ; - Un ou plusieurs représentants de la commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers (CRP) de l'ARS ; et - Un ou plusieurs représentants de l'observatoire régional de santé (ORS).

Ce niveau politique, qui devra être inclus dans le schéma des coopérations CHU-GHT, prendrait la forme d'une commission institutionnelle de prospective médicale et serait co-animé par le président de la CME du CHU de référence, le président du collège médical du GHT et le directeur de l'établissement support. L'instance politique pourrait se réunir en séance plénière au moins deux fois par an pour assurer le suivi des travaux de la cellule. Elle pourrait également créer un bureau pour assurer le fonctionnement courant de la cellule ainsi que le secrétariat de la commission.

Quant au niveau opérationnel, il prendrait appui sur les représentants de la communauté médicale, sur la direction des affaires médicales de l'établissement support et sur des groupes de travail constitués de représentants des spécialités médicales concernées par la démarche.

La cellule territoriale de GPEC médicales n'a pas vocation à se substituer aux directions des affaires médicales ou des ressources humaines des établissements membres du GHT, ni à intervenir directement sur la pertinence du PMP du GHT. Néanmoins, celle-ci pourrait se voir confier plusieurs missions et compétences :

Missions de la cellule territoriale de GPECMT envisagée	
Au niveau « politique »	Au niveau « opérationnel »
<ul style="list-style-type: none"> - valider les cartographies des compétences médicales disponibles et recherchées et assure leur mise à jour annuelle ; - approuver le bilan annuel de l'action de la cellule GPEC territoriale ; - s'informer des conventions de coopération au regard de leur cohérence avec les projets médicaux partagés. 	<ul style="list-style-type: none"> - assurer la bonne coordination des acteurs au regard des ressources et besoins identifiés sur le territoire correspondant à la subdivision universitaire ; - apporter un appui juridique dans la structuration des coopérations induisant un partage de compétences ; - apporter un appui méthodologique dans les démarches de recherche de compétences médicales, de gestion de carrière et de formation ; - rendre compte de son activité à l'instance « politique » ainsi qu'au comité stratégique du GHT ainsi qu'à l'ARS

Il pourrait même être envisagé de dédier des ressources en propre à la cellule. En effet, dans un premier temps, correspondant à sa mise en place, la cellule pourrait disposer à temps plein d'un chargé de mission et d'un adjoint des cadres, ainsi que de 0,2 ETP d'assistant administratif. Ces personnes seraient chargées d'apporter l'assistance technique et administrative nécessaire à la réalisation des missions de la cellule. Sur longue période, les moyens humains nécessaires au fonctionnement de la cellule et qui lui seraient consacrés devraient toutefois être validés par les établissements membres du GHT. Au regard des moyens envisagés, le coût annuel de fonctionnement de la cellule serait de 130 000€¹²⁵.

Le financement de ce dispositif pourrait dans un premier temps incomber au seul CHRU de Nancy, établissement support du GHT, premier budget du GHT et établissement le plus concerné par une optimisation de la gestion des ressources humaines médicales. Néanmoins, cette dépense semble être de nature à être imputée sur les nouveaux budgets « G » des GHT et donc à être *de facto* proratisée entre les établissements du GHT Sud Lorraine sur la base de la clé de répartition fixée à l'échelle nationale¹²⁶. En cas de désaccord sur ce point, une autre solution peut être d'organiser la prise en charge de la dépense au prorata des effectifs médicaux seniors (hors sages-femmes et étudiants et internes) recensés dans chacun des établissements concernés.

3.1.2.2 Exploiter l'investissement technique correspondant au déploiement de Logimedh en exploitant ses potentialités par la création d'un « écosystème Logimedh »

La pérennisation de la démarche implique également la pérennisation de l'outil qui est à sa base, à savoir l'applicatif Logimedh. Sous réserve de la qualité des premiers résultats obtenus, il serait en effet inopportun de remettre en cause un outil dans lequel tant de temps et d'énergie ont été investis, sur le territoire du GHT comme au CNG durant son développement. Ce constat se vérifie d'autant plus que l'applicatif doit être déployé sur l'ensemble du territoire national d'ici 2020 et que la DGOS a déjà mis en place un comité de suivi du déploiement. En tant qu'établissement support GHT, le rôle du CHRU de Nancy est donc de « faire vivre » cet outil. Trois moyens peuvent être identifiés pour ce faire.

En premier lieu, l'obtention des premiers résultats une fois la base Logimedh alimentée doit permettre au CHRU de Nancy ainsi qu'à l'ensemble des établissements du GHT de devenir force de proposition concernant l'évolution de l'applicatif et profiter ainsi de son statut de « primo-adoptant » pour transmettre ses remarques au CNG avant finalisation de l'applicatif. Les échanges et remontées d'expériences des établissements pilotes de la région Rhône-Alpes ont ainsi par exemple déjà conduit à plusieurs évolutions fonctionnelles du logiciel : décomposition des postes, affectations secondaires, structure interne étendue, etc.

Adopter cette position nécessite de réussir à mobiliser autour de l'outil. En effet, « *la conception d'un outil n'est pas à elle seule un indicateur de son appropriation puisque cet outil ne dit rien ni de sa mise en œuvre ni de ses effets. Les acteurs en ont eux-mêmes conscience puisque plusieurs d'entre eux ont mis en œuvre des tableaux prévisionnels d'effectifs et ont pu en constater leur faiblesse prédictive : l'outil suppose une stabilité*

¹²⁵ 60 000€ pour 1 ETP de chargé de mission, 40 000€ pour 1 ETP d'adjoint des cadres, 6 000€ pour 0,2 ETP d'assistant administratif et 24 000€ de dépenses hôtelières et générales.

¹²⁶ Dans ce cas, la contribution du CHRU de Nancy ne représenterait plus que 74% de la dépense totale.

dans la durée à la fois de l'activité, du personnel, du périmètre, de l'organisation et de la politique d'emploi (externalisation ou internalisation), ce qui relève de la fiction ». Pour autant, « très souvent, [les outils] facilitent l'engagement dans la GPEC : à partir du mode opératoire à construire (qui fait quoi et comment ?), ils peuvent devenir un outil de dialogue et de convergence des représentations. Dans ce cas, c'est bien en tant que support de ces dynamiques qu'ils sont intéressants et non pour les fonctions qui leur sont attribuées. (...) L'examen du choix des outils par les acteurs montre encore que ni les caractéristiques techniques des outils mobilisés, ni les contextes internes ou externes, ni les configurations organisationnelles dans lesquelles ils s'intègrent (notamment appartenance à une association nationale ou non) n'apportent d'explication au processus conduisant des individus à s'emparer des outils. » Il convient alors de « réintégrer l'acteur dans l'analyse du déploiement des dispositifs » car « plus que la fiabilité des outils, les dimensions humaines à l'œuvre dans une démarche de GPEC sont des facteurs de succès ». « C'est alors à ces dimensions qu'il faut accorder une attention soutenue, plus qu'à la seule instrumentation censée produire des effets par elle-même. »¹²⁷

Pour assurer cette mobilisation, le CNG a proposé deux évolutions, qui aboutissent à la structuration progressive d'une « écosystème Logimedh ». La première tient à la structuration d'un réseau de correspondants Logimedh, qui rassemblerait l'ensemble des utilisateurs de l'applicatif à une échelle territoriale à déterminer. Animé par le CNG qui aurait également la mission de créer des ressources accessibles via Logimedh à l'attention de ces référents, le réseau serait en charge de faire vivre le dispositif. Une formation de l'ensemble des référents, désignés directement par les établissements en leur sein, est également prévue par le Centre.

La seconde évolution, source de mobilisation et donc de pérennisation de l'outil, correspond à un processus global de création de nouveaux outils pouvant exploiter les potentialités ouvertes par les bases constituées dans Logimedh. Comme l'indique en effet le Centre, « afin de tirer le meilleur parti de Logimedh, le CNG a commencé un processus de labélisation des prestations et des outils complémentaires des partenaires commerciaux » associés à la diffusion de Logimedh.

Il conviendra dès lors, en lien avec le CNG, de soutenir au sein des GHT – voire en dehors, chez des prestataires privés – les initiatives visant à favoriser le développement d'outils spécifiques d'aide à la décision ou de gestion courante des ressources humaines médicales. A titre d'exemple d'outil potentiellement lié à Logimedh, les élections de renouvellement d'une CME pourraient être organisées à partir des bases Logimedh, qui pourrait constituer tant un moyen d'arrêter les listes électorales qu'une modalité de vote en ligne. Comme l'indique le CNG, il peut également être envisagé d'utiliser Logimedh pour gérer les temps médicaux ou créer une bourse territoriale à l'emploi.

¹²⁷ Toutes les citations de ce paragraphe sont extraites de BELLINI S., *Op. cit.*

3.2 Enrichir et étendre la démarche, en attendant d'éventuelles évolutions systémiques dans la gestion territorialisée de la démographie médicale

3.2.1 Enrichir la démarche

3.2.1.1 Anticiper le passage d'une logique quantitative de GPEC à une approche en termes de GPMC et de projets professionnels

Alors que la GPEC est relativement unidimensionnelle et orientée dans une perspective quantitative, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) intègre une réflexion en termes de métiers. Cette notion de métier doit être entendue comme « *un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme* »¹²⁸.

Dans le cadre de la structuration des GHT, de la mise en place de filières de prise en charge et de l'organisation d'une gradation des soins, plusieurs métiers sont amenés à évoluer, à naître ou à disparaître, entraînant de fait des transferts de compétences entre professionnels médicaux. Un exemple de ces évolutions se trouve dans le développement de métiers de coordination territoriale médicale. Celui-ci nécessitera des compétences nouvelles, aujourd'hui peu enseignée aux nouveaux professionnels.

Le métier diffère donc du poste. Or, quand la GPEC mise en place sur le territoire du GHT Sud Lorraine s'intéresse principalement à la gestion des postes et à l'adéquation des ressources et des besoins, une politique de GPMC permet de réfléchir en termes de métier. Cette nouvelle approche conduit à envisager l'évolution des compétences requises pour chaque métier. Il est sera ainsi primordial de passer rapidement d'une gestion des postes à une gestion des métiers médicaux. Cette évolution ne sera pas évidente, tant la GPMC est aujourd'hui difficilement mise en œuvre s'agissant des personnels relevant pourtant de la fonction publique hospitalière dont la gestion statutaire est réputée plus facile.

En effet, les dispositifs de GPMC aujourd'hui mis en œuvre dans les établissements n'incluent généralement pas les médecins. Si la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 a bien instauré une obligation de développement professionnel continu (DPC) pour chaque praticien, celle-ci est souvent laissée à la libre appréciation de ces praticiens sans être véritablement pilotée par l'institution dans une perspective stratégique de redéploiement des compétences acquises à une échelle territoriale élargie. Cette absence de pilotage stratégique est problématique à l'heure où les établissements tentent de structurer une gradation des soins à partir de plusieurs niveaux de prises en charge. Les niveaux de proximité, de recours et de référence ainsi que la coordination des parcours patients nécessitent en effet chacun des compétences techniques, humaines, voire

¹²⁸ Définition de la notion de « métier » donnée par la DHOS (aujourd'hui, DGOS) et citée à la page 3 du rapport dit « Berland », relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, intitulé « Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », remis au Gouvernement en janvier 2011.

administratives distinctes. Elle pose également question à un moment où les établissements de santé – au premier rang desquels le CHRU de Nancy – tentent d’impliquer davantage les médecins dans la gestion courante et les décisions stratégiques des établissements.

Outre cette absence de pilotage stratégique du DPC, l’application d’une démarche de GPMC territoriale aux ressources humaines médicales est également confrontée à la question complexe de la valorisation inter-organisationnelle des compétences individuelles¹²⁹. Toute démarche de GPMC repose en effet sur la nécessité d’évaluer les compétences d’un individu au regard des attendus de l’institution dans laquelle il évolue. Or, il semble difficile de faire reconnaître par plusieurs établissements un niveau de compétence individuel validé initialement dans un seul établissement.

Espace de concertation, la cellule territoriale de GPEC médicale peut permettre de soulever ce dernier obstacle tout s’orientant progressivement vers une cellule de GPMC territoriale. Dans ce cas, elle ne se limiterait plus à une simple gestion des postes mais permettrait d’initier des réflexions en termes de compétences, et notamment de compétences territoriales, c’est-à-dire mobilisables dans ce nouveau contexte post-GHT.

Au-delà, cette cellule pourrait également s’orienter progressivement vers un espace de prise en compte et de facilitation des projets professionnels des praticiens du territoire. En effet, cette évolution semble à terme nécessaire à l’adhésion prolongée de la communauté médicale du territoire, dans une période de nomadisme croissant des jeunes professionnels qui pose légitimement la question de l’attractivité et des politiques de fidélisation mises en œuvre par les établissements. Or, ces jeunes professionnels font montre d’une attente forte d’une gestion plus individualisée de leur carrière¹³⁰. Comme le rappelait M.-M. Hiance, « *la territorialisation de l’exercice médical est également un enjeu dont l’hôpital (...) doit se saisir, afin de ne pas subir les effets de la pénurie sur certaines spécialités et de proposer des parcours professionnels médicaux variés. Les partenariats mis en place actuellement ne cherchent pas suffisamment à développer des opportunités de carrière pour les médecins* ».

La démarche aurait donc à terme vocation à définir pour chaque emploi et praticien un projet professionnel compatible, sur la base des compétences souhaitées au regard du projet médical partagé et du profil de poste qui l’encadrent. En lien avec chaque praticien, la cellule permettrait de définir pour chaque emploi médical recensé sur le territoire un projet professionnel, définissant les compétences souhaitées au regard du projet médical partagé et du profil de poste qui l’encadrent. La gestion des candidats présentis sera par ailleurs ensuite menée de façon personnalisée, pour chaque recrutement de médecin, avec le souci de dégager des perspectives de carrière attractives par les directions des affaires médicales et ressources humaines et par la CME de chaque établissement, ou de plusieurs établissements en cas d’exercice partagé entre ces établissements.

Jusqu’à présent relativement ignorée afin de permettre la structuration et l’avancée du projet, la prise en compte des envies et projets professionnels et l’orientation plus qualitative de la mission de la cellule de GPEC semble à moyen terme inévitable pour garantir la pérennité de la démarche. L’enjeu stratégique d’utilisation optimale des

¹²⁹ Evoquée dans DUBRION B., *Op. cit.*

¹³⁰ Sur l’intérêt d’une gestion individualisée des parcours professionnels médicaux, il est possible de se référer à PERSONENI E., 2010, *Pour l’émergence d’une nouvelle politique des ressources humaines médicales : des parcours professionnels individualisés au service d’une offre de soins territorialisée*, mémoire de fin de formation de directeur d’hôpital : EHESP, 97p

ressources humaines médicales ne peut en effet pas dispenser à long terme les établissements de tenir compte des desideratas des professionnels.

3.2.1.2 *Etendre le périmètre géographique, médical et humain de la démarche*

Pour réussir à faire avancer la démarche le plus rapidement possible au regard des enjeux représentés par les tensions de la démographie médicale en Lorraine, les établissements du GHT Sud Lorraine ont fait le choix de structurer la démarche sur un périmètre relativement restreint : quelques spécialités médicales spécifiquement déterminées, limitées aux établissements membres du GHT Sud Lorraine, sans impliquer la communauté médicale au-delà du président de la CME de l'établissement support et du président du collège médical du GHT. Ce choix resserré initial offre *de facto* la possibilité de quatre voies d'extensions du périmètre de la démarche.

La première extension possible est une extension médicale. Une fois l'utilisation de l'applicatif Logimedh appréhendée et les premiers résultats obtenus, l'outil devrait être étendue à l'ensemble des spécialités. Si le test de l'applicatif Logimedh s'avère concluant, il n'est en effet ni intéressant ni légitime de le cantonner à quelques spécialités choisies sans concertation avec les professionnels concernés.

Plus largement, pour l'heure, la communauté médicale n'a été que peu associée à la démarche, qui a d'ailleurs surtout été présentée comme une solution technique et non stratégique au problème de la démographie médicale¹³¹. Toutefois, pour aller au bout de la logique de GPEC de territoire, diminuer les tensions sur la démographie des praticiens en Lorraine et optimiser la gestion des ressources humaines médicales présentes sur le territoire, il sera nécessaire soit de remettre en cause la liberté d'installation – ce qui n'est à l'heure actuelle ni possible ni souhaitable –, soit inclure davantage les praticiens ou représentants de la communauté médicale dans la définition et mise en œuvre de cette politique de GPEC. S'ils le sont déjà en partie sur le GHT dans la mesure où le PCME du CHRU et le président du collège médical du GHT co-pilotent le groupe de travail GPEC médicale dans le cadre de l'élaboration du PMP, la question pourra à terme se poser pour les internes par exemple, largement concernés par la question de la démographie médicale et de sa gestion. Outre ces questions de stratégie et de gouvernance de la démarche, se pose enfin la question de la communication qui sera faite à destination de ces professionnels.

La seconde extension envisageable est une extension géographique. En effet, le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT prévoit que tous les GHT d'une même subdivision universitaire devront signer une convention d'association avec le CHU de la subdivision concernant plusieurs activités dont la gestion de la démographie médicale, que le CHU de référence coordonnera. Dès lors la politique de GPEC mise en place à l'échelle du GHT Sud Lorraine a naturellement vocation à s'étendre et à s'aligner sur le périmètre des cinq GHT qui signeront prochainement une convention d'association avec le CHRU de Nancy : le GHT Marne–Haute-Marne–Meuse, le GHT Moselle Est, le GHT Nord Moselle et le GHT Vosges. Ces conventions, actuellement en cours de rédaction, incluent par ailleurs toutes déjà une dimension relative à la démographie médicale et mentionnent même spécifiquement l'applicatif Logimedh¹³².

¹³¹ Même si le président de la CME du CHRU de Nancy a pu considérer que « l'outil est politique ».

¹³² D'après l'enquête de la conférence des DAM de CHU citée précédemment, 17 CHU incluent d'ores et déjà cette dimension de gestion de la démographie médicale dans leurs conventions ou projets de conventions d'association.

Si le calendrier de cette extension ne peut pour l'instant pas encore être élaboré, il est possible d'imaginer que celle-ci aurait lieu dans le cadre de la cellule de GPEC territoriale. Seule la composition de la cellule évoluerait alors, les établissements supports de chacun des GHT de la subdivision se substituant aux seuls établissements du GHT Sud Lorraine.

Enfin, la troisième extension potentielle est une extension sectorielle. Plusieurs acteurs locaux comme nationaux ont mentionné la possibilité d'inclure les ressources humaines médicales utilisées par les structures privées dans le périmètre de la démarche. Bien que très difficile à mettre en place à court et même moyen terme, cette extension aurait le mérite d'aborder la gestion de la démographie médicale de façon globale et de coupler cette réflexion avec les problématiques d'attractivité, de concurrence, voire de « ccompétition » rencontrées par les établissements du GHT Sud Lorraine¹³³. Une évolution de ce type peut par ailleurs être déjà partiellement observée dans d'autres parties du territoire national. Le GHT Touraine Val-de-Loire qui regroupe aujourd'hui 28 établissements dont neuf structures privées, en constitue un exemple¹³⁴.

3.2.2 Evolutions systémiques pouvant compléter la démarche de GPECMT initiée et contribuer à améliorer la gestion de la démographie médicale

3.2.2.1 Articuler la démarche de GPEC avec la formation initiale des internes

La mise en place d'une démarche de GPEC médicale de territoire doit être liée à une réflexion sur la formation initiale et le début de carrière des internes formés sur le territoire lorrain. Comme le rappelle le Pr Marc Braun, doyen de l'UFR de médecine, l'enjeu de la démarche doit d'abord être « *de garder nos internes* », de « *faire en sorte que les internes soient affectés dans le GHT* ». S'il estime que la subdivision universitaire devrait se voir confier la formation de plus d'internes, le Pr Braun considère surtout que l'enjeu de fidélisation des internes est le principal enjeu de la démarche.

La gestion de la démographie médicale doit en effet être articulée avec la réforme du 3e cycle des études de médecine. Elle doit être mise en lien avec l'investissement humain et financier que représente la formation des jeunes médecins, qu'ils soient spécialistes de médecine générale ou de spécialités médicales, chirurgicales, biologiques. Dans le cadre de la formation initiale, les premiers résultats obtenus grâce aux cartographies territoriales peuvent servir de base à l'adaptation du nombre de DES entrant dans chaque filière, par spécialité, en lien avec les facultés et l'ARS et en cohérence avec les stages agréés.

Plus encore, la mise en adéquation des besoins médicaux avec les ressources pourrait, dans une perspective stratégique, s'appuyer sur un dispositif de gestion du post-internat harmonisé à l'échelle du GHT associant la cellule territoriale de GPEC médicale, l'UFR et l'ARS. Ce dispositif viserait notamment à mieux identifier les besoins afin de mettre en adéquation les places disponibles en poste d'assistants spécialistes, d'assistants spécialistes à temps partagés sur le territoire ou encore d'assistants chefs de clinique. Le dispositif pourrait même être complété par un appel à candidature unique visant à garantir une anticipation et une meilleure visibilité des possibilités de poste après l'internat aux

¹³³ Sur l'intérêt d'une stratégie coopérative entre hôpitaux publics et cliniques, voir notamment ROUTELOUS C., VEDEL I. et LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, n°47, pp. 147 à 164

¹³⁴ « Touraine Val-de-Loire : un GHT de 28 établissements », article publié le 12 juillet 2017 sur le site internet [www. Réseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org), visité le 28 août 2017, disponible en ligne : <http://www.reseau-chu.org/article/touraine-val-de-loire-un-ght-de-28-etablissements/>

différents candidats intéressés. Au-delà de ces idées très concrètes, c'est bien vers le développement d'une culture médicale commune et d'une politique de recrutement commune qu'il faut tendre. La mise en commun des terrains de stage peut également répondre de cette logique.

La prise en compte des résultats des cartographies dans la formation initiale des internes nécessite également des contacts plus nombreux et plus structurés entre les différents acteurs jouant un rôle dans la gestion de la démographie médicale sur le territoire. Ceci passe par des échanges sur les DES en cours de spécialité et par l'organisation de réunions régulières de suivi par spécialités. Au-delà d'une coordination des actions de formation initiale et continue ou du partage d'outils qui devra être organisé à terme, ce renforcement de l'association entre CHU, établissements du/des GHT et UFR devra être structuré juridiquement.

3.2.2.2 Autres évolutions systémiques qui pourraient permettre d'améliorer la gestion de la démographie médicale

Enfin, au-delà de la réponse localisée à un problème bien identifié de pénurie des ressources humaines médicales, la mise en place de la démarche de GPEC médicale permet de prendre du recul sur le système actuel de gestion de la démographie et de formuler deux remarques et préconisations sur ce système.

D'une part, la réflexion qui a accompagné la mise en place de la démarche a mis en lumière les deux questions qui se posent concernant la gestion de la démographie médicale. La première tient au dispositif par lequel le nombre de médecins est fixé chaque année. La seconde est relative aux mesures prises pour améliorer la répartition géographique des médecins sur le territoire¹³⁵.

En France, le nombre d'étudiants en médecins et d'internes à former – donc de futurs praticiens – est fixé chaque année au niveau national par décret. La répartition territoriale de ces professionnels se fait sur la base du principe de liberté d'installation, avec toutefois l'instauration de mesures incitatives en faveur des régions sous-médicalisées. Sauf à remettre en cause de façon systémique cette situation, il sera difficile d'aller au bout de la logique de territorialisation de la gestion de la démographie médicale qui a prévalu tout au long du projet mené sur le territoire du GHT Sud Lorraine et qui est inscrit à demi-mots dans le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT. S'il semble aujourd'hui inconcevable de remettre en cause la liberté d'installation¹³⁶, une évolution du mode d'élaboration du *numerus clausus* ainsi que du nombre d'internes à former par discipline et surtout par région pourrait être envisagée. Celle-ci devrait alors faire la part belle aux ARS, voire aux facultés, allant potentiellement jusqu'à leur laisser la possibilité de faire évoluer de façon marginale le nombre de médecins à former, en fonction de leurs capacités d'accueil et de formation ainsi que des besoins identifiés et anticipés sur le territoire considéré.

D'autre part, l'ensemble du processus de mise en place de cette démarche a régulièrement conduit à s'interroger sur le format actuel et surtout l'avenir des nouveaux

¹³⁵ Questions identifiées dans le document de travail du Sénat intitulé « La démographie médicale », Série législation comparée, mai 2008, 45p.

¹³⁶ « On ne peut jamais obliger quelqu'un à avoir un exercice qu'il ne veut pas faire, notamment un médecin. Je ne crois pas à l'obligation en termes de médecine, on ne va jamais réussir à obliger les médecins à exercer sur le territoire s'ils ne le veulent pas, ils iront faire autre chose. » extrait de l'article APM International du 20 juillet 2017, « Démographie médicale : Agnès Buzyn défavorable à la coercition à l'égard des médecins »

groupements hospitaliers de territoire. Bien que certains auteurs aient pu prédire un sort funeste aux GHT¹³⁷, tel n'est pas notre propos. Néanmoins, il est progressivement apparu clair que les groupements ne peuvent perdurer dans cette situation intermédiaire, partagés entre obligation de coopérer dans un nombre important de domaines et maintien strict de leur autonomie et de leur personnalité morale. A l'heure actuelle, mener un projet stratégique à l'échelle d'un GHT – et *a fortiori* demain à l'échelle d'une subdivision universitaire – demande autant de temps pour structurer une démarche concertée qui puisse recueillir l'aval de tous les acteurs concernés que de temps de réflexion et de mise en œuvre opérationnelle. Cette situation n'est pas tenable à long terme, sous peine de ralentir considérablement la mise en œuvre d'orientations stratégiques pour un territoire, telle que la gestion de la pénurie de ressources humaines médicales. Cette situation et la complexité générée par l'évolution « fédérative » des GHT a par ailleurs parfois d'ores et déjà conduit plusieurs établissements à fusionner, solution permettant de surmonter la complexité du nombre¹³⁸.

De ce point de vue, la question de l'avenir souhaitable des GHT se pose donc. Elle ne se pose pas en termes de maintien ou d'abandon de ces structures mais en termes de maintien ou d'abandon de la personnalité juridique des établissements membres d'un même GHT. Or, l'expérience de mise en place d'une démarche de GPEC médicale de territoire à l'échelle du GHT Sud Lorraine, de par sa complexité intrinsèque, plaide largement pour l'engagement d'une réflexion autour d'un modèle de groupement plus intégratif, ou qui à tout le moins confère davantage de pouvoir à l'établissement support du GHT, dans un nombre de domaines potentiellement plus important qu'aujourd'hui. A l'aune de l'expérience présentée dans ce mémoire, un modèle plus intégratif semble ainsi source de clarification et d'une efficacité accrue.

¹³⁷ Dépêche Hospimédia du 22 août 2017, « *Beaucoup de choses qui ressemblaient aux GHT se sont cassé la figure* »

¹³⁸ Voir par exemple TRIBALLEAU C., *Op. cit.*

Conclusion

« *Prévoir pour ne pas voir* », tel est l'objectif de toute entreprise de gestion de la démographie médicale. Au moment où le territoire lorrain fait face à une relative pénurie de médecins et où les établissements du GHT Sud Lorraine tentent d'élaborer une réponse commune à ce problème, les mots d'Alfred Sauvy fixent l'objectif tout en rappelant la dimension prospective d'une démarche dont les premiers effets ne pourront être observés qu'à moyen terme.

Alors que les dispositifs de coopération classique ont montré leurs limites pour gérer la pénurie de ressources humaines médicales présentes sur le territoire, la mise en place du GHT Sud Lorraine a constitué une opportunité d'aborder différemment le problème de la démographie médicale et de structurer une réponse commune et territorialisée à cette pénurie. Cette réponse commune a pris la forme d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales de territoire (GPECMT), dont la mise en œuvre opérationnelle s'est révélée complexe du fait de complications techniques et d'enjeux de pouvoir latents liés à l'outil retenu : Logimedh. La structuration d'une démarche-projet a toutefois permis de lever les doutes exprimés, de mobiliser les acteurs du territoire autour d'un objectif commun et de surmonter les difficultés inhérentes à toute démarche territoriale.

Aujourd'hui, force est de constater que les difficultés présentées ont pour la plupart été surmontées et que la démarche est définitivement sur les rails – acteurs du territoire impliqués et dispositif technique bientôt en place. Elle devrait produire ses premiers résultats – notamment ses premières cartographies territoriales des postes, ressources et besoins – avant fin 2017. Pérennisation, enrichissement et extension seront donc les prochains enjeux auxquels sera confrontée cette démarche, par ailleurs déjà riche d'enseignements.

En plus de devoir permettre la gestion conjoncturelle de la pénurie de médecins sur un territoire, la démarche initiée sur le territoire du GHT Sud Lorraine peut constituer les prémices d'un changement de modèle. En effet, la territorialisation de la GPEC a déjà eu lieu dans le secteur privé il y a une décennie. L'hôpital public tarde néanmoins à s'approprier ce modèle. La création des GHT et le nouveau cadre réglementaire qui l'accompagne en constituent toutefois l'opportunité. La théorie de la dépendance aux ressources pousse également en ce sens¹³⁹. L'enjeu est encore une fois celui de l'amélioration de la prise en charge des patients, de la situation des praticiens et de l'efficacité des établissements et des organisations soignantes.

¹³⁹ « Selon la théorie de la dépendance envers les ressources, la survie et la réussite d'une organisation dépendent de sa capacité à acquérir et maintenir les ressources qui lui sont essentielles. Les sources de dépendance externes constituent les espaces dans lesquels une organisation entend trouver, obtenir et rapatrier les ressources souhaitées. La survie d'une organisation dépend donc *in fine* de la gestion des relations avec ces sources de dépendance. La meilleure stratégie pour diminuer sa dépendance envers des ressources externes, consiste à absorber celles-ci mais une telle stratégie d'acquisition des sources de dépendance n'est pas toujours possible en raison des contraintes légales, du volume de ressources à acquérir et enfin de la capacité d'absorption », extrait de ROUTELOUS C., VEDEL I. et LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, n°47, pp. 147 à 164

Par ailleurs, en plus d'illustrer la difficulté de mener des projets stratégiques à l'échelle d'un GHT, la démarche a permis de faire naître des réflexions sur la gestion systémique de la démographie médicale et sur l'avenir des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Sur ce dernier point, il est ainsi intéressant de noter que le principal reproche fait aux groupements était, outre leur caractère complexe voire technocratique, le recul qu'ils induisaient en termes d'autonomie pour les établissements non supports de GHT. Or, cette approche nous semble avoir occulté la principale limite des GHT, qui réside au contraire dans la difficulté à gérer sa pluralité intrinsèque, dont la cause est justement le maintien de plusieurs personnalités morales distinctes. Le modèle actuel des GHT se révèle donc ambivalent. D'une part, l'obligation d'adhérer à un GHT et d'élaborer une stratégie de groupe public pousse au rapprochement et au développement de projets stratégiques communs. D'autre part, l'organisation juridique actuelle des GHT constitue dans le même temps un frein important au moment de mener à bien ces projets stratégiques. La question d'une évolution des GHT pourrait ainsi être posée.

Enfin, cette expérience a permis de rappeler que la dimension technique et stratégique d'un projet de GPEC – et plus largement de tout projet – ne doit pas faire perdre de vue la dimension sociale et humaine du sujet traité. Comme le synthétise Stéphane Bellini¹⁴⁰, il est en effet indispensable « *de réintégrer les acteurs dans des outils de GPEC souvent désincarnés et présentés sous un angle fonctionnaliste. (...) L'étude de la « genèse instrumentale » [contexte de ce mémoire] est notamment un moment privilégié pour prendre en compte les intentions des acteurs au moment où l'outil se construit.* » Il ajoute également que « *les dynamiques à l'œuvre s'expliquent par la présence de dimensions invisibles souvent négligées au profit de l'apparente technicité des outils* » et que « *les identités professionnelles expliquent l'usage de dispositifs* » déployés. L'expérience du déploiement d'un outil de GPEC sur le territoire du GHT Sud Lorraine valide amplement ces constats.

¹⁴⁰ BELLINI S., *Op. cit.*, page 106

Bibliographie

Ressources internes

- Convention constitutive du GHT Sud Lorraine (2016)
- Projet médical partagé du GHT Sud Lorraine (2017)
- Projets de convention d'association CHRU de Nancy – GHT de la subdivision universitaire (2017)
- Bilan social 2016 du CHRU de Nancy (2017)
- EPRD 2017 (2016)
- Tableau de suivi des effectifs des praticiens seniors du CHRU de Nancy (2017)

Ouvrages

- CALMES G. et al., 2013, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes : Presses de l'EHESP, 126p
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1977 Paris : Editions du Seuil, 445p
- GILBERT P., 2006, *La gestion prévisionnelle des Ressources Humaines*, Paris : La Découverte
- MALLET L., 1991, *La gestion prévisionnelle de l'emploi et des ressources humaines*, Paris : Éditions Liaisons, 200p

Articles académiques

- BARUEL-BENCHERQUI D., LE FLANCHEC A., MULLENBACH-SERVAYRE A., août 2011, « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et son effet sur l'employabilité des salariés », *Management et Avenir*, n°48, pp. 14 à 36
- BELLINI S., avril 2014, « Etude de la genèse de démarches de GPEC. Le cas d'établissements du secteur médicosocial », *@GRH*, n°13, pp. 103 à 126
- DEFELIX C. et MAZZILLI I., 2009, « De l'individu au territoire, la longue marche de la gestion des compétences », dans RETOUR D., PICQ T., DEFELIX C., *Gestion des compétences, nouvelles relations, nouvelles dimensions*, Vuibert, pp.197 à 209
- DUBRION B., janvier 2011, « GPEC territoriale et évaluation du travail : essai d'analyse », *Gestion 2000*, pp. 77 à 91
- LEGRAND H.-J., 2006, « Sur un nouvel objet juridique non identifié, la GPEC », *Droit Social*, n°3, pp. 330-333
- MARECHAL C., décembre 2016, « Gestion des ressources humaines médicales et GHT. Quels outils ? », *La revue hospitalière de France*, n°573, pp. 42 à 46
- NOGUERA F. et LARTIGAU J., mai 2009, « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management et Avenir*, n°25, pp. 290 à 314

- OIRY E. et al., février 2013, « La GPEC : de la loi aux pratiques RH – identification de quatre idéaux-types », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n°112, pp. 4 à 16
- PARMENTIER C., janvier 2008, « Une cartographie métiers pour gérer des mobilités de salariés », *Management et Avenir*, n°15, pp. 120 à 139
- ROUTELOUS C., VEDEL I. et LAPOINTE L., juillet 2011, « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, n°47, pp. 147 à 164

Articles et communiqués de presse

- APM International, dépêche du 15 février 2016, « Avis partagés des directeurs d'hôpital sur leur avenir au sein des GHT (enquête ADH) »
- APM International, dépêche du 20 juillet 2017, « Démographie médicale : Agnès Buzyn défavorable à la coercition à l'égard des médecins »
- BLANC J.-V. et al., février 2017, « CHU préférés des jeunes médecins : les écarts se creusent », *What's up doc ?* [en ligne]
- COQ-CHODORGE C., 17 juin 2016, « Hôpitaux : la psychiatrie est-elle soluble dans la technocratie ? », Mediapart (site internet)
- FAVEREAU E., 30 juin 2016, « Les hôpitaux en fusion », *Libération* (site internet)
- Fédération hospitalière de France, « GHT : la FHF alerte sur un risque de surréglementation et appelle à une initiative politique du Gouvernement pour sauver la réforme », communiqué de presse
- Fédération de l'hospitalisation privée, 30 juin 2016, « Mise en œuvre des GHT : l'hospitalisation privée sera attentive au respect des coopérations public-privé existantes », communiqué de presse
- Hospimédia, dépêche du 1er avril 2015, « Les directeurs de CH souhaiteraient que les GHT soient dotés de la personnalité morale »
- Hospimedia, dépêche du 12 février 2016, « Inquiétude quant au caractère obligatoire du GHT chez les acteurs de la santé mentale »
- Hospimédia, dépêche du 12 février 2016, « L'Adesm veut que les hôpitaux psychiatriques expérimentent différentes configurations de GHT »
- Hospimédia, dépêche du 18 février 2016, « Les présidents de CME de CH dénoncent "les effets destructeurs" des orientations actuelles des GHT »
- Hospimédia, dépêche du 22 août 2017, « Beaucoup de choses qui ressemblaient aux GHT se sont cassé la figure »
- Rédaction, 27 juin 2016, « La "révolution silencieuse" des hôpitaux se prépare dans un climat de méfiance », *Sciences et Avenir* (site internet)
- Rédaction, février 2016, « Les dix spécialités les plus demandées », *What's up doc ?* [en ligne]
- Syndicat des managers publics de santé, 14 décembre 2016, « GHT et fonctions mutualisées : pourquoi ça ne marche pas ? »
- Syndicat des managers publics de santé, 2 mars 2017, « Le SMPS annonce la suspension de la mise en œuvre des fonctions mutualisées »
- Syndicat des managers publics de santé, 4 mai 2017, « Nouveau décret GHT : un décret qui ne règle rien »
- Syndicat des managers publics de santé, 22 juin 2017, « Sondage IFOP sur les groupements hospitaliers de territoire : un an après, une perception négative des directeurs et des cadres hospitaliers »

- SYNCASS-CFDT, 22 février 2016, « Les enjeux de la création législative et réglementaire des groupements hospitaliers de territoire », communiqué de presse

Rapports et documents institutionnels

- Agence nationale d'appui à la performance, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales. Première partie*, 92p.
- Agence nationale d'appui à la performance, mars 2015, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sur le territoire. Secteur médico-social. Retour d'expériences*, 60p.
- Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, 2007, *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Où en est mon établissement, Guide d'auto-diagnostic*
- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) Lorraine, décembre 2014, *Éléments de contexte : la démographie des personnels médicaux (hors internes) dans les établissements sanitaires publics lorrains*
- BERLAND Y., janvier 2011, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 57p
- Centre national de gestion, 2017, Document de présentation de l'outil Logimedh
- Commission permanente de l'attractivité médicale de la Fédération Hospitalière de France, 2014, *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public*, 42p.
- Conférence des directeurs des affaires médicales de CHU, 2017, « Coopérations et GHT »
- Conseil national de l'Ordre des médecins, 2015, *La démographie médicale en Région Lorraine. Situation en 2015*, 67p.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, 2016, *Atlas de la démographie médicale 2016*, 326p.
- Conseil national de l'Ordre des médecins, décembre 2016, *Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires*, 26p.
- Cour des comptes, avril 2016, *L'imagerie médicale*, 163p.
- DREES, 2016, *Portrait des professionnels de santé*, édition 2016, 160p.
- DREES, mai 2017, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée », Série *Etudes et résultats*, n°1011, 6p.
- Direction générale de l'offre de soins, 2015, *Vade-mecum « GHT Mode d'emploi - 15 points clés »*, 76p.
- Direction générale de l'offre de soins, 2016, *Analyse des 135 conventions constitutives des nouveaux GHT*
- HUBERT J., MARTINEAU F., mai 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, 52p.
- INSEE, *Bilan démographique 2016*
- LE MENN J., CHALVIN P., novembre 2015, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*, 274p.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, novembre 2015, *Plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public*, 18p.
- Sénat, mai 2008, *La démographie médicale*, Série législation comparée, 45p.

- VERAN O., décembre 2013, *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, 28p.

Thèses et mémoires

- COSSEC E., 2015, *Du temps médical partagé à la constitution d'équipes médicales territoriales : enjeux et limites – Cas de la CHT Rance Emeraude*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 77p.
- HIANCE M.-M., 2103, *Les Ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : du projet social médical institutionnel au projet médical territorial. De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 102p.
- PERSONENI E., 2010, *Pour l'émergence d'une nouvelle politique des ressources humaines médicales : des parcours professionnels individualisés au service d'une offre de soins territorialisée*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 97p
- PIGNY F., 2008, *En quoi la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'impose-t-elle aujourd'hui à l'hôpital public ? Sa mise en place au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Elbeuf Louviers Val de Reuil*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 106p.
- ROCHER M., 2004, *La mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du CH d'Haguenau*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : ENSP, 84p.
- TRIBALLEAU C., 2016, *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion. Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne*, mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital : EHESP, 95p

Conférences et communications lors d'une conférence

- PONTONE S., « Les enjeux de la démographie médicale : l'exemple de l'anesthésie-réanimation », dans ADRHESS, *Associer GRH médicale et GRH non médicale à l'hôpital : enjeux et réalisations*, 7 mars 2017, Paris

Sources législatives et réglementaires

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire
- Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision
- Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision
- Arrêté du 1er juillet 2013 déterminant pour la période 2013-2017 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision
- Arrêté du 10 juillet 2014 déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision

- Arrêté du 22 décembre 2015 déterminant pour la période 2015-2019 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision
- Arrêté du 26 décembre 2016 déterminant pour la période 2016-2020 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision
- Arrêté du 7 août 2017 rappelant pour l'année 2017 et projetant pour la période 2018-2021 le nombre global d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision territoriale
- Instruction interministérielle N°DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.

Sites internet et ressources en ligne

- Site internet de l'ARS Grand Est : www.grand-est.ars.sante.fr
- Site du CNG : www.cng.sante.fr/
- Site internet de diffusion des textes législatifs et réglementaires français : www.legifrance.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie et limite de la recherche

Annexe 2 : Présentation des ressources humaines médicales du CHRU de Nancy

Annexe 3 : Comparaison des cartographies du territoire du GHT Sud Lorraine

Annexe 4 : Représentation conceptuelle de la GPEC territoriale

Annexe 5 : Document de présentation de Logimedh élaboré par le CNG

Annexe 1 : Méthodologie et limite de la recherche

La mise en place de cette démarche de GPEC médicale de territoire constitue une des missions du stage long d'élève directeur d'hôpital que j'ai effectué durant huit mois au CHRU de Nancy. Pour autant, travailler au quotidien sur ce projet n'aurait pas suffi à en faire un mémoire de fin de formation. Aux éléments factuels et concrets en ma possession se sont donc ajoutés :

- une recherche de littérature théorique ;
- une tentative de *benchmark* ; et
- plusieurs entretiens et échanges informels avec les acteurs concernés par la démarche.

1. Recherche de littérature théorique

Ce travail de recherche a débuté classiquement par une recherche bibliographique. Celle-ci a d'abord eu pour but de définir théoriquement ce qu'est la GPEC, d'évaluer ce qu'elle permet et de faire un état des lieux des pratiques observables. Elle a également permis de faire un point d'étape sur la mise en place des GHT. Le contexte étant encore mouvant sur ce dernier point, une veille d'actualité approfondie a été entreprise.

La littérature existante sur la GPEC est relativement abondante. Toutefois, celle-ci concerne principalement sa mise en place dans le secteur privé. Cette situation était relativement intéressante car elle permet de prendre rapidement du recul sur le déploiement de la GPEC dans les secteurs public et privé et d'avoir une comparaison avec des structures dont les organisations, les modes de fonctionnement, les logiques et les objectifs diffèrent de ceux des hôpitaux publics.

Le sujet de la GPEC médicale de territoire est toutefois relativement nouveau. Peu de littérature existe sur le sujet. Quelques documents présentent et définissent une GPEC propre au secteur public, mais peu expliquent comment la mettre en place de manière efficace dans une structure. Plus rares encore sont ceux qui traitent de la GPEC à l'hôpital public et aucun n'aborde concrètement le sujet d'une GPEC de territoire dans le secteur hospitalier public. De même, peu d'études tentent de chiffrer les effets humains, financiers – et a fortiori sanitaires dans le cas présent – d'une politique de GPEC. Plusieurs éléments m'ont au final manqué pour pouvoir mesurer les coûts financiers représentés par une gestion des ressources humaines médicales non coordonnée (coût de temps et de transport pour les praticiens sur des postes partagés, coût d'intérim pour les établissements, coût de formation initiale « perdus » pour l'UFR suite aux départs des internes, etc.).

2. Benchmark

Il me semblait enfin important de dépasser le cadre strict du CHRU de Nancy et du GHT Sud Lorraine. Les potentiels impacts de la mise en place d'une gestion territorialisée de la démographie médicale pour les patients, les praticiens et les établissements plaident en effet pour l'établissement d'une comparaison des différentes expériences réalisées en France ou ailleurs.

Néanmoins, l'élaboration d'un *benchmark* s'est révélée difficile car l'objet d'étude est un dispositif expérimental, que seuls le CHRU de Nancy, le CHU de Poitiers, le CHU de Bordeaux, le CHU de Lille et les GHT de la région Rhône-Alpes expérimentent actuellement ou vont déployer. A notre connaissance, il n'existe pas encore de GPEC médicale de territoire mise en place dans un autre CH/CHU/GHT.

Le caractère innovant de cette démarche pour les établissements de santé a donc rendu compliqué l'établissement de comparaisons pertinentes, sauf à se limiter à comparer ce qui est mis en place sur le GHT Sud Lorraine avec la GPEC territoriale du secteur privé – ce qui peut être un élément de comparaison mais revient à nier la spécificité des ressources humaines médicales et du secteur public – ou avec les autres territoires expérimentaux, pour la plupart moins avancés que le CHRU de Nancy sur le sujet. Le caractère sensible de ce sujet a pu également compliquer l'échange de données sur le sujet entre établissements.

3. Entretiens et échanges informels

Sur le territoire du GHT Sud Lorraine, la démarche a fait l'objet de nombreuses réunions d'information, de présentation – CME et CODIR du CHRU ; COTEL, COSTRAT, COMED du GHT – et de travail, impliquant tant les acteurs du territoire lorrain que le CNG. Je me suis par ailleurs également rendu dans ce cadre à deux reprises au CNG ainsi que dans certains établissements du GHT dans la mesure où, pour un sujet territorial, il me semblait important d'avoir conscience des distances kilométriques et temporelles avant de faire des préconisations.

De nombreux échanges informels avec les directeurs et praticiens du CHRU de Nancy ainsi qu'avec des représentants des établissements du GHT, du CNG, de la DGOS ou encore de l'ARS Grand Est m'ont permis d'identifier les attentes, les besoins des établissements du GHT et les craintes des différents acteurs. Sur la thématique de mon mémoire, une analyse de leur subjectivité me semblait importante en ce qu'elle rentre selon moi autant en ligne de compte dans la façon de structurer une démarche de GPEC que le cadre normatif en vigueur. Ces échanges n'ont pas donné lieu à l'élaboration d'une grille d'entretien. Ils m'ont néanmoins permis de cibler les difficultés à surmonter pour parvenir à mettre en place une démarche qui mobilise et se révèle positive pour l'ensemble des acteurs.

4. Limite de la recherche

La principale limite de cette recherche réside finalement dans le manque de recul dont nous disposons sur un dispositif qui a été long à mettre en place. La démarche est donc toujours en structuration. La partie la plus complexe – définition du projet, mobilisation autour de la démarche et appropriation par les personnes concernées – semble passée. Mais l'exploitation débute à peine. L'impact de cette démarche est donc ici largement présumé.

Annexe 2 : Présentation des ressources humaines médicales du CHRU de Nancy

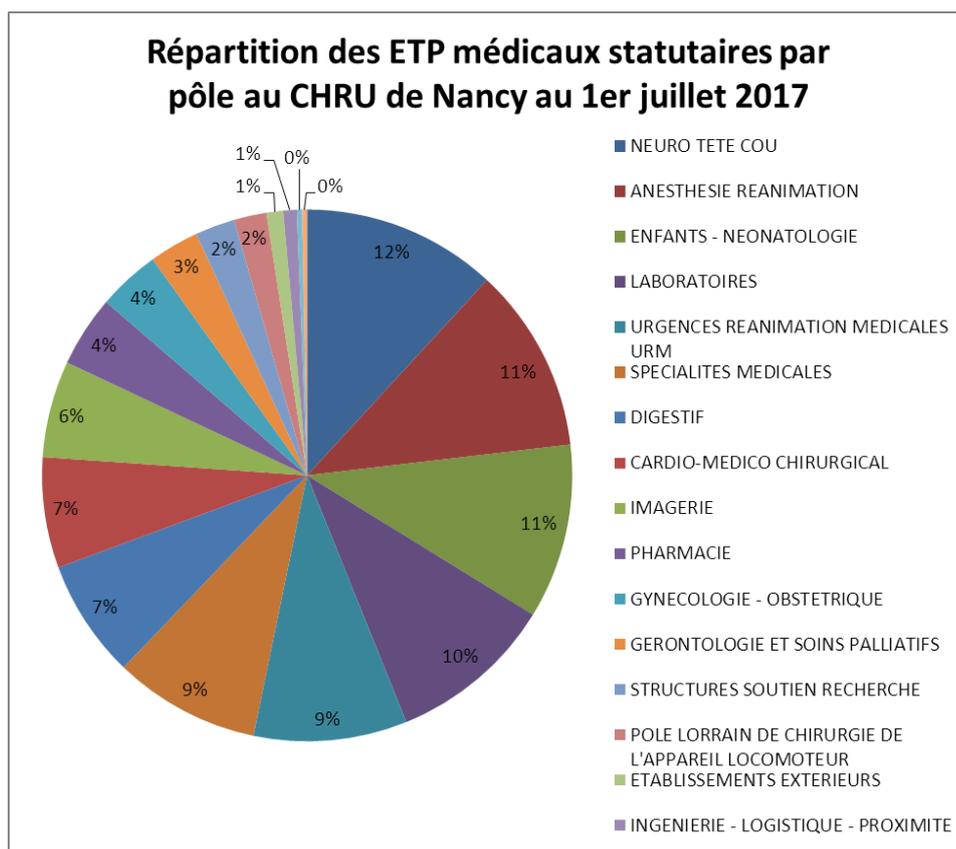
1. Présentation par statut

Personnel Médical en ETP-R	2014	2015	2016	Evolution N/N-1	Age Moyen
Enseignants et hospitaliers	346,99	347,50	340,18	-2,11%	43
Praticiens hospitaliers temps plein	316,13	328,96	339,64	3,25%	48
Praticiens hospitaliers temps partiel	26,13	28,86	28,73	-0,45%	50
Praticiens attachés	74,76	62,82	66,23	5,43%	52
Praticiens attachés associés	14,61	10,51	9,77	-7,04%	45
Praticiens contractuels	42,41	36,01	34,61	-3,89%	36
Assistants des hôpitaux	52,13	66,83	73,22	9,56%	31
Assistants associés	3,44	5,25	2,80	-46,67%	37
Total PM (hors internes et étudiants)	876,60	886,74	895,18	0,95%	45
<i>Dont Hommes</i>	440,49	435,93	432,21	-0,85%	48
<i>Dont Femmes</i>	436,11	450,81	462,97	2,70%	43

A noter :

- Augmentation de la moyenne d'âge du personnel médical de 44 ans en 2015 à 45 ans en 2016.

2. Présentation par spécialité



A noter :

Le pôle anesthésie-réanimation est le 2e pôle qui concentre le plus d'ETP médicaux statutaires au CHRU de Nancy. L'enjeu de l'anesthésie-réanimation est donc fort.

3. Présentation en termes de coût

- Masse salariale :

PM - Masse Salariale	Montant brut de la Rémunération du personnel 2016	Montant brut des charges 2016 (charges de sécurité sociale et prévoyance; impôts, taxes et versements assimilés; autres charges sociales)	Masse Salariale 2014	Masse Salariale 2015	Masse Salariale 2016	Evolution N/N-1
Hommes	26 596 176 €	16 306 761 €	40 145 216 €	43 036 352 €	42 902 937 €	-0,31%
Femmes	28 489 002 €	17 467 299 €	44 372 201 €	44 505 351 €	45 956 301 €	3,26%
Total PM <i>(hors internes et étudiants)</i>	55 085 177 €	33 774 060 €	84 517 417 €	87 541 703 €	88 859 238 €	1,51%

A noter :

- La masse salariale du personnel médical a augmenté nettement entre 2014 et 2015 de (+1,51%, soit 1 317 535 €) en raison de la reprise des activités du Centre Chirurgical Emile Gallé ainsi que de l'activité de kinésithérapie (la masse salariale correspondant aux agents représentait environ 2,2M€).
- Dans la seconde décision modificative concernant le budget 2016 du CHRU, les dépenses de personnel médical s'élevaient à 116 787 430€, soit 24,8% de l'ensemble des charges de personnel du CHRU.

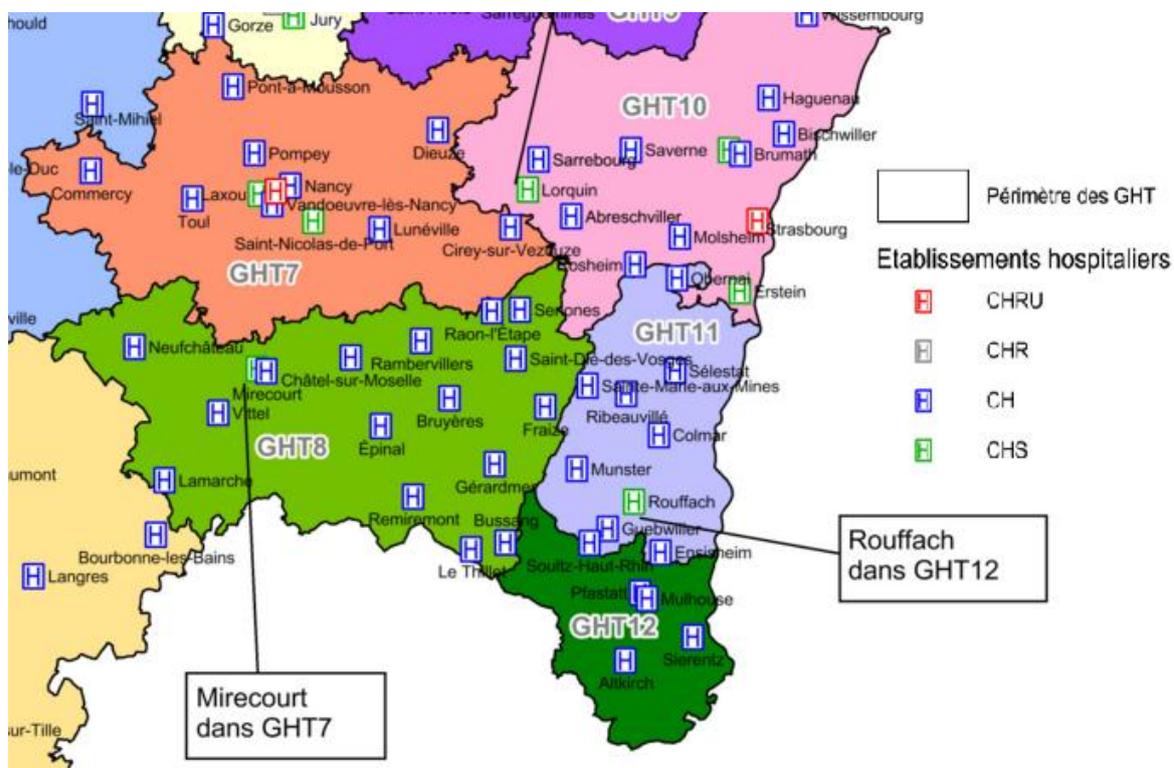
- Dépenses d'intérim :

	2014	2015	2016	Evolution N/N-1
Personnel Non Médical	23 243	30 195	49 217	63%
Personnel Médical	0	0	0	-
TOTAL	23 243	30 195	49 217	63%

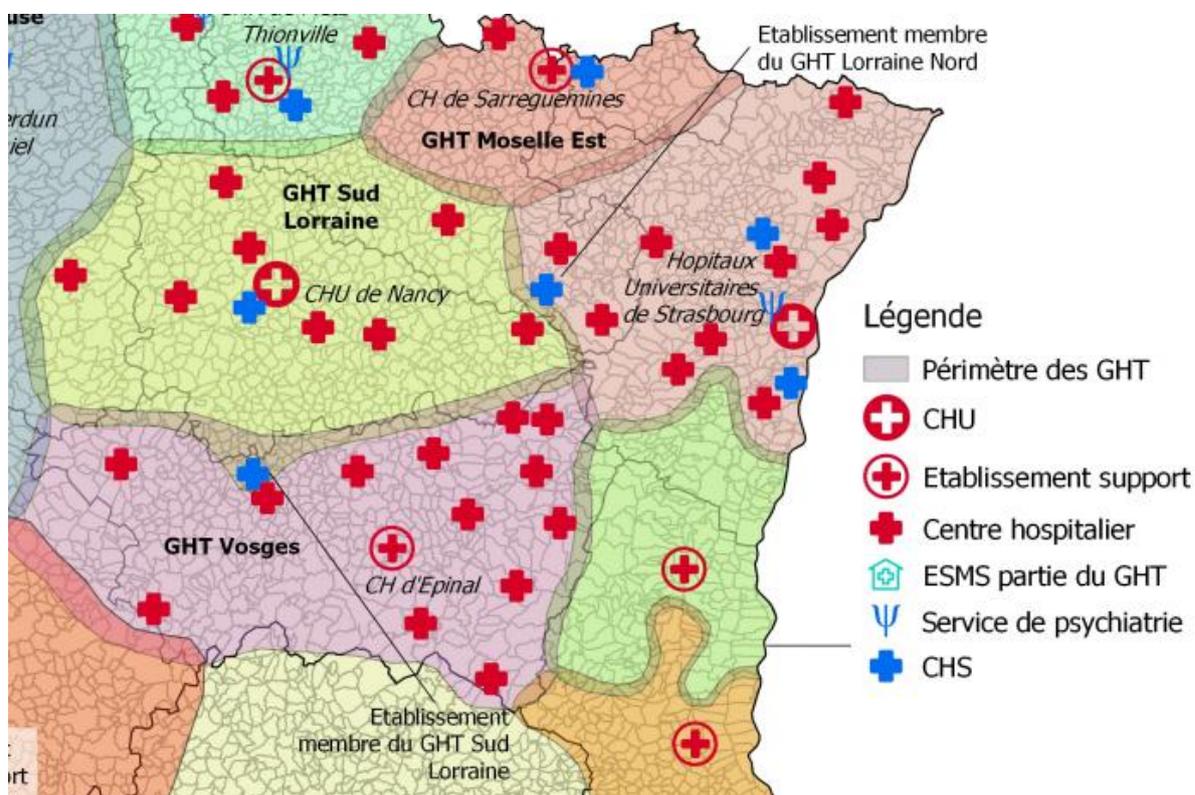
L'établissement n'a pas fait appel à l'intérim pour le personnel médical jusqu'en 2016 malgré des tensions dans plusieurs spécialités (anesthésie, radiologie...). A partir de 2018, le recours à l'intérim médical devrait coûter environ 200 000€ par an au CHRU de Nancy.

Annexe 3 : Comparaison des cartographies du territoire du GHT Sud Lorraine

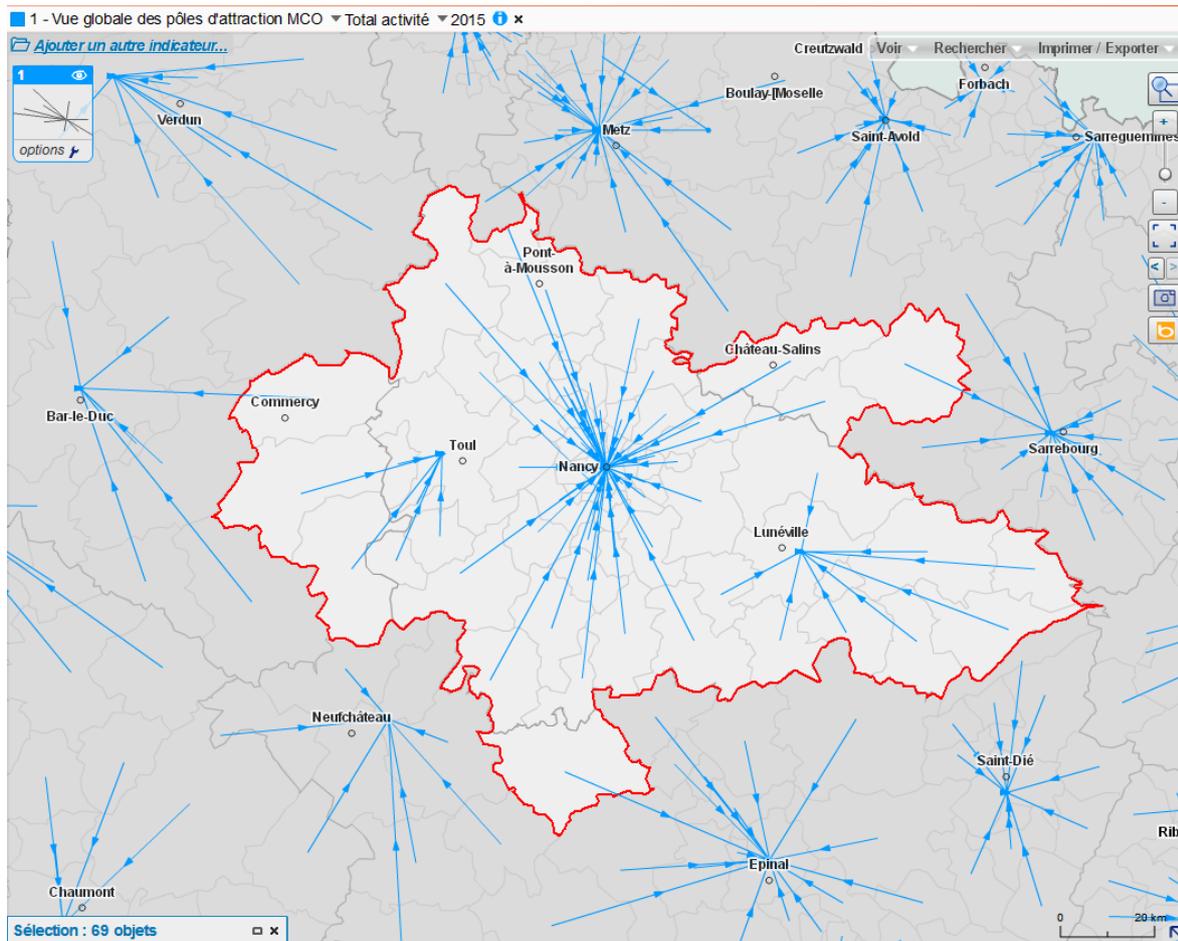
Carte de l'ARS Grand Est :



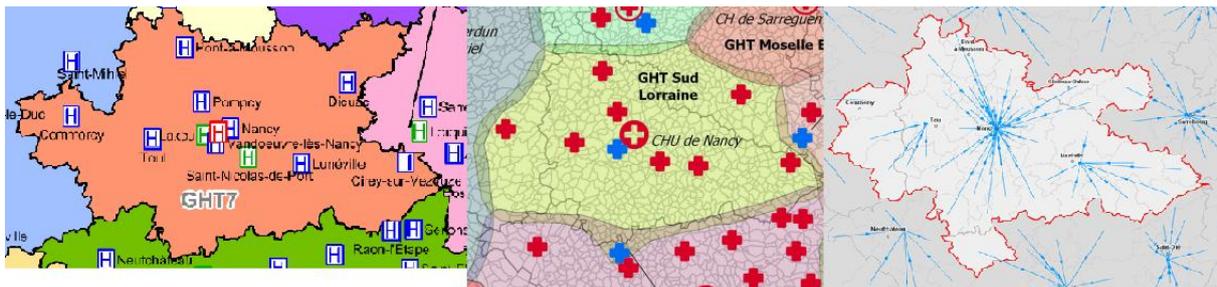
Carte de la FHF :



Carte produite à partir des données de l'ATIH et utilisée au CHRU de Nancy :



Bilan : 3 périmètres différents et un enjeu de juste définition du territoire



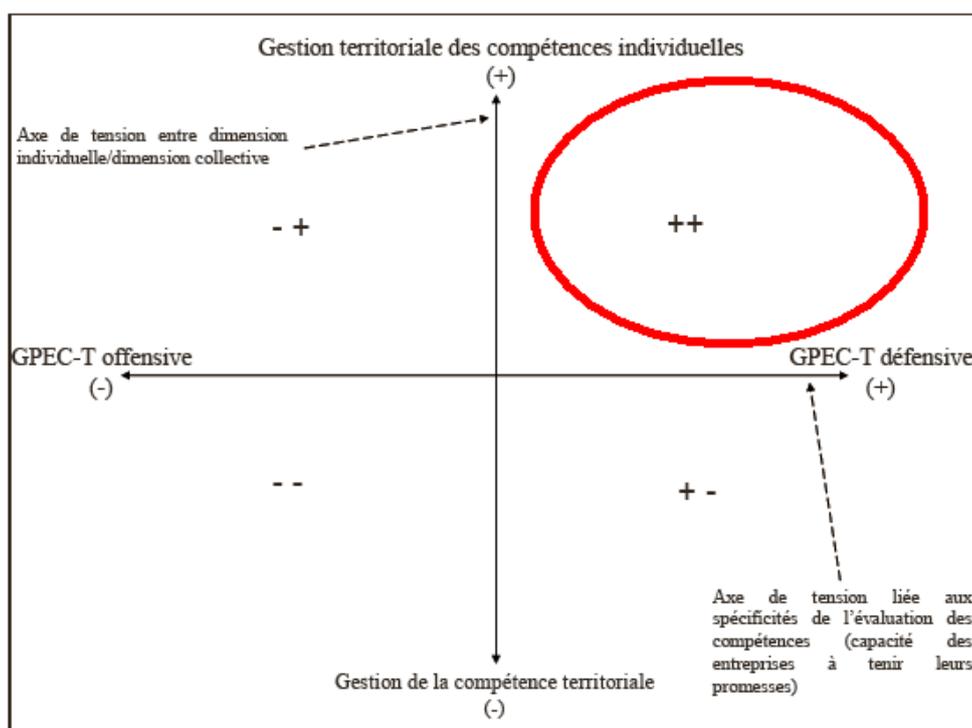
Annexe 4 : Représentation conceptuelle de la GPEC territoriale

Suivant la typologie établie par Dubrion¹⁴¹, le positionnement du GHT Sud Lorraine – indiqué en rouge – peut être schématisé comme suit :

Figure 1 : Typologie des formes de GPEC-T.

		Articulation compétences/territoire	
		<i>Gestion de la compétence territoriale</i>	<i>Gestion territoriale des compétences individuelles</i>
Nature de la GPEC-T	<i>Défensive</i>	GPEC-T comme réponse aux problématiques d'un territoire à faible activité économique ou en déclin	GPEC-T comme réponse aux besoins d'entreprises œuvrant dans un contexte économique difficile
	<i>Offensive</i>	GPEC-T comme réponse aux problématiques d'un territoire innovant	GPEC-T comme réponse aux besoins d'entreprises en développement

Figure 2 : Les tensions traversant les quatre formes-types de GPEC-T.



¹⁴¹ DUBRION B., *Op. cit.*

Annexe 5 : Présentation de l'appliquatif Logimedh développé par le CNG



Directions des affaires médicales

03 février 2017



Genèse du projet ↙

Début 2014, l'ARS Rhône-Alpes s'est portée volontaire pour dématérialiser et de simplifier les procédures de création et de publication de postes de praticiens hospitaliers. Le Centre National de Gestion (CNG) a saisi cette opportunité pour faire évoluer l'appliquatif national SIGMED (Système d'Information et de Gestion des MEDECINS).

L'ARS Rhône-Alpes et le CNG ont alors proposé à la Fédération Hospitalière de France Rhône-Alpes de s'associer au projet. Il s'agissait dans un premier temps de distinguer six établissements – pilotes représentatifs de la variété régionale.

Les critères de sélection concernaient leur nature et la taille de leur structure (CHU, établissements de tailles et mission variées, CH de tailles moyennes avec parfois plusieurs sites, CH de taille plus modeste, implanté en milieu rural), ainsi que leurs modes de gestion (panel de logiciels de paie).

Les établissements – pilotes sont les suivants :

- ▶ les Hospices Civils de Lyon,
- ▶ les centres hospitaliers Alpes Léman à Contamine-sur-Arve (Haute-Savoie) et de Montélimar,
- ▶ les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie du Vinatier à Bron (Rhône) et Alpes Isère à Saint-Egrève (Isère),
- ▶ le centre hospitalier de la Tour du Pin (Isère).

Dans un second temps, il a été décidé collectivement de réaliser une étude exploratoire quant aux outils de gestions informatiques des effectifs médicaux existants au sein des 6 établissements.

Ses résultats ont renforcé la volonté d'intégrer les informations et les circuits existants dans un applicatif - web sécurisé pour améliorer la performance collective.

Le 25 juin 2014, une convention de partenariat a été signée entre l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, la Fédération hospitalière de France Rhône-Alpes et le Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, en présence des 6 établissements pilotes, volontaires pour participer à la conception d'un nouveau SI.





Qu'est-ce que LOGIMED ? ↙

La méthodologie du projet s'articule autour de trois étapes indissociablement liées :

La première étape (2015) a consisté, après avoir analysé et défini l'ensemble des catégories de personnels médicaux hospitaliers entrant dans le champ de l'expérimentation, à mettre au point une base de données-test tout en estimant la faisabilité organisationnelle et les modalités d'échanges d'informations entre les différents acteurs associés à cette opération.

La deuxième étape (2016) a porté sur la réalisation d'une solution opérationnelle de ce futur système d'information qui sera déployée en direction du CNG, de l'ARS et des établissements pilotes, réservant des droits clairement identifiés au travers d'une charte d'accessibilité pour chacune des parties prenantes après une phase de test par les établissements expérimentateurs.

La troisième étape (2017) concerne la généralisation de l'outil dans les autres EPS des régions de Rhône-Alpes et d'Auvergne.

Une réponse à une problématique commune :

La gestion des personnels médicaux des établissements de santé (EPS) s'effectue de manière "artisanale" et "sur-mesure" du fait de la diversité et la complexité des statuts des médecins.

En effet, le constat partagé entre les trois institutions - partenaires à la convention du 25 juin 2014 est la complexité de traitement des dossiers relatifs à la gestion des personnels médicaux du fait :

- ▶ de la variété des acteurs et de leurs enjeux (gouvernance médico-administrative, ordres)
- ▶ de la complexité de la réglementation et notamment la non prise en compte de ses contraintes dans les logiciels RH classiques (par exemple les notions de "postes de PH" et d'affectations partagées sont absentes des logiciels).
- ▶ de la diversité des outils de suivi de la gestion des personnels médicaux dans les établissements utilisés, faute de système d'informations partagé avec les acteurs publics prévus par la réglementation (tableau XLS divers et multiples pour le suivi des postes et des personnels, pas de lien avec les logiciels de paie).
- ▶ de procédures manuelles aussi bien au sein des EPS qu'entre le CNG, l'ARS, l'Établissement et l'utilisation de supports papiers générateurs de délais, contraintes de circuits, etc...



Qu'est-ce que LOGIMED ? ↙

Une solution pour faciliter la gestion des postes dans les établissements :

- ▶ LOGIMED regroupe l'ensemble des dimensions du recrutement (poste autorisé, personnel recruté, affectation d'un personnel sur un poste et travail de coopération entre services) et l'ensemble des médecins (PUPH, PH, contractuels, MAD... qui répondent à des réglementations différentes).
- ▶ LOGIMED, permet un suivi des effectifs médicaux et des échanges dématérialisés et sécurisés de gestion des postes et des affectations des personnels médicaux entre les différentes structures locale (EPS), régionale(ARS) et nationale (CNG), et de compléter les informations existantes avec celles des partenaires, favorisant une simplification des échanges d'informations entre l'ARS et les EPS pour ce qui concerne la création, l'évolution des postes médicaux et la publication de postes sur la liste nationale soumise à la vacance semestrielle des Praticiens Hospitalier (PH).
- ▶ Les ouvertures des droits à lecture et droits de gestion dans LOGIMED sont décidées localement selon de l'organisation de l'établissement et géré par le DIM par l' "habilitation individuelle PLAGE".
- ▶ Les utilisateurs disposent d'un guide en ligne, organisé en mode collaboratif sous forme de wiki sémantique.
- ▶ De faciliter la cartographie de toutes les catégories de personnels actuellement gérés directement par le CNG et, selon le souhait de chaque établissement, les données concernant les autres postes (contractuels, attachés, etc.) dans un but statistique et le respect de la réglementation.





Qu'est-ce que LOGIMED ? ↙



Une extension fonctionnelle de SIGMED :

Pour le suivi de l'ensemble des statuts de praticiens (PH, Contractuels, PUPH, MCU-PH) travaillant dans les établissements publics de santé avec leur affectation, ainsi que les différents types de postes.

Une extension Architecturale :

Une application web partagée entre les EPS (établissements publics de santé), les ARS et le CNG qui permet un suivi des effectifs médicaux ainsi que les échanges dématérialisés et sécurisés de gestion des postes et des affectations des personnels médicaux entre les différentes structures locale (EPS), régionale (ARS) et nationale (CNG).



Tableau de bord Gestionnaire ↙

Un tableau de bord d'utilisation quotidienne pour le gestionnaire ou le décisionnaire à paramétrer selon ses besoins :

Tableau de bord

MSSSENSSSMUNNMEENU **MENUS** JSUN RSSEAESTERLEL **ALERTE** SSSA

Structures

Praticiens

Postes

PAPPRPTSARAS **RAPPORTS TOI**

- 📄 pdf 📄 xls Affection des praticiens par specialite et eps
- 📄 pdf 📄 xls Nb praticiens par statut et type de poste
- 📄 pdf 📄 xls Praticiens dans une specialite a verifier
- 📄 pdf 📄 xls Prevision de retraite
- 📄 pdf 📄 xls Pyramide anciennete
- 📄 pdf 📄 xls Pyramide des ages
- 📄 pdf 📄 xls Tableau des emplois

10	Fin de périodes de praticien
4	Nouvelles installations
0	Périodes sur les postes
0	Incohérences de poste
96	Incohérences d'installation
258	Incohérences de gestion

Demande de poste

○	○	○
EPS	ARS	CNG
1	1	0

Tour de recrutement

Publication			Nomination / Installation	
EPS	ARS	CNG	EPS	CNG
○	○	○	○	○
0	1	0	4	0





Consultation d'un praticien ↙

Navigation rapide

- ▲
- Structure
- Données Praticien**
- Données SIGMED
- Données RPPS
- Commentaires
- Motivités d'exécution du contrat
- Affectations
- Alertes
- ▼

Structure

Etablissement : CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN (740790258)

ARS : Auvergne Rhône Alpes **Délégation ARS :** Délégation départementale 69

GHT : GHT Léman Mont-Blanc

Données Praticien

Matricule:	47308	RPPS:	1000133649
Email professionnel:	juanette@ch-alpes-lemans.fr	Email personnel:	
Nom d'usage:	Baudoin	Nom patronymique:	
Prénom:	Joëlle	Sexe:	F
Statut:	Pré temps plein	Spécialité ordinaire:	
Spécialité de concours:	médecine d'urgence	Date de naissance:	23/10/1975
Date d'entrée dans le statut:	01/05/2014	Echelon:	26
Date de sortie de l'établissement:		Date d'entrée dans l'établissement:	

Données Administratives

Position administrative: **Date début:**

Date de fin:

Données SIGMED

Rpps :	1000133649	Nom d'usage :	Baudoin
Nom patronymique :	Carrière	Prénom :	Joëlle
Sexe :	F	Spécialité ordinaire :	
Spécialité du concours :	médecine d'urgence	Statut :	praticien hospitalier plein temps
Date de naissance :	23/10/1975	Date d'entrée statut :	01/05/2014
Echelon dans le statut :	7	En activité :	Oui
Numéro identifiant national SIGMED :	0041471		

Afficher historique

Position statutaire d'activité Afficher historique

Date de début	Date de fin	Code	Liberté
Aucune position statutaire d'activité			

Position statutaire médicale Afficher historique

Date de début	Date de fin	Code	Liberté
Aucune position statutaire médicale			



Tableau de bord Praticien ↙

Un suivi des alertes paramétrable selon vos besoins (contrats, planification des échéances) :

Logimed 02.00.05 Version de démo sg123e sg123e - Rôle : Lecteur Entité Juridique Etablissement : 380780247

CNG Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière

Affectations · Infocentre · Structures · Praticiens · Postes · Publications · Administration

Praticien : Liste des alertes sur praticien

Nombre d'alertes : 7

Message	Date d'effet	Actions
Le contrat du praticien se termine au 02/09/2015	02/09/2015	🔍
Le contrat du praticien se termine au 03/11/2015	03/11/2015	🔍
Le contrat d'engagement de service public exclusif du praticien se termine au 03/11/2015	03/11/2015	🔍
L'affectation principale du praticien se termine au 30/08/2015	30/08/2015	🔍
L'affectation principale du praticien se termine au 30/08/2015	30/08/2015	🔍
L'affectation principale du praticien se termine au 01/09/2015	01/09/2015	🔍
L'affectation principale du praticien se termine au 03/11/2015	03/11/2015	🔍





Tableau d'emploi ↩

Impression du tableau d'emploi au 28/04/2015

PÔLE	POSTES OCCUPÉS								PERSONNELS AFFECTÉS													
	Services	Type de poste	N°Poste	Spécialité du poste	Validation	Temps affectés au poste	Temps vacants	Commentaire	Nom Prénom	Statut	Missions affectées	Affectation	Spécialité occupée	Commentaire								
MÉDECINE	APEX	PH temps plein	38294-01	Médecine Générale	Principale	1	0,7	CF CREP2012	BOUCHARD Amélie	PH Temps plein	0	Principale	Médecine Générale									
									Moré Aurélie	PH Temps plein	0,6	Principale	Médecine Générale									
									DUMAYO Anne-Cécile	Préfecture contractuel	1	Principale	Médecine Générale									
	Total pour le service						1	0,7			1,6											
MÉDECINE	UCAP	PH temps plein	38294-01	Médecine Générale	Secondaire	-	0,8	Validation annulée 0,7 EPF au Service APEX	BASSON Amélie	PH Temps plein	0,8	Secondaire	Médecine Générale									
									Contractuel	P-COINTM-2	Médecine Générale	Secondaire	-	0,1	Validation annulée 0,2 EPF au Service CIMP LES CHAÎNES	DUPOINT Brigitte	Préfecture contractuel	0,4	Principale	Médecine Générale		
									PH temps plein	38294-08	Analg	Principale	1	1		AUDRAN Stéphanie	PH Temps plein	0,7	Principale	Médecine Générale		
	Total pour le service						1	1,6			1,4											
Total pour le pôle						2	2,3			3												
MÉD. MÉTÉO	CIMP LES CHAÎNES	Contractuel	P-COINTM-1	Médecine Générale	Principale	1	1															
									MICUPH	N_emploi_CMU	Analgémic	Principale	0,8	0,8		CORTOT Alexis	MICUPH	0,8	Principale	Analgémic		
									Contractuel	P-COINTM-2	Médecine Générale	Principale	1	0,8								
																	Moré Aurélie	PH Temps plein	0,8	Secondaire	Médecine Générale	Affectation annulée 0,2 au Service APEX
																	METZGER Jean	Préfecture sous convention	0,1	Principale	Médecine Générale	Préfecture sous convention
Total pour le service						2,5	2,3			1												
Total pour le pôle						2,5	2,3			1												



Suivi des workflows ↩

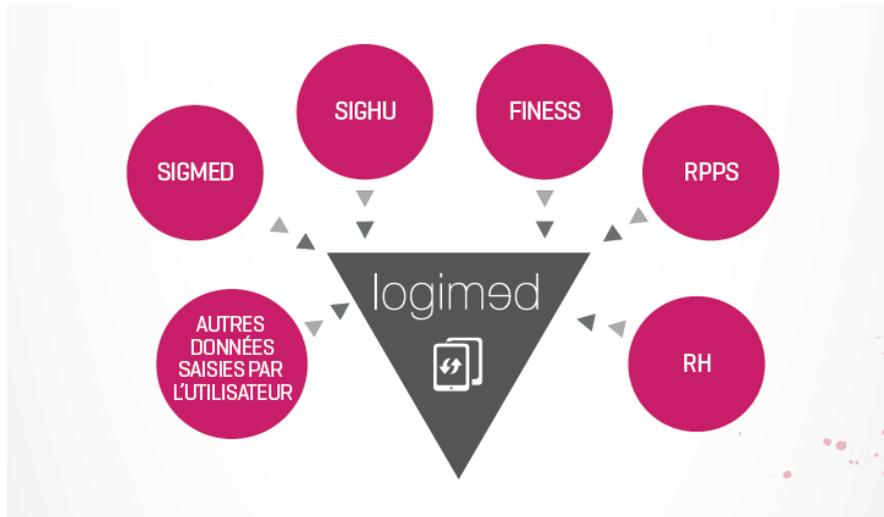
Un suivi de l'état d'avancement des workflows de création, de publication et de nomination..... qui sont reliées aux BAL Outlook des acteurs des workflows (gestionnaires/valideurs)

Création de poste	Statut	Demandé	Validé	Créé
	Nombre	20	10	10
Publication des postes vacants PH	Numéro de Poste	Date	Tour numéro	Date de clôture
Poste	38294-01	15/10/2015	1	31/12/2015
Poste	38294-02	15/10/2015	1	31/12/2015
Nombre de postes publiés		2		
Nomination/Installation	Nomination / Installation	Nomination	Installation	
	Nombre	3	2	

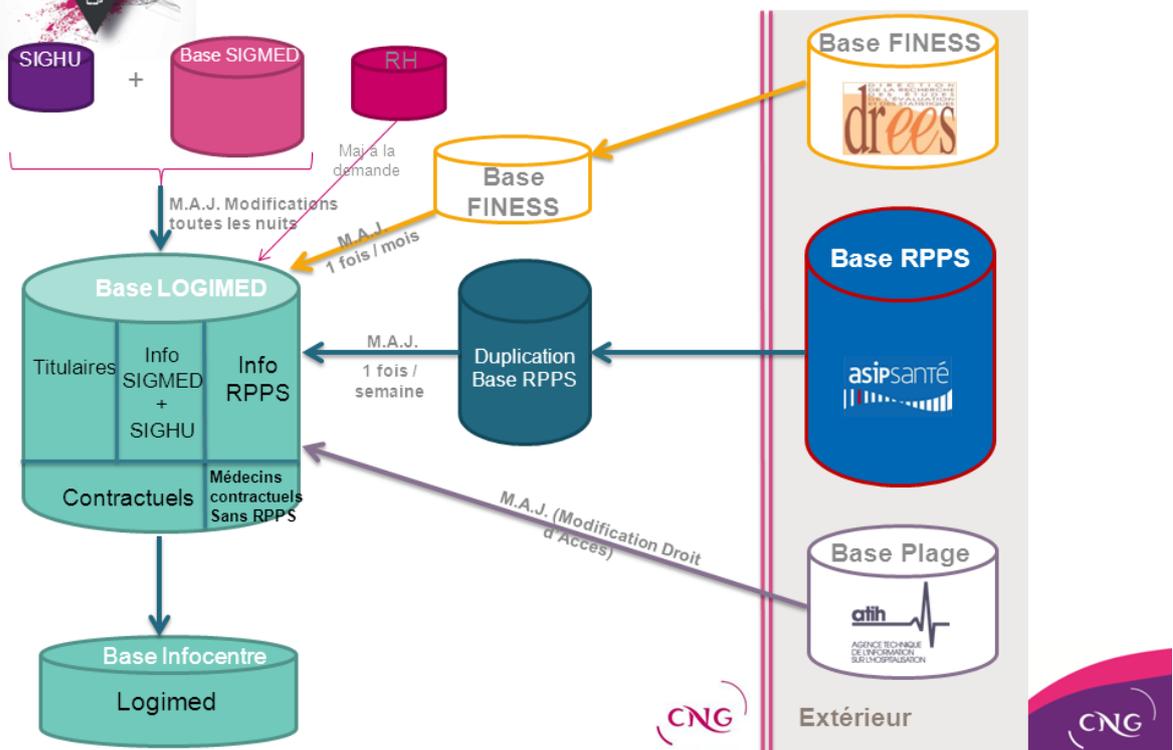




Collecter les données issues de différents logiciels



TÂCHE CNG – Traitements





Politique de sécurité de LOGIMED ↙

L'axe sécurité est au centre des préoccupations du projet LOGIMED.

L'objectif de la démarche est le respect du RGS (Référentiel Général de Sécurité) établi par l'ANSSI et de la conformité aux préconisations de la CNIL.

LOGIMED respecte les règles suivantes :

- Un EPS ne voit que ses propres données nominatives
- L'identification et l'authentification des utilisateurs sont assurées par l'outil PLAGE de l'ATIH. Cet outil est déjà largement utilisé par les EPS dans le cadre de la collecte de données du PMSI, du bilan social...
- Les droits d'accès à LOGIMED sont donnés aux gestionnaires par l'administrateur PLAGE désigné au niveau de chaque établissement.
- Les échanges de fichiers entre RH et LOGIMED s'effectuent localement et sont sous la responsabilité de l'EPS.
- Les gestionnaires LOGIMED CNG et ARS ne peuvent consulter qu'unitairement les dossiers des praticiens.
- Seuls les EPS peuvent extraire les données nominatives de leur établissement.



Les apports pour les GHT ? ↙

- ▶ Une démarche de mise en cohérence des données.
- ▶ Une démarche de standardisation des procédures dans les GHT avec l'utilisation d'une codification unique.
- ▶ Une démarche d'optimisation des ressources médicales et de suivi des personnels médicaux dans chaque GHT

Les apports pour les EPS ? ↙

- ▶ Une vision globale des personnels médicaux dans chaque établissement public de santé,
- ▶ Un outil d'aide à la gestion,
- ▶ Une amélioration de l'organisation interne de chaque établissement,
- ▶ Une amélioration de la qualité des informations,





Déroulement du projet Logimed ↙

Etablissements pilotes

Mars 2017 – Version V4.3.

Evolutions fonctionnelles :

- Décomposition des postes
- Affectation secondaire
- Structure interne étendue
- Gestion GHT
- Tableau de bord gestionnaire

- CH ALPES ISERE
- CH ALPES LEMAN
- Hospices Civils de Lyon (2 pôles)
- CH de Montélimar
- CH Tour du Pin
- CH Vinatier

1^{ère} vague de diffusion Auvergne Rhône Alpes

Cible : démarrage fin 1^{er} semestre 2017 – Version V4.3

Evolutions fonctionnelles :

- Interface avec les logiciels RH établissements

- GHT Alpes Dauphiné (9 établissements dont CHU Grenoble)
- GHT Léman Mont-Blanc (7 établissements)
- Hospices Civils de Lyon
- GHT Sud Drôme Ardèche (12 établissements)
- GHT Nord Dauphiné (4 établissements)
- CH Vinatier

+ Les CHU de Clermont-Ferrand et de St Etienne



Comment mettre en place LOGIMED dans les sites hospitaliers ? ↙

▪ 5 étapes de lancement LOGIMED :

- ▶ Créer dans PLAGE les noms d'utilisateurs et les mots de passes (déclaration des utilisateurs LOGIMED de l'établissement) par le DIM (correspondant ATIH de l'établissement) et nommer le référent Logimed de l'établissement par le directeur de l'établissement.
- ▶ Importer les données de FINESS de chaque établissement (EJ et ET). Puis créer les pôles et les structures médicales par la direction des affaires médicales de l'établissement. Rattacher l'établissement à son GHT et éventuellement à sa direction commune par l'Ars.
- ▶ Importer les postes nationaux de chaque établissement par le CNG pour validation par l'établissement et l'ARS. Puis créer les postes de médecins contractuels avec leur rattachement par l'établissement.
- ▶ Importer depuis le logiciel RH par l'interface RH/LOGIMED, les données des praticiens de l'établissement (Titulaires et contractuels). Puis saisir les praticiens sous convention ou absents du logiciel RH.
- ▶ Effectuer les affectations des praticiens sur les postes. Cette dernière étape permet d'éditer le tableau des emplois et des effectifs de l'établissement.





Comment mettre en place LOGIMED dans les sites hospitaliers ? ↙

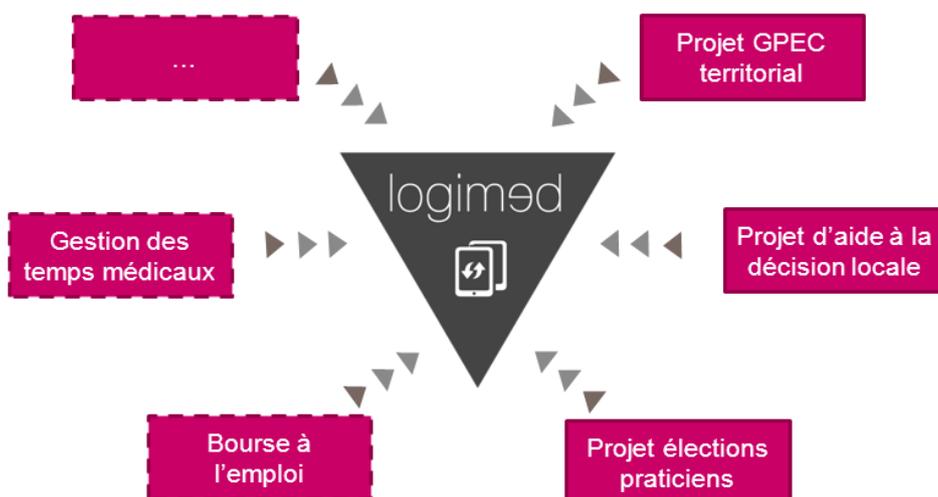
▪ Les engagements du CNG :

- ▶ Une formation à l'ensemble des établissements d'un GHT de deux jours à l'utilisation de l'outil.
 - ▶ Une présentation du projet (genèse , enjeux, outils et apports , les engagement CNG), (formation dédiée aux directeurs et cadres de l'établissement);
 - ▶ Une formation à l'initialisation (démarrage) de l'outil dans le site (formation dédiée aux gestionnaires);
 - ▶ Formation à l'outil Logimed, (formation dédiée aux gestionnaires);
 - ▶ Traitement des cas pratiques, (formation dédiée aux gestionnaires).
- ▶ Un hébergement sécurisé.
- ▶ Une mise à jour quotidienne des données.
- ▶ Favoriser le développement d'outils spécifiques d'accompagnement des hôpitaux en complément de l'offre Logimed : un support de formation de type Wiki, des outils d'aide à la décision, la formation aux métiers



Ecosystème de LOGIMED ↙

Labélisation de prestations et d'outils associés à la diffusion de LOGIMED



Afin de tirer le meilleur parti de Logimed, nous avons commencé un processus de labélisation des prestations et des outils complémentaires des partenaires commerciaux.



HUGEROT

Adrien

Octobre 2017

Elève directeur d'hôpital
Promotion 2016-2017

Le territoire comme réponse aux tensions sur la démographie médicale
Démarche stratégique et opérationnelle de mise en place d'une GPEC médicale à l'échelle du GHT Sud Lorraine

Résumé :

Alors que les dispositifs de coopération classique ont montré leurs limites pour gérer la pénurie de ressources humaines médicales présentes sur le territoire, la mise en place du GHT Sud Lorraine a constitué une opportunité d'aborder différemment le problème de la démographie médicale et de structurer une réponse commune et territorialisée à cette pénurie. Cette réponse commune a pris la forme d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales de territoire (GPECMT), dont la mise en œuvre opérationnelle s'est révélée complexe du fait de complications techniques et d'enjeux de pouvoir latents liés à l'outil retenu : l'applicatif Logimedh. La structuration d'une démarche-projet a toutefois permis de lever les doutes exprimés, de mobiliser les acteurs du territoire autour d'un objectif commun et de surmonter les difficultés inhérentes à toute démarche territoriale. En plus d'illustrer la difficulté de mener des projets stratégiques à l'échelle d'un GHT, cette expérience a permis de rappeler que la dimension technique et stratégique d'un projet de GPEC – et plus largement de tout projet – ne doit pas faire perdre de vue la dimension sociale et humaine du sujet traité. Plus largement, elle a également permis de faire naître des réflexions sur la gestion systémique de la démographie médicale et sur l'avenir des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Mots clés :

Démographie médicale, attractivité, ressources humaines, groupement hospitalier de territoire (GHT), GPEC/GPMC, stratégie territoriale, Logimedh

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.