



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

**La mise en œuvre d'une démarche
« qualité de vie au travail du
personnel médical » au Centre
Hospitalier Sud Francilien : point
d'entrée d'une politique structurelle
d'attractivité médicale**

Séverine Volet

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier M. Thierry Schmidt, Directeur Général du Centre Hospitalier Sud Francilien ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction : leur accueil chaleureux et leur encadrement m'ont permis d'apprendre beaucoup et d'être plus globalement associée à toute la vie de l'établissement. Cette expérience me sera précieuse dans la poursuite de ma carrière professionnelle.

Je tiens tout particulièrement à remercier M. Gilles Calmes, Directeur général adjoint au chef d'établissement, Stratégie, Affaires Médicales, Coopérations, Recherche pour son soutien constant et le partage de sa vision stratégique des projets, tout au long de mon stage. Ce positionnement, je l'espère, continuera à guider mes actions professionnelles futures. Je le remercie également pour sa relecture impliquée et attentive de ce mémoire.

Je souhaite également remercier Docteur Michèle Granier, Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement du CHSF pour m'avoir fait confiance et impliquée pleinement dans les dossiers liés aux affaires médicales. J'ai là aussi beaucoup appris sur le fonctionnement et la vision stratégique de la communauté médicale.

Je remercie aussi les personnes ayant accepté de réaliser un entretien sur la qualité de vie au travail pour leur disponibilité et leur écoute : M. Schmidt, Dr. Granier, M.Calmes, Dr. Salvan, Dr. Adler, Dr. Desmard, Dr. May, Dr. Majidi, Dr. Hilliquin.

Je souhaite aussi remercier Mme Sandra Bellard, Responsable du bureau des Affaires Médicales, ainsi que toute l'équipe des gestionnaires des affaires médicales, dont l'accompagnement quotidien a été source d'apprentissage et de bons moments partagés ensemble.

Enfin, je remercie les membres du bureau de CME et plus globalement l'ensemble de la communauté médicale, sans qui je n'aurai pu réaliser ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	2
1 L'organisation du Centre Hospitalier Sud Francilien est traversée par les nouvelles dynamiques affectant la majorité des établissements publics français : problème d'attractivité et nouveau rapport au travail, légitimant la mise en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail dédiée au personnel médical	6
1.1 Le CHSF est un établissement dynamique mais dont la stratégie de développement est freinée par certaines difficultés de recrutement ainsi que par des contraintes financières.....	6
1.1.1 Le CHSF, établissement, siège de son GHT, voit son activité croître sur son territoire	6
1.1.2 Les projets médicaux diversifient l'offre de soins déjà dispensée et visent à enrayer les taux de fuite, mais risquent d'être freinés par des facteurs financiers exogènes.....	8
1.1.3 Le CHSF se trouve face à des difficultés de recrutement de certains spécialistes ainsi que des internes.....	10
1.2 Un établissement qui à l'instar de la dynamique à l'œuvre à l'échelle nationale, est soumis à un nouveau rapport aux conditions de travail	11
1.2.1 Un discours exprimant un mal-être au travail, dénonçant une inadéquation des ressources et les nouveaux modes de financement	11
1.2.2 En réalité, la situation actuelle est celle d'une modification structurelle des conditions d'exercice.....	13
1.2.3 Ce changement de paradigme entraîne des troubles spécifiques dans la relation de l'individu au travail	15
1.3 Le personnel médical appréhende ces nouvelles conditions de travail d'une manière spécifique rendant légitime la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail ad hoc.....	16
1.3.1 La question de la qualité de vie au travail du personnel médical n'est abordée que récemment, essentiellement sous le prisme des risques psychosociaux	17
1.3.2 Les quelques études existantes sur cette question montrent pourtant qu'il existe une spécificité des attentes du personnel médical en la matière	19
1.3.3 Les intérêts à agir du personnel médical varient selon les spécialités	20
2 Le déploiement d'une démarche de qualité de vie au travail du personnel médical au CHSF permet de connaître les intérêts à agir du personnel médical de l'établissement...23	

2.1 La politique de qualité de vie au travail du personnel médical s'axe sur l'élaboration d'une démarche pérenne, alliant actions de court et de long terme, coconstruites avec le personnel médical, condition sine qua non de leur adhésion au projet	23
2.1.1 L'initiation d'une politique de qualité de vie au travail n'emportera l'adhésion de la communauté médicale qu'à la condition d'avoir été élaborée avec elle.....	24
2.1.2 La conduite d'un diagnostic, pierre fondatrice de cette politique, a pour but de connaître les intérêts à agir des acteurs	25
2.1.3 Une pérennisation de la démarche par la mise en œuvre d'action de moyens et de long terme, dans une démarche de « bottom up ».....	26
2.2 Si les praticiens n'ont majoritairement pas une mauvaise perception de leur qualité de vie au travail, certains points, en miroir avec les constats élaborés par les études nationales, concentrent les critiques	26
2.2.1 L'analyse des profils des répondants donne des indices sur le portrait type du praticien ayant souhaité se saisir de la problématique de la « Qualité de vie au travail ».....	27
2.2.2 Le résultat du diagnostic renvoie une image globalement positive de la qualité de vie au travail perçue par le personnel médical.....	28
2.2.3 Les praticiens constatent néanmoins dans le fonctionnement local de l'établissement des points à améliorer.....	29
2.3 La transformation de cette démarche de diagnostic en actions de routine impliquera de corriger certains biais.....	31
2.3.1 Réunir les conditions permettant d'améliorer le taux de retour des questionnaires.....	31
2.3.2 Travailler sur la communication associée à la diffusion de l'enquête.....	31
2.3.3 La pérennisation de la démarche allie la conduite d'études ciblées avec la mise en place d'un baromètre « perception de la qualité de vie au travail » à destination de toute la communauté médicale	32
3 La démarche de qualité de vie au travail du personnel médical ouvre la voie à la conduite d'une politique stratégique transcendant cette unique problématique et favorisant l'attractivité de l'établissement	33
3.1 L'analyse du diagnostic conduit à l'élaboration d'actions questionnant les organisations en vigueur qui renforceront l'attractivité de l'établissement.....	33
3.1.1 Consolider le lien avec la hiérarchie médicale grâce à la mise en place d'un entretien annuel pour chaque praticien	34
3.1.2 Penser et mettre en œuvre un dispositif de résolution des conflits pertinent....	35
3.1.3 Ouvrir une salle de garde permettant le renforcement d'une identité commune	36
3.1.4 Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants	38

3.1.5 Plus globalement, repenser le lien avec le personnel médical	39
3.2 Malgré un contexte financier contraint, mettre en place des projets médicaux d'envergure, montrant la confiance de l'établissement en ses praticiens.....	41
3.2.1 Communiquer sur le fait que l'établissement continue, malgré un contexte financier contraignant, à investir sur un projet « non rentable » et nécessitant un investissement conséquent, constitue un acte fort envers la communauté médicale	41
3.2.2 L'ouverture du Centre de Procréation Médicalement Assistée permet de construire la politique d'attractivité du futur	42
3.2.3 La conduite de ce projet a associé de manière étroite et continue le personnel médical, répondant ainsi à leur souhait d'être « porteur de projets ».....	43
3.3 Trouver un juste équilibre entre l'optimisation financière de la carrière et l'impératif de maîtrise des dépenses de masse salariale	44
3.3.1 L'utilisation des primes et différents dispositifs en vigueur permet de favoriser l'attractivité de certaines carrières.....	44
3.3.2 Une liberté d'action limitée tant par la réglementation que par les exigences liées au fonctionnement propre de l'établissement.....	46
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	51

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

CHSF : Centre Hospitalier Sud Francilien

CMCO : Centre Médico-Chirurgical Obstétrique

CME : Commission médicale d'établissement

CNG : Centre National de Gestion

EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

ETP : Equivalent Temps Plein

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MAR : Médecin anesthésiste réanimateur

PMA : Procréation Médicalement Assistée

QVT : Qualité de vie au travail

RPS : Risques psychosociaux

TIC : Technologies de l'information et de la communication

Introduction

Le début de l'année 2018 a été marqué par l'émergence d'un mouvement de contestation inspiré par l'affaire « Weinstein » : l'incitation à dénoncer sur twitter sous le sceau du slogan « Balance ton hosto », les conditions de travail dans les établissements de santé.

Il est vrai que la mise en lumière des difficultés de fonctionnement de l'hôpital comme institution est sans cesse rappelée par l'actualité nationale : la faible attractivité des carrières proposées engendrant des difficultés de recrutement et les contraintes financières sont deux des principales faiblesses du système public aujourd'hui. Ainsi, l'annonce d'une baisse des tarifs de 1,2% en 2018 avait fait réagir la Fédération hospitalière de France (FHF), qui par le biais d'un communiqué déclarait « *en théorie, (...) pour revenir à l'équilibre à la fin de 2018, les hôpitaux devraient supprimer 33 000 emplois* ». Quant aux difficultés de recrutement, elles se concentrent essentiellement sur certaines spécialités médicales, comme l'anesthésie-réanimation, l'ophtalmologie ou la radiologie ainsi que sur certains métiers non médicaux, comme les kinésithérapeutes. Un récent rapport du Centre National de Gestion (CNG) indique que « *le taux de vacance statutaire pour les postes à temps plein a progressé de 0,9 point entre 2017 et 2018* ». En début d'année, plus de 19 000 postes de médecins titulaires étaient vacants. Si ces postes sont généralement occupés par des contractuels, cette dynamique incarne une certaine désaffection pour l'exercice dans un établissement public.

Dans ce contexte, est diffusée depuis quelques années une réflexion axée autour de la notion de qualité de vie au travail du personnel. En témoigne l'initiative conjointe de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du réseau des Agences Nationales/Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT/ARACT), qui ont lancé et accompagné depuis 2015 189 établissements volontaires dans une vague d'expérimentation de cluster sociaux. Sur cette base, ces acteurs ont publié un « Guide de la qualité de vie au travail au service de la qualité des soins : de l'idée à la mise en œuvre¹ », qui constituent, avec d'autres documents² les éléments d'une boîte à outils à destination des établissements.

Il en résulte une injonction faite aux établissements publics de mettre en œuvre une politique de « qualité de vie au travail » et de questionner ainsi leur mode de

1

Haute Autorité de Santé, ANACT Aract, 2017, La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux (en ligne) Septembre 2017, Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf (consulté le 20 juillet 2018)

²La « Boussole », le « reportage photo » les espaces de discussion dans les établissements de santé »

fonctionnement. En l'espèce, selon un baromètre FHF, 3 établissements sur 4 environ auraient entamé une politique de qualité de vie au travail³. Face aux difficultés rencontrées par l'hôpital public, cette incitation peut paraître un pis-aller bien maigre, permettant de colmater des brèches qu'une réforme plus ambitieuse ne parviendrait pas à combler.

En ce sens, l'analyse faite par Frédéric Spinhirny⁴ du terme « management » pourrait s'appliquer ici : ce dernier qualifie d'ambivalent le rôle prétendument joué aujourd'hui par le management dans les institutions. Par analogie, le concept de « qualité de vie au travail » pourrait être de prime abord qualifié de façon semblable : il est aujourd'hui à la fois la solution face aux divers problèmes pouvant affecter une organisation hospitalière ainsi que leur cause.

Afin de comprendre ce qu'implique véritablement la mise en œuvre d'une démarche de qualité de vie au travail, il convient de définir ce concept, maintes fois employé mais au contenu mouvant. La qualité de vie au travail peut être définie comme « *un concept intuitif et dynamique fondé sur la perception qu'a un individu de sa place dans les sphères culturelles, organisationnelles et relationnelles de l'entreprise*⁵ ». Cette définition insiste ainsi sur la dimension subjective et donc changeante du concept. Ainsi, la qualité de vie au travail n'est pas figée dans le temps, et ne dépend pas uniquement de l'institution.

L'accord interprofessionnel en date du 19 juin 2013⁶ donne une définition plus éclairante à l'échelle d'une organisation professionnelle : « *La qualité de vie au travail a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise* ». Elle fait donc le lien entre les conditions de travail et la notion économique objective de performance d'une organisation. Le terme de qualité de vie au travail est bien le fruit de la rencontre de ces deux notions⁷.

Quant au guide sur la qualité de vie au travail de l'ANACT et de la HAS précité, il met en exergue deux notions qui seraient liées à une politique de qualité de vie au travail : celle-ci doit être vue non pas comme une finalité mais déclinée sous la forme d'une méthode

³ Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

⁴Frédéric SPINHIRNY, Dossier Perspectives en management, Gestion hospitalière n°573-février 2018

⁵De Gantes Elissane, Bellagamba Gauthier, Lehucher-Michel Marie-Pascale, « Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique*, 2014/6 (Vol. 26), p. 803-812. DOI : 10.3917/spub.146.0803. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-803.htm>

⁶ Accord interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail

⁷ Haute Autorité de Santé, 2016, Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins (en ligne) Janvier 2016, disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf (consulté le 03 juillet 2018)

mise en place en amont de tout nouveau projet. Ainsi, la qualité de vie au travail est une façon d'aborder globalement la relation au travail, le système. De même, un lien est tissé entre qualité de vie au travail et qualité des soins dispensés au patient.

Il est certain que se cache dans cette relation un cercle vertueux, infusant l'ensemble de l'organisation : la qualité de vie au travail constitue un préalable à une bonne qualité des soins, qualité des soins elle-même nécessaire à une bonne qualité de vie au travail du personnel⁸.

Ce concept est donc multidimensionnel et touche in fine l'organisation même, la structure d'une institution. Ainsi, « *elle est donc à la fois un principe et un objectif à atteindre dans le champ politique et, sur le terrain, un ordre négocié entre des paramètres cliniques, humains et économiques pourtant réputés irréconciliables* ».⁹

La déclinaison d'une politique de qualité de vie au travail s'intéresse par conséquent à tous les aspects d'une organisation. C'est dans cet esprit que la mission nationale de qualité de vie au travail initiée en 2017 par la Ministre des affaires sociales et de la santé sous l'égide « Prendre soin de ceux qui soignent » conçoit la mise en œuvre d'un Observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Présidé par le Professeur Colombat et composé de 12 experts, professionnels de santé et universitaires, il couvrira « *l'ensemble des thèmes prioritaires de la Qualité de Vie au Travail (QVT) : sécurité des soins, médecine du travail, addictions, exercice ambulatoire, secteur médico-social, attractivité des personnels, parcours des étudiants en santé, psychologie au travail, management, formation et prise en compte des enjeux de transformation du système de santé*¹⁰ ». Il aura pour mission de « *produire des contributions opérationnelles, rassembler toutes les connaissances sur un sujet, de les partager et de les diffuser largement lors d'un colloque annuel* ».

Enfin, introduire la notion de « qualité de vie au travail » pose en creux la question de la souffrance et surtout du plaisir qui accompagne le travail¹¹. Car il ne faut pas oublier que l'activité elle-même peut également être source de plaisir : celui-ci n'est pas juste le

⁸ De Gantes Elisanne, Bellagamba Gauthier, Lehucher-Michel Marie-Pascale, « Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique*, 2014/6 (Vol. 26), p. 803-812. DOI : 10.3917/spub.146.0803. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-803.htm>

⁹Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

¹⁰Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 *Qualité de vie au travail : Agnès BUZYN installe l'observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé*. Communiqué de Presse, (en ligne) 02 juillet 2018, Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_cp_-_qualite_de_vie_au_travail.pdf (consulté le 20 juillet 2018)

¹¹Roche Pierre, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/2 (n° 10), p. 83-97. DOI : 10.3917/nrp.010.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-83.htm>

résultat de l'activité mais la « *dynamise et la relance*¹² ». Il faut penser les cadres qui permettent à ce plaisir d'advenir.

Par conséquent, réfléchir et réaliser une politique de qualité de vie au travail revient à s'interroger sur les conditions de travail et donc sur les organisations et structures. Il s'agit de dessiner globalement un fonctionnement qui rende l'hôpital « attractif », sur le modèle américain des « hôpitaux magnétiques ». L'ensemble des conditions de travail influent sur l'attractivité globale de l'établissement. Il ne s'agit plus uniquement pour un établissement aujourd'hui « *d'assurer la sécurité physique des travailleurs, mais (de) devenir attractif pour séduire* »¹³.

Le présent mémoire se proposera de faire le lien entre la qualité de vie au travail du personnel médical et l'attractivité, en suggérant que la mise en place d'une politique de qualité de vie au travail n'est qu'un moyen de considérer globalement l'organisation en place, de la rendre efficiente.

En effet, comment dans un contexte de perte d'attractivité de l'hôpital public, la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail spécifique au personnel médical peut constituer l'un des volets d'une amélioration de l'attractivité ? Cette politique aide en réalité à adopter une vision globale et structurelle de la gestion des ressources humaines médicales.

Le Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) est un établissement performant et reconnu dont le fonctionnement est affecté par des problématiques d'attractivité, liées aussi bien à des dynamiques externes, comme une certaine désaffection de l'hôpital public par le personnel médical, qu'internes comme un certain mal être au travail (1). Afin de saisir au mieux les attentes et de comprendre les intérêts à agir des praticiens, le CHSF a initié une démarche de qualité de vie au travail permettant d'améliorer les conditions d'exercice (2). Il s'agira en définitive de favoriser l'émergence d'une politique plus globale visant à renforcer l'attractivité de l'établissement (3).

¹²IBID

¹³ Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/1 Métamorphose de la valeur travail et perte de sens, Gestions hospitalières n°572-janvier 2018

1 L'organisation du Centre Hospitalier Sud Francilien est traversée par les nouvelles dynamiques affectant la majorité des établissements publics français : problème d'attractivité et nouveau rapport au travail, légitimant la mise en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail dédiée au personnel médical

1.1 Le CHSF est un établissement dynamique mais dont la stratégie de développement est freinée par certaines difficultés de recrutement ainsi que par des contraintes financières

Dresser le portrait du CHSF dans son environnement territorial, permet de comprendre les dynamiques de l'établissement et d'esquisser ses freins et potentiels en matière d'attractivité et de conditions de travail.

1.1.1 Le CHSF, établissement, siège de son GHT, voit son activité croître sur son territoire

Le Centre Hospitalier Sud Francilien, établissement MCO de 1078 lits situé à Corbeil Essonnes est l'établissement de référence du Sud de l'Ile de France. Il est le siège du GHT Ile de France Sud, qui se compose de trois membres parties : le CHSF, le Centre Hospitalier Arpajon ainsi que le Centre Hospitalier Sud Essonne. Trois membres sont associés : le groupe hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Sud, l'établissement de santé psychiatrique Bartélémy Durand et la Fondation Santé Service, délivrant des prestations d'hospitalisation à domicile. Le GHT Sud Essonne jouxte le GHT Nord Essonne, dont l'établissement siège est Longjumeau. Le CHSF réalise actuellement 12,7% de l'activité du bassin du GHT. Le CHSF dessert à lui seul un bassin de plus de 600 000 personnes¹⁴.

Le facteur d'attractivité majeur du CHSF réside dans le potentiel offert par les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de son bassin de population et de plus largement, de celui du GHT. En effet, celui-ci couvre un bassin médical de 699 000

¹⁴Données PMSI

habitants, sur les 1,254 millions d'habitants que compte le département¹⁵. Il dispose d'un potentiel prometteur en termes d'activité : sa population est plus jeune que la moyenne nationale et croit. Ce phénomène est à conjuguer avec celui plus global d'un vieillissement des personnes âgées du bassin.

Les caractéristiques épidémiologiques de ce bassin de population sont également singulières : il s'agit d'une population globalement précaire, touchée par une surmortalité par cancer, en particulier chez les femmes¹⁶. De même, le taux de morbi-mortalité liée aux affections cardio-vasculaires est élevé¹⁷. Quant à la santé des enfants, ceux-ci sont à l'échelle de l'Ile de France plus touchés par l'obésité et le surpoids.

Alors que du fait de ces dynamiques démographique et épidémiologiques la demande en soins croit, la situation médicale est tendue. En effet, la moyenne d'âge des praticiens est élevée en Essonne. Par ailleurs, il est constaté un déficit de formation passée, qui conduit à une non compensation des départs à la retraite¹⁸.

Ainsi, le GHT Sud Ile de France et plus particulièrement le CHSF sont incités à développer leurs activités sans véritable craintes d'une pénurie de demande. En outre, sur la période 2012-2017, le CHSF a augmenté son activité de 36%¹⁹. En 2017, l'hôpital a ainsi assuré plus de 52 071 séjours hors séances (+2% par rapport à 2016) et plus de 106 000 passages aux urgences. Cette situation est singulière, et positive pour l'avenir, beaucoup d'établissements de taille similaire devant lutter contre une baisse d'activité à venir.

Le CHSF est relativement dépendant des urgences pour assurer son activité. Néanmoins, du fait de sa situation d'établissement de recours, il l'est moins que les autres établissements et dispose ainsi du taux de dépendance aux urgences le plus faible du département, soit 36%. Quant à l'activité ambulatoire, elle est de 25,2% hors séances.

Ce potentiel de développement d'activité se trouve néanmoins amoindri par l'activité concurrente de plusieurs autres acteurs : à l'échelle du GHT, le taux de fuite hors du territoire est de 38%. En effet, le CHSF souffre de sa proximité au nord avec les établissements parisiens de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), cette entité captant à elle-seule 13,6% de l'activité essentiellement de recours. De même, au sein du bassin du GHT, 30% de l'activité est absorbée par le secteur privé, l'un des principaux concurrents étant le Centre Médico Chirurgical Obstétrique (CMCO) d'Evry.

¹⁵Cf. projet médical

¹⁶ IBID

¹⁷ IBID

¹⁸ IBID

¹⁹ IBID

1.1.2 Les projets médicaux diversifient l'offre de soins déjà dispensée et visent à enrayer les taux de fuite, mais risquent d'être freinés par des facteurs financiers exogènes

Le CHSF propose une offre diversifiée de soins, amenée à se développer à travers le projet médical du CHSF ainsi que le projet médical partagé du GHT. Le dynamisme de ces activités, factrices d'attractivité, est à la fois en partie la source et les conséquences de certains problèmes financiers de l'établissement.

Le CHSF est un établissement « neuf » : en 2012, les hôpitaux de Corbeil et d'Evry se sont regroupés sur le site actuel. La conception et la réalisation architecturale sont le fruit d'un partenariat public-privé avec le groupe Eiffage, dont l'établissement s'est retiré en 2014. L'établissement dispose d'un plateau technique de pointe : un bloc opératoire moderne avec une onze salles d'opération actuellement, réparties entre un bloc ambulatoire et un bloc lourd, un plateau de réanimation adulte et néo natale important, qui fait du CHSF l'établissement disposant de la réanimation non chirurgicale la plus grande de l'Île-de-France. L'équipement de ce plateau a également en partie été renouvelé depuis 2012, avec l'achat d'un TEP-Scanner, d'un second IRM 1,5 T, le renouvellement d'une gamma caméra par une caméra hybride ou l'installation d'une seconde salle de coronarographie par exemple. Ces caractéristiques permettent le développement d'activités de pointe et sont en tant que telles factrices d'attractivité.

Le projet médical 2012-2016 constitue le premier projet médical du CHSF après la réunion sur un site unique des hôpitaux de Corbeil-Essonnes et d'Evry. Il a permis à l'établissement de s'extraire d'une situation jugée préoccupante²⁰, au vu du contexte financier. En effet, sur la période 2012-2016, le déficit initial de 35 millions d'euros, pour un établissement disposant d'un budget d'exploitation de 330 millions d'euros est passé à 9 million d'euros. Si cette réduction est en partie liée à la mise en œuvre du Plan de retour à l'équilibre financier et à la sortie du partenariat public-privé, l'augmentation de l'activité y a également beaucoup contribué.

Ce premier projet médical a permis au CHSF de dispenser des activités de pointe comme l'infectiologie, la neurologie, la rythmologie lourde ou la chirurgie vasculaire. Le CHSF a également universitarisé deux services : la neurologie ainsi que la diabétologie, ce qui est un facteur d'attractivité médicale.

Aujourd'hui, le CHSF propose des activités très polyvalentes : il assure aussi bien des prises en charge en soins de proximité que des activités de recours, comme un centre périnatal de type 3, une filière cardiologique avec une unité de soins intensif en cardiologie, ou une filière neurologique et de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Il est l'établissement siège du SAMU 91 et dispose d'une maternité réalisant

²⁰Projet médical

en moyenne plus de 5 000 accouchements par an. Il est référent de 4 secteurs de psychiatrie, répartis en cinq unités. En matière d'activité, ses points forts se situent essentiellement au niveau de la chirurgie orthopédique, qui représente 36% de l'activité de chirurgie, ou l'endocrinologie. En revanche, l'établissement ne développe à ce jour que peu d'activité en lien avec l'urologie et la néphrologie.

Le projet médical 2018-2022 ainsi que le projet médical partagé à l'échelle du GHT permettent d'axer les projets sur des activités en développement, afin de renforcer la position du CHSF au sein de son territoire et notamment de poursuivre la réduction du taux de fuite vers les autres hôpitaux.

Ainsi, concernant le projet médical du CHSF, trois axes ont été privilégiés : renforcer l'offre en cancérologie, travailler sur le capacitaire du service de gériatrie et développer la chirurgie ambulatoire légère. En outre, 7 projets ont déjà été réalisés en 2018, l'un d'entre eux ayant par exemple consisté à ouvrir une nouvelle salle de bloc. Cette augmentation capacitaire a pour objectif d'encourager l'activité. De même, deux projets de pointe sont en cours de réalisation : la prise en charge du pied diabétique ainsi que la drépanocytose. Ces projets sont motivants et attirent les jeunes professionnels : le traitement de la drépanocytose permet par exemple le recrutement d'un assistant spécialiste partagé et à termes, d'un praticien hospitalier à temps partiel. A plus long terme, le CHSF ouvrira également un centre de procréation médicalement assistée (PMA), projet structurant, qui prévoit le recrutement de personnel médical et non médical.

Le développement de ces projets est néanmoins limité par une situation financière délicate. Si le déficit abyssal de l'année 2012 avait pu être réduit, la situation financière en 2016 restait néanmoins fragile. En 2017, le déficit s'est à nouveau creusé, et est passé de 9 à 14 millions d'euros, entraînant dès 2018, la mise en place d'un nouveau plan de réduction des dépenses. Dès lors, la décision d'investir dans des projets médicaux nouveaux est véritablement stratégique pour l'établissement : le pilotage institutionnel doit manœuvrer afin d'allier l'ouverture de projets « non rentables » mais nécessaires pour couvrir les besoins sanitaires de la population et facteur durable d'attractivité médicale comme la PMA avec des projets plus rémunérateurs, pour lesquels il convient d'être certain que l'activité soit au rendez-vous. Cet exercice est périlleux, les prévisions d'activité, malgré les outils de contrôle de gestion, n'étant jamais certaines. De plus, il est peu rationnel de parier uniquement sur l'augmentation de l'activité pour résorber le déficit. Le nouveau plan de réduction des dépenses prévoit en outre des réductions de dépenses en matière de personnel notamment. Ainsi, le développement de projets alliés à une stabilisation voire une réduction de personnels ne sont pas sans lien avec les conditions de travail et in fine, la qualité de vie au travail.

1.1.3 Le CHSF se trouve face à des difficultés de recrutement de certains spécialistes ainsi que des internes

Le CHSF n'échappe pas au problème du recrutement des praticiens dans certaines disciplines. Globalement, cette problématique s'est accentuée ces dernières années, et touche désormais fortement les internes également. En effet, du fait de la démographie médicale en Ile de France²¹, le bassin n'est pas toujours perçu comme attractif par les jeunes médecins. En outre, le CHSF se trouve en tant que recruteur en concurrence avec plusieurs établissements pour des raisons différentes : l'APHP, hôpital universitaire attire les praticiens ayant la volonté d'exercer dans le secteur public mais souhaitant réaliser une carrière universitaire et ou du moins, prendre en charge des cas complexes, du fait de la position de recours de ce type d'établissement. Le CHSF se trouve également en concurrence avec les établissements publics de la petite couronne, du fait de leur proximité avec Paris. Enfin, il est concurrencé par des établissements privés, qui offrent généralement une carrière financièrement plus attractive aux praticiens. Ainsi, un établissement comme le CHSF recrute beaucoup de praticiens extra-européens.²² Selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'Essonne est la zone géographique disposant du plus de médecins formés à l'étranger de l'Ile de France.

En pratique, ces difficultés de recrutement se concentrent au CHSF sur certains secteurs, non constants selon les années. En effet, le service d'anesthésie disposait de plusieurs postes vacants, mais grâce à l'arrivée d'un nouveau chef de service et d'un nouveau projet de service, le nombre de postes vacants a diminué. A l'inverse, il a fallu pour la première fois en 2017, recruter des intérimaires dans les services de pédiatrie, ainsi qu'en gériatrie. En cohérence avec la dynamique nationale, dans les services d'urgences, de psychiatrie et d'anesthésie réanimation une difficulté structurelle pour recruter des praticiens est palpable. A titre d'exemple, en 2018, une quinzaine de postes ne sont pas pourvus en psychiatrie. De même, il manque toujours plus de 5 praticiens aux urgences et en anesthésie-réanimation. Si cette situation résulte en partie de causes exogènes à l'établissement, il sera important de ne pas négliger d'éventuelles causes internes, éventuellement en lien avec les conditions d'exercice.

Quant à la question des internes, il convient de souligner tout d'abord qu'il est crucial pour un établissement comme le CHSF d'être « choisi » par ceux-ci : ces derniers constituent une « main d'œuvre » indispensable au bon fonctionnement de l'établissement. Mais surtout, ils permettent de préparer le futur, de fidéliser de futurs candidats susceptibles de

²¹Projet Médical Partagé

²² IBID

venir y travailler durablement. Or, une réforme des études universitaires est intervenue en 2017 et rend plus difficile le choix d'établissement « périphériques » comme le CHSF. A titre d'exemple, le nombre d'internes est passé de 98 en 2017 à 56 en 2018. A cela, s'ajoute le fait que l'établissement souffre de son éloignement de Paris : il ne propose pas de logements aux internes, ce qui décourage certains candidats potentiels. En conséquence, l'établissement est forcé de recruter plus de « faisant fonction d'internes » (FFI) ou de « stagiaires associés », étudiants étrangers. Ceci comporte plusieurs conséquences : ces étudiants, bien que formés en médecine, sont souvent de langue étrangère, ce qui rend le travail sur le terrain plus difficile. A un autre niveau, leur recrutement ne pourra pas permettre de les fidéliser, ceux-ci ne pouvant généralement, après leurs études venir travailler directement en France qu'après avoir passé la « Procédure d'autorisation d'exercice ». Enfin, ces recrutements sont plus onéreux pour l'établissement : alors que dans le cas des internes, l'Agence Régionale Santé (ARS) finance en partie ces postes, ce n'est pas le cas pour les FFI. De surcroît, du fait de leur situation précaire, l'établissement a décidé de financer une partie de leur logement, ce qui représente un surcoût pour le CHSF.

1.2 Un établissement qui à l'instar de la dynamique à l'œuvre à l'échelle nationale, est soumis à un nouveau rapport aux conditions de travail

L'identité du CHSF est en partie définie par sa dynamique sanitaire et de territoire mais est également nourrie à l'échelle interne par les nouvelles tendances sociales affectant le rapport au travail. Les identifier, c'est connaître les spécificités de son personnel médical et donc œuvrer pour une stratégie d'établissement cohérente.

1.2.1 Un discours exprimant un mal-être au travail, dénonçant une inadéquation des ressources et les nouveaux modes de financement

Alors même que nous travaillons aujourd'hui proportionnellement moins, en nombre d'heures, qu'au début du siècle, le travail est dans la société actuelle souvent paradoxalement perçu comme une expérience douloureuse. En témoigne la multiplication

de l'occurrence de « burn out ». Le cabinet Stimulus²³ a mis en place un observatoire du stress au travail, qui a évalué plus de 30 000 salariés entre 2013 et 2017, appartenant à différentes entreprises et secteurs : près d'un quart des individus seraient soumis à un hyperstress, phénomène touchant d'ailleurs d'avantage les femmes que les hommes. Par ailleurs, près de la moitié des salariés présentent un niveau élevé d'anxiété. Il est intéressant de constater que les cadres et les non cadres sont touchés.

Le CHSF et plus globalement l'hôpital public n'est pas épargné par cette tendance : ce secteur se trouve aujourd'hui stigmatisé par un discours exprimant un mal-être important, qui se serait accentué avec les années, avec la mise en place de la tarification à l'activité. Edouard Couty²⁴ a déclaré en ce sens « *l'hôpital est par nature un lieu d'affrontement et non de conciliation* ». En synthèse, les agents ont l'impression de devoir soigner vite, de répondre à une demande de rentabilité importante avec moins d'effectifs et de moyens.

En l'espèce, selon une note du CEVIPOF²⁵, le nombre d'agents de la fonction publique hospitalière qui sont satisfaits de leur travail est inférieure aux autres fonctions publiques ainsi qu'au secteur privé. Ceci est peut-être lié à la singularité de ce personnel : selon une étude²⁶, le personnel hospitalier ferait preuve d'une attraction pour les politiques publiques, un engagement certain pour l'intérêt public, la compassion et le sacrifice personnel. Travailler dans le soin signifie donc faire le choix d'un « métier passion »²⁷

Une étude de la DREES en 2013²⁸ sur les conditions de travail en établissement de santé avait mis en lumière la pénibilité liée aux métiers hospitalières : elle serait au même niveau voire à un niveau plus important que celle du secteur du bâtiment et des travaux publics. Selon cette étude, les contraintes seraient de plusieurs types : liées aux horaires, au rythme de travail, aux contraintes physiques, aux relations avec le public, à la charge mentale et à la charge émotionnelle. Elles ne sont d'ailleurs pas toutes ressenties de la

²³Cabinet Stimulus (2017) Observatoire de la santé psychologique au travail (en ligne) Novembre 2017, Disponible sur <http://www.stimulus-conseil.com/stimulus-publie-observatoire-de-sante-psychologique-travail/> (consulté le 20 juillet 2018)

²⁴BAYLE-INIQUEZ A. (2018) Edouard Couty (médiateur national) : « L'hôpital est par nature un lieu d'affrontement et non de conciliation », *Le quotidien du médecin.fr*, (en ligne) 15 février 2018. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/15/edouard-couty-mediateur-national-lhopital-est-par-nature-un-lieu-daffrontement-et-non-de-conciliation-_855177 (consulté le 26 août 2018)

²⁵ Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

²⁶ Citée par Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

²⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé (2018) *Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent »* (en ligne). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent> (consulté le 26 août 2018)

²⁸ Haute Autorité de Santé, 2016, Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins (en ligne) Janvier 2016, disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf (consulté le 03 juillet 2018)

même façon par tous les corps de métier. Les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) se sentiraient plus concernés par la pénibilité de leur travail. Par ailleurs, les contraintes physiques concernent logiquement plus les aides-soignants, et les contraintes mentales les médecins. Un mélange des deux types de contraintes se retrouvent chez les IDE. Connaître ces spécificités sera également important pour savoir sur quel levier agir au moment de mettre en place une politique ad hoc favorisant la qualité de vie au travail.

Par ailleurs, il est coutume d'entendre que les conditions de travail se seraient dégradées avec les années. A ce titre, deux enquêtes menées en 1998 puis 2003²⁹ mettent en exergue que pour les agents hospitaliers, les conditions de travail se sont déjà dégradées entre ces deux dates. Néanmoins, l'étude de la DREES précitée tend à montrer que si les conditions de travail se sont dégradées entre 1990 et les années 2000, période correspondant à une intensification du travail tous secteurs confondus en France³⁰, il est possible de noter, depuis 2014, une amélioration récente.

En réalité, ces constats montrent que si les personnes rapportent globalement plus de pénibilité et de risques dans leur travail quotidien, il n'y a pas une détérioration globale des conditions de travail, mais des détériorations, variant selon les contextes³¹, les domaines.

1.2.2 En réalité, la situation actuelle est celle d'une modification structurelle des conditions d'exercice

Les discours sur la souffrance au travail exprimés par les agents hospitaliers, s'ils montrent bien un certain mal-être, n'amènent guère d'éléments tangibles qui permettraient d'expliquer ce rapport négatif au travail. En réalité, ils peinent à décrire une réalité complexe, dont la compréhension est pourtant nécessaire à l'heure de proposer des pistes pratiques permettant d'améliorer les conditions de travail, et donc la qualité de vie au travail. Car il s'agit bien de cela : comme l'avance Frédéric Spinhirny³², s'est bien le rapport des agents aux conditions de travail qui a évolué. En outre, il convient d'être

²⁹De Gantes Elissane, Bellagamba Gauthier, Lehucher-Michel Marie-Pascale, « Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique*, 2014/6 (Vol. 26), p. 803-812. DOI : 10.3917/spub.146.0803. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-803.htm>

³⁰Gollac Michel, Volkoff Serge, « Les conditions de travail aujourd'hui. Entretien », *Savoir/Agir*, 2008/1 (n° 3), p. 43-57. DOI : 10.3917/sava.003.0043. URL : <https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2008-1-page-43.htm>

³¹IBID

³²Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/1 Métamorphose de la valeur travail et perte de sens, *Gestions hospitalières* n°572-janvier 2018

conscient que les changements touchent à la fois le travail et les normes sociales³³. A titre d'exemple, certaines représentations d'un métier ont évolué : alors qu'aujourd'hui une infirmière peut par exemple considérer pénible le fait de porter des « charges lourdes », au début du siècle, les malades n'étaient pas considérés comme de telles³⁴. Il convient donc de comprendre ce nouveau rapport aux conditions de travail, afin de pouvoir l'appréhender.

La société est tout d'abord caractérisée par son individualisme³⁵. En effet, le travail est aujourd'hui vécu comme le lieu où tout un chacun devrait s'accomplir, s'épanouir. Cette notion d'individualisme se diffuse bien au-delà, dans toutes les strates de la société et rapports interpersonnels. Ainsi, elle irrigue même le lien entre les patients et l'établissement, par le biais de leur demande de parcours individualisé notamment. Mais surtout, elle illustre l'injonction faite aujourd'hui en matière de gestion des ressources humaines, d'individualiser les parcours³⁶. Elle est spontanément enfin citée en exemple de bonnes pratiques dans certains entretiens menés avec des acteurs du CHSF, comme facteur d'attractivité médicale.

La seconde condition serait la souffrance psychique, incarnée dans la multiplication des « burn-out ». Le travail est également transformé par le rapport à démocratie, comme en témoigne la loi du 04 mars 2002, à l'autorité et à la fin des conflits. En effet, les structures de travail actuelles permettraient paradoxalement d'éviter tout conflit, en ayant notamment recours à la médiation.

Seraient également à l'œuvre dans le travail un excès de formalisation, ainsi que l'importance accordée aux techniques et à l'innovation³⁷.

De même, l'usage des technologies de l'information et de la communication entraînerait une modification du rapport au temps, la sixième condition affectant le travail étant au croisement de ce rapport efficacité/temps³⁸. Les individus seraient assujettis au temps présent³⁹. Les modifications de ce rapport au temps allié à une standardisation de

³³ Gollac Michel, Volkoff Serge, « Les conditions de travail aujourd'hui. Entretien », *Savoir/Agir*, 2008/1 (n° 3), p. 43-57. DOI : 10.3917/sava.003.0043. URL : <https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2008-1-page-43.htm>

³⁴ IBID

³⁵ Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/1 Métamorphose de la valeur travail et perte de sens, *Gestions hospitalières* n°572-janvier 2018

³⁶ CALMES G. et al. (2013) *Pour une nouvelle gouvernance des ressources humaines médicales à l'hôpital* Rennes : Presses de l'EHESP

³⁷ Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/1 Métamorphose de la valeur travail et perte de sens, *Gestions hospitalières* n°572-janvier 2018

³⁸ Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Émotion et crise de la liberté comme horizon du management, *Gestions hospitalières* n°573-février 2018, pp.82-88

³⁹ Roche Pierre, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/2 (n° 10), p. 83-97. DOI : 10.3917/nrp.010.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-83.htm>

l'activité pourrait affecter le lien travail-plaisir : paradoxalement, le plaisir lié au travail émergerait davantage dans les cadres spatio temporels laissant la place à l'imprévisibilité⁴⁰, permettant « *l'existence de temps qualitativement variés* », obligeant les individus à « *inventer* ». Les conditions actuelles de travail sont également caractérisées par la prédominance du concept de management, qui est selon Frédéric Spinhirny⁴¹, paradoxant. Ce management investit aujourd'hui le registre de l'émotion, considérée comme une source de motivation des agents. Le monde du travail serait affecté paradoxalement par « la liberté en crise », liée à l'émergence de la « *société intelligente* » : « *la liberté définie traditionnellement comme absence de contraintes, est elle-même en train de produire des contraintes*⁴² ». Enfin, la dernière transformation des conditions de travail contemporaines serait celle de la simulation, en tant qu'élément créateur d'une réalité virtuelle, en déconnexion avec le réel. En témoigne l'ouverture au CHU d'Angers d'un centre simulation, permettant aux jeunes médecins de s'entraîner, avant d'opérer un « véritable » patient.

1.2.3 Ce changement de paradigme entraîne des troubles spécifiques dans la relation de l'individu au travail

Par conséquent, les troubles décrits par les agents lorsqu'ils parlent de leur travail seraient essentiellement engendrés par un décalage entre un discours construit, perçu comme cohérent et les nouvelles conditions de travail. Les véritables causes du mal-être ressenti pourraient donc n'être pas accessibles d'emblée.

En pratique, les nouvelles conditions de travail induisent une absence de contact avec le réel⁴³ : Selon Charles Taylor⁴⁴, l'individu n'a plus l'impression d'accomplir une tâche jusqu'au bout, ce qui le trouble dans sa relation au temps. En outre, l'usage des TIC alimente un sentiment d'instabilité, d'urgence permanente⁴⁵. De ce fait, il ne peut éprouver la satisfaction du travail bien fait, alors que l'effort du travail persiste.

⁴⁰Roche Pierre, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/2 (n° 10), p. 83-97. DOI : 10.3917/nrp.010.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-83.htm>

⁴¹Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Émotion et crise de la liberté comme horizon du management, *Gestions hospitalières* n°573-février 2018, pp.82-88

⁴²IBID

⁴³Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/1 Métamorphose de la valeur travail et perte de sens, *Gestions hospitalières* n°572-janvier 2018

⁴⁴Cité par Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018

⁴⁵Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Émotion et crise de la liberté comme horizon du management, *Gestions hospitalières* n°573-février 2018, pp.82-88

La demande d'individualisme induit une ambivalence⁴⁶, les individus réclamant par exemple une flexibilité des horaires mais dénonçant l'instabilité du monde du travail ou le fait qu'il soit difficile de défendre des intérêts collectifs. Un entretien mené dans le cadre de l'enquête sur la qualité de vie au travail avec le Directeur Général mettait en exergue cette difficulté à concilier une nécessaire individualisation des parcours avec un impératif de permanence d'une institution, avec une identité marquée. Cette tension se traduirait par une « *immobilité fulgurante* »⁴⁷, les agents se trouvant dans une structure évoluant sans cesse, sans vraiment avoir prise sur elle. En outre, cet excès de dynamisme allié au fait de ne pouvoir mener une action à son terme serait générateur de frustration⁴⁸.

Le champ investi aujourd'hui par le management paradoxant étant celui de l'émotion, du développement personnel, il est demandé à l'agent d'être authentique⁴⁹. Or, il s'agit d'une fausse quête d'originalité, le monde du travail étant caractérisé par une automatisation des tâches.

Enfin, le besoin de reconnaissance serait lié au manque de véritable médiation par un tiers, aujourd'hui remplacées par de « fausses » reconnaissances, des médiations neutres, comme l'organisation de séminaires par l'institution etc. Selon Chan⁵⁰, « *la structure de la gratification étant perturbée, le sujet performant se sent obligé de faire preuve de toujours plus de capacités* ».

1.3 Le personnel médical appréhende ces nouvelles conditions de travail d'une manière spécifique rendant légitime la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail ad hoc

La majorité des études s'attachent à transmettre le discours des agents hospitaliers au sens large. Bien que touchés par les mêmes changements dans le rapport au travail, l'appréhension de ce nouveau paradigme est singulière pour le personnel médical. Ceci est certainement lié au fait que ce personnel est mu par des intérêts à agir spécifiques,

⁴⁶Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, Gestions hospitalières n°574-mars 2018

⁴⁷Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Emotion et crise de la liberté comme horizon du management, Gestions hospitalières n°573-février 2018, pp.82-88

⁴⁸Roche Pierre, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/2 (n° 10), p. 83-97. DOI : 10.3917/nrp.010.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-83.htm>

⁴⁹Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Emotion et crise de la liberté comme horizon du management, Gestions hospitalières n°573-février 2018, pp.82-88

⁵⁰IBID

qu'un établissement de santé doit connaître. Ils peuvent en effet constituer le socle d'une politique d'attractivité médicale.

1.3.1 La question de la qualité de vie au travail du personnel médical n'est abordée que récemment, essentiellement sous le prisme des risques psychosociaux

Le suicide le 17 décembre 2015 d'un Professeur à l'Hôpital Européen Georges Pompidou a été à la source d'une prise de conscience douloureuse pour le monde hospitalier : les médecins pouvaient également se trouver en situation de grande souffrance au travail, être touchés par des risques psychosociaux. Alors que les praticiens sont dans un environnement qui peut générer par nature⁵¹ des risques psycho sociaux, liés au caractère même de leurs missions ainsi qu'aux relations d'émulation voire de compétition entre confrères, les risques psychosociaux étaient « *soit passés sous silence, soit non décelés voire niés* »⁵².

En effet, comme le soulignait Edouard Couty, médiateur national dans un entretien accordé au journal Libération le 16 janvier 2017 « *En la matière, le premier constat est que l'on navigue en plein brouillard. Les données manquent et le déni persiste*⁵³ ». Cette analyse est également celle de Madeleine Estryn-Behar, qui à la suite d'un travail de recensement des études sur cette question, constate que « *la France, bien que disposant d'une médecine réputée, est un pays où les difficultés des médecins eux-mêmes ont été le moins étudiées*⁵⁴ ».

Ce constat a conduit la Ministre des Affaires sociales et de la Santé à confier à l'IGAS, en association avec l'IGAENR, la mission d'effectuer un état des lieux sur la question des risques psycho-sociaux du personnel médical en établissement de santé. En décembre 2016, ces deux corps d'inspection ont rendu un rapport articulé en trois tomes, dans lesquels la qualité de vie au travail est abordée sous le prisme des risques psychosociaux : les deux premiers tomes présentent des recommandations pour une meilleure prise en charge des risques psychosociaux en établissements de santé⁵⁵. Le troisième

⁵¹Pr. Rémi SALOMON, Florence BAGUET Praticiens Hospitaliers De la difficulté d'être, Gestions hospitalières n°574-mars 2018, pp. 177-180

⁵²David DUBOIS, Philippe COLOMBAT, Adama N'DIAYE, La qualité de vie au travail du personnel médical Gestions hospitalières n°574-mars 2018

⁵³FAVEREAU E. (2017) Hôpital : un médiateur pour prendre soin des médecins, Libération.fr (en ligne) 16 janvier 2017. Disponible sur : http://www.liberation.fr/france/2017/01/16/hopital-un-mediateur-pour-prendre-soin-des-medecins_1541771 (consulté le 26 août 2018)

⁵⁴IBID

⁵⁵Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR) (2016) *Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en*

tome est quant à lui consacré à l'analyse de la structure organisationnelle de l'Hôpital Européen Georges-Pompidou. En l'espèce, la démarche de l'IGAS est structurée en six points. Elle préconise tout d'abord « une structuration du pilotage national », impliquant notamment la création d'une mission nationale chargée de la « mise en œuvre de la stratégie nationale » en matière de qualité de vie au travail, ainsi que l'instauration d'un observatoire dédié à cette thématique. Cet axe conduit également la mission à appeler à la création d'une médiation nationale santé, et d'un système de médiateurs nationaux, afin de « *dépayser la prise en charge* ». Le rapport plaide ensuite pour « *le renforcement de l'implication du niveau régional et de la gouvernance des établissements* », par la création d'une véritable politique de dialogue social, impliquant une révision des missions des commissions régionales paritaires, et à l'échelle d'un établissement, la généralisation de sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement (CME) en charge de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psychosociaux (RPS). Le rapport insiste également sur la nécessité d'une « *meilleure efficacité des structures de dialogue* » et appelle à une simplification des actes de gestion. Enfin, les inspecteurs voient dans les GHT, une opportunité à saisir en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Ce rapport est la pierre angulaire de la stratégie nationale de santé lancée par la Ministre des affaires sociales et de la santé en décembre 2016, intitulée « *prendre soin de ceux qui soignent* » : parmi les engagements pour améliorer spécifiquement la qualité de vie du personnel médical, figurent la nomination d'Edouard Couty comme médiateur national en janvier 2017, l'initiation d'une mission nationale portant cette thématique, d'un observatoire de qualité de vie au travail ou encore des pistes pour favoriser la conciliation entre privé privé et vie professionnelle. En pratique, le médiateur national a en un an eu à traiter 53 dossiers⁵⁶. La mise en place des médiateurs régionaux devrait en outre être effective début 2019⁵⁷.

Enfin, volonté d'agir s'est traduite par l'adoption de plans ou de résolution par différentes organisations ou collectifs : l'APHP a adopté un plan « Ressources humaines du personnel médical » le 3 janvier 2016. Jusqu'alors, la question d'une telle politique n'était pas véritablement envisagée.⁵⁸ Par ailleurs, les internes se sont également saisis de cette

responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques, Inspection Générale des Affaires Sociales, Décembre 2016

⁵⁶(2018) Des médiateurs régionaux dans les hôpitaux à la fin de l'année, *Le Monde.fr* (en ligne) 16 février 2017. Disponible sur : https://abonnes.lemonde.fr/sante/article/2018/02/16/des-mediateurs-regionaux-dans-les-hopitaux-a-la-fin-de-l-annee_5258137_1651302.html? (consulté le 26 août 2018)

⁵⁷ IBID

⁵⁸ Pr. Rémi SALOMON, Florence BAGUET Praticiens Hospitaliers De la difficulté d'être, *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018, pp. 177-180

question, par l'intermédiaire d'un de leur syndicat, qui a publié en mai 2018, un livre blanc⁵⁹ visant à proposer une stratégie de transformation du système de santé.

1.3.2 Les quelques études existantes sur cette question montrent pourtant qu'il existe une spécificité des attentes du personnel médical en la matière

Il semble difficile à première vue d'apporter une appréciation d'ensemble qui serait définitive sur l'importance et la spécificité d'une perception de la qualité de vie au travail du personnel médical. En effet, plusieurs facteurs influent sur celle-ci comme l'appartenance à des spécialités différentes, le rôle joué par le parcours professionnel et personnel dans le choix de l'exercice public, mais aussi les effets distincts joués par des organisations différentes⁶⁰.

Néanmoins, il est possible de mettre en exergue quelques traits spécifiques quant à la relation du personnel médical aux nouvelles conditions de travail et à l'institution. Ceci légitime la nécessité de mettre en place une politique de qualité de vie au travail spécifique au personnel médical.

Selon Madeleine Estryn-Behar, « *les stressés les plus significatifs chez les médecins sont la durée du travail, le travail de nuit et de week-end, le manque de sommeil, le conflit de rôle entre carrière et vie personnelle, insuffisance du travail d'équipe* ⁶¹ ».

Concernant le choix d'exercer à l'hôpital public, il semblerait qu'il soit lié notamment au fait de pouvoir justement disposer de temps pour leur vie personnelle⁶². A l'échelle d'un établissement, plusieurs études aident à percevoir les ressorts motivationnels des praticiens, et à comprendre leurs actions. Elles tendent à montrer que les praticiens montrent une certaine indépendance à l'égard de l'institution. Cette impression est partagée par certains acteurs du CHSF, interrogés dans le cadre d'entretiens qualitatifs sur la qualité de vie au travail, certains praticiens acceptant par exemple difficilement que le projet médical soit une partie du projet d'établissement. Il est possible d'en déduire qu'il

⁵⁹ InterSyndicale Nationale des Internes, (2018) Livre blanc Stratégie de transformation du système de santé. (en ligne), Disponible sur http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2018/06/LIVRE_BLANC_ISNI_201805.pdf (consulté le 26 août 2018)

⁶⁰ Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR) (2016) *Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Décembre 2016

⁶¹ FAVEREAU E. (2017) Hôpital : un médiateur pour prendre soin des médecins, Libération.fr (en ligne) 16 janvier 2017. Disponible sur : http://www.liberation.fr/france/2017/01/16/hopital-un-mediateur-pour-prendre-soin-des-medecins_1541771 (consulté le 26 août 2018)

⁶² Miremont Marie-Claude, Valax Marc, « Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique », @GRH, 2015/2 (n° 15), p. 15-35. DOI : 10.3917/grh.152.0015. URL : <https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-2-page-15.htm>

résulte de cela une volonté pour certains praticiens d'être plus impliqués dans la conduite de projets médicaux. Néanmoins, afin d'assumer un rôle managérial, ces praticiens devraient être formés à cette tâche : comme le souligne un article paru dans *Gestion Hospitalière*⁶³, les médecins ne sont pas préparés au travail en équipe.

Quant aux internes, une étude⁶⁴ de la commission « jeunes médecins » du Conseil National de l'Ordre des Médecins montre qu'un quart des étudiants et jeunes médecins présentent un état de santé moyen ou mauvais. 49% d'entre eux seraient par ailleurs en burn-out et 14% auraient des idées suicidaires. L'Intersyndicale Nationale des Internes souligne dans son livre blanc⁶⁵ un glissement de tâches, conduisant les étudiants à effectuer des tâches de rangement par exemple sur des temps qui devraient être dédiés à la formation universitaire et dénonce une perte de sens, « *un sentiment d'abattage* ». De même, les internes expriment le fait que pour l'ensemble des soignants « *les salaires n'ont pas suivi le coût de la vie et ont induits des salaires parmi les plus bas d'Europe* ».

Le constat fait de la nécessité d'une approche particulière à l'endroit du personnel médical est par ailleurs partagé par tous les acteurs internes au CHSF, interrogés lors des entretiens qualitatifs sur la qualité de vie au travail. Cette nécessité est justifiée tantôt du fait de la pénibilité du travail liée aux gardes, tantôt du fait de la spécificité de la formation des médecins, qui implique un autre rapport au patient ainsi que des visées différentes en matière de carrière.

1.3.3 Les intérêts à agir du personnel médical varient selon les spécialités

Des études plus approfondies existent, ciblées sur la relations au travail de certains spécialistes. Ces résultats précis permettent de mieux cerner les attentes du corps médical, même si ces études mériteraient d'être étendues à toutes les spécialités.

Ainsi, une première étude⁶⁶ réalisée sur 240 médecins hospitaliers appartenant aux secteurs publics et privés s'intéressent aux conditions de travail perçues par des cardiologues, des radiologues, des urgentistes et des anesthésistes-réanimateurs : un tiers des médecins évoque le terme de passion pour parler de leur métier. Cependant,

⁶³ Pr. Rémi SALOMON, Florence BAGUET Praticiens Hospitaliers De la difficulté d'être, *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018, pp. 177-180

⁶⁴ Etude citée par FAVEREAU E. (2017) Hôpital : un médiateur pour prendre soin des médecins, *Libération.fr* (en ligne) 16 janvier 2017. Disponible sur : http://www.liberation.fr/france/2017/01/16/hopital-un-mediateur-pour-prendre-soin-des-medecins_1541771 (consulté le 26 août 2018)

⁶⁵ InterSyndicale Nationale des Internes, (2018) Livre blanc Stratégie de transformation du système de santé. (en ligne), Disponible sur http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2018/06/LIVRE_BLANC_ISNI_201805.pdf (consulté le 26 août 2018)

⁶⁶ Appel medical search (2018) *Futura Med Analyses et visions d'avenir de quatre spécialités médicales majeures*, Appel medical search groupe randstad, Février 2018

l'adjectif négatif associé à la pratique est souvent le caractère « épuisant ou fatigant » du métier. Quant aux motivations du choix du métier, 57% des médecins ont choisi d'exercer ce métier pour sauver des vies ou aider les gens, et 80% d'entre eux referaient le même choix aujourd'hui.

Les réponses des urgentistes semblent néanmoins diverger quelque peu : Il est noté une tendance pour les urgentistes à associer plus d'adjectifs négatifs à leur métier. En outre, un tiers des urgentistes ne renouvelleraient pas leur choix aujourd'hui.

Quant au choix du lieu d'exercice, les praticiens exerçant dans le secteur public sont essentiellement motivés par la diversité et/ou complexité des patients qu'ils prennent en charge ainsi que l'accès à un plateau technique performant. Cependant, il convient de relever que les médecins travaillant dans le secteur public font plus souvent appel à un champ lexical péjoratif. 20% seulement des praticiens du public indiquent estimer leur rémunération satisfaisante.

Les craintes et insatisfaction évoquées quant aux conditions de travail sont de plusieurs ordres. Les praticiens dénoncent, étonnement surtout ceux appartenant au secteur privé, la lourdeur administrative. Les praticiens des deux secteurs déplorent également le manque de médecins. 60% des praticiens interrogés se disent inquiets ou pessimistes du fait du « *durcissement de financement de la santé, de l'émergence de la télémédecine et du regroupement de structures hospitalières* ». La demande de temps supplémentaire pour la vie privée se vérifie dans cette étude, 42% des médecins voulant réduire le temps consacré au travail. Chiffre relativement inquiétant, 56% des médecins interrogés ont un avis mitigé sur leurs jeunes confrères.

Quant à leur vision des axes qui pourraient améliorer l'attractivité du service, 40% d'entre eux évoquent une rémunération plus intéressante, 22% une baisse du temps de travail et 16% la mise à disposition d'un plateau technique plus performant. Ces résultats sont instructifs : ils font directement le lien entre les conditions de travail, la qualité de vie au travail et l'attractivité.

Une autre enquête s'est intéressée à la qualité de vie au travail des psychiatres hospitaliers⁶⁷, l'une des spécialités les plus à risque de suicides, et de risques psychosociaux, liés à la souffrance psychique des patients et à la « *charge émotionnelle intense de la relation médecin patient* ». Cette étude montre ainsi que les médecins ont un taux de prévalence de syndrome d'épuisement professionnel de 43%, de troubles psychologiques de 29% et une médiocre santé perçue de 8%. Mais surtout, ils présenteraient une faible capacité à s'avouer leur souffrance psychologique. Enfin, une

⁶⁷ De Gantes Elisanne, Bellagamba Gauthier, Lehucher-Michel Marie-Pascale, « Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique*, 2014/6 (Vol. 26), p. 803-812. DOI : 10.3917/spub.146.0803. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-803.htm>

étude approfondie a été réalisée en 2013⁶⁸ afin de parvenir à déterminer les motivations présentes pour appréhender la fidélité des Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges. Dans ce cadre, des MAR ayant choisi de rester en exercice au CHU et des MAR l'ayant quitté ont été interrogés, sur la base d'un modèle tridimensionnel d'engagement organisationnel comportant les trois ressorts suivants : la dimension affective, la dimension utilitariste et la dimension normative.

La dimension utilitariste, liée au calcul existe. La dynamique à l'œuvre ici est de lier l'engagement dans un poste à l'engagement dans un processus auquel il serait coûteux de mettre fin. Elle repose sur deux types de facteurs : des facteurs internes tout d'abord, comme la sécurité au travail et du patient, liée à une équipe et des moyens techniques importants, ainsi que la sécurité juridique apportée par la structure publique. Des facteurs externes jouent également comme les liens familiaux et l'attachement à la ville.

La dimension normative se traduit par la fidélité liée aux valeurs du service public et est très présente chez les MAR, en particulier ceux disposant de plus de 10 ans d'exercice. En l'espèce, les MAR revendiquent vouloir travailler dans un système qui promeut l'égalité des soins, et la relation avec le patient sans rapport direct au paiement de l'acte. Mais paradoxalement, les MAR travaillant en secteur privé font siennes également ces valeurs. In fine, l'étude montre que l'image perçue du secteur privé dépend de la pratique des remplacements par les MAR durant leur carrière. Cependant, 90% des MAR interrogés disent être tout à fait d'accord sur le fait que les conditions de travail se sont détériorées, et 10% sont d'accord. Pour un certain nombre d'entre eux, quitter le service public devient de ce fait une possibilité. En effet, l'alourdissement des tâches administratives et la « financiarisation des hôpitaux » sont pointées du doigt.

Quant à la dimension affective, elle est souvent liée à l'équipe, comme garante de la sécurité. Cependant, cette dimension est beaucoup plus faible que celle liée à l'engagement normatif ou utilitariste. Néanmoins et paradoxalement, cette dimension affective explique certains départs de praticiens vers le privé, ceux-ci partant rejoindre des collègues les ayant sollicités.

L'étude montrent des résultats paradoxaux : en général, c'est l'aspect affectif qui domine dans les choix d'engagement réalisés. Par ailleurs, les études montrent également que cette dimension affective devrait favoriser « *la fidélité à l'organisation* », alors qu'ici elle agit de façon inverse. L'étude avance l'hypothèse que dans le cas des MAR, l'existence de la confiance professionnelle et de la cooptation est primordiale, du fait de la sécurité en

⁶⁸Baret Pierre, Renaud Emmanuel, « Un modèle tridimensionnel d'engagement organisationnel pour appréhender la fidélité au CHU des anesthésistes ? », *Question(s) de management*, 2014/1 (n° 5), p. 33-45. DOI : 10.3917/qdm.141.0033. URL : <https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2014-1-page-33.htm>

jeux. Cette étude met clairement en exergue la spécificité des intérêts à agir des praticiens, dictée par une pratique et une façon d'être singulière.

Le Centre Hospitalier Sud Francilien se situe dans une dynamique attractive : des projets médicaux d'envergure, un plateau technique de pointe notamment. Mais surtout, il est implanté dans un bassin démographique jeune et en augmentation, laissant augurer une demande croissante pour l'avenir et des perspectives de développement d'activités variées. Ce potentiel est néanmoins enrayé par les contraintes financières, qui risquent de remettre à termes en cause certains projets. En matière de dynamique interne, l'établissement est traversé par ce qui pourrait être nommé une crise de la relation au travail : dénonciation des conditions de travail et mal-être au travail sont des thèmes d'actualité. Ce mal-être exprime en réalité une modification profonde du rapport au travail. Touchant toutes les catégories de personnel, elle s'exprime néanmoins singulièrement pour le personnel médical, justifiant l'instauration d'une politique de qualité de vie au travail dédiée. En effet, il est primordial de connaître les intérêts à agir des praticiens, pour bâtir sur cette base une politique de qualité de vie au travail à coût constant, qui sera elle-même factrice d'attractivité. Le déploiement d'une démarche de qualité de vie au travail du personnel médical au CHSF est un prétexte permettant de connaître les intérêts à agir et les attentes de ce personnel, à partir desquels une politique plus ambitieuse d'attractivité pourra être conçue. Aujourd'hui, du fait des situations financières que connaissent la plupart des établissements hospitaliers, il n'est plus possible de jouer sur les rémunérations. Il est important que ce type de politique puisse en tant que telle, attirer les nouveaux médecins. En outre, *« il convient aussi de ne pas se tromper sur les motivations des médecins à exercer en milieu hospitalier et en particulier de ne pas se focaliser sur le tout monétaire pour fidéliser des praticiens dont les attentes sont de nature différentes »*⁶⁹.

⁶⁹CALMES G. et al. (2013) *Pour une nouvelle gouvernance des ressources humaines médicales à l'hôpital* Rennes : Presses de l'EHESP

2 Le déploiement d'une démarche de qualité de vie au travail du personnel médical au CHSF permet de connaître les intérêts à agir du personnel médical de l'établissement

2.1 La politique de qualité de vie au travail du personnel médical s'axe sur l'élaboration d'une démarche pérenne, alliant actions de court et de long terme, coconstruites avec le personnel médical, condition sine qua non de leur adhésion au projet

En janvier 2018, la direction de l'établissement, en association avec la Présidente de CME, ont décidé d'initier une démarche de qualité de vie au travail à l'égard du personnel médical. Cette décision s'inscrit pour le CHSF dans la continuité du déploiement d'une politique de qualité de vie au travail plus globale, un diagnostic ayant été mené pour le personnel non médical en 2017. La politique de qualité de vie au travail du personnel est constituée d'actions de court terme réalisées à coûts quasi constants, comme la mise en place d'un diagnostic et d'actions plus pérennes. Elle est la porte d'entrée vers le déploiement d'une politique d'attractivité de plus grande ampleur.

2.1.1 L'initiation d'une politique de qualité de vie au travail n'emportera l'adhésion de la communauté médicale qu'à la condition d'avoir été élaborée avec elle

La Présidente de CME, a souhaité que soit menée une démarche de qualité de vie au travail, à l'instar de celle qui avait été déployée pour le personnel non médical en 2017. La politique de qualité de vie au travail du personnel médical a dès lors été co-construite avec le personnel médical. Cette étroite association visait deux buts : il semblait indispensable, afin que cette politique suscite l'adhésion de l'ensemble de la communauté médicale, qu'elle soit en partie portée par ses membres, par l'intermédiaire de ses représentants. En effet, comme les différentes études réalisées à l'échelle nationale le montrent, les praticiens agissent selon des intérêts spécifiques, et réclament une certaine autonomie et indépendance dans la gestion des questions qui touchent à l'organisation du corps médical. De plus, il est nécessaire que les représentants du corps médical s'approprient les enjeux et les outils de cette politique, afin de pouvoir mener de façon pérenne, des actions de routine. Le fait de faire porter cette politique conjointement par la direction et les représentants du personnel médical, est un geste fort pour l'institution. Cela montre symboliquement que la direction accorde une importance au rôle central des

praticiens à l'hôpital et souhaite les accompagner. Cela renforce le développement d'une identité commune.

La méthode choisie est la suivante : un comité de pilotage a été composé au lancement de la politique, réunissant les membres du bureau de la CME et sa présidente, ainsi que l'élève directrice d'hôpital représentant la direction. En pratique, l'élève directrice a construit les documents ayant servi à mener la politique, en les faisant amender et valider par les membres du bureau de la CME avant diffusion.

A chaque étape clé du développement de la politique, les avancées ont été présentées par l'élève directrice en CME⁷⁰, et soumises à discussion.

Lors de la diffusion du questionnaire de qualité de vie au travail, l'élève directrice s'est également rendue dans les staffs et bureaux de pôle organisés par les services médicaux de l'établissement. Le but était d'associer l'ensemble de la communauté médicale, y compris les praticiens ne participant pas aux instances où siègent leurs élus, afin d'expliquer la démarche et d'être à l'écoute de leurs impressions et éventuelles questions. Ces échanges ont permis de cerner immédiatement, les limites de l'approche et de prendre en compte certains biais, qu'il conviendra de corriger dans les projets à venir. Plus globalement, ils ont constitué des moments de dialogue, durant lesquels les praticiens se sont exprimés parfois vivement sur certains sujets, liés notamment à ce qu'ils pouvaient percevoir comme une méconnaissance de leur travail et de leur investissement. Ces remarques, qui pourraient être dans un premier temps, perçues comme négatives disent en réalité quelque chose de la qualité de vie au travail du personnel médical et du jeu d'acteurs praticiens/direction.

Sur le fond, force est de constater que la richesse et la dynamique des échanges n'étaient pas les mêmes en fonction des services et des spécialités concernées. Ceci permet de tirer empiriquement plusieurs conclusions : cette méthode semble corroborer les études qui montrent que les motivations et les intérêts à agir divergent selon les spécialités. Par ailleurs, les dynamiques de service sont véritablement liées à la personnalité du chef de service ou de pôle qui semble impulser une identité précise. Ces premières impressions sont à mettre en relation avec les résultats de l'enquête.

2.1.2 La conduite d'un diagnostic⁷¹, pierre fondatrice de cette politique, a pour but de connaître les intérêts à agir des acteurs

Il a semblé indispensable au comité de pilotage, d'initier la démarche de la qualité de vie au travail par l'élaboration d'un diagnostic.

⁷⁰ Cf. Annexe1

⁷¹ Cf. Annexe3

En premier lieu, il a fallu définir un périmètre d'adressage clair, afin de s'assurer de la participation des acteurs composant la communauté médicale : les médecins, chirurgiens, pharmaciens, internes et assimilés et également les sages-femmes.

Un des facteurs clé de succès résidait dans la pertinence des questions⁷², qui se devaient d'englober les vécus divers de ces différentes « catégories » de personnel médical. En termes de méthode, il a été jugé pertinent d'associer dès sa conception le médecin du travail, qui a validé le questionnaire.

Sur la forme, le questionnaire comporte des questions en majorité fermées. Quelques questions sont néanmoins ouvertes, afin de permettre à ceux qui le souhaitent de s'exprimer plus facilement.

Il a été décidé de diffuser le questionnaire par mail, sauf pour les internes et assimilés, qui ne disposent pas d'adresse professionnelle au CHSF. Un courrier leur a été adressé. L'élève directrice s'est chargée de collecter et retranscrire les réponses des praticiens, afin de pouvoir les analyser. Cette enquête quantitative a été complétée par des entretiens qualitatifs, menés avec les chefs de pôle, la présidente de CME, le médecin du travail, le directeur général et le directeur des affaires médicales, sur la base d'un questionnaire comportant des questions ouvertes.

2.1.3 Une pérennisation de la démarche par la mise en œuvre d'action de moyens et de long terme, dans une démarche de « bottom up »

La démarche de qualité de vie au travail conduit à la réalisation d'actions de court terme, comme la mise en œuvre du diagnostic, et de plus long terme. L'ensemble de ces actions se déroulent selon un calendrier précis⁷³.

Ainsi, à court et moyen terme, il s'agit d'initier des actions ciblées sur la base du résultat du diagnostic. A long terme, la démarche prévoit la mise en place d'un baromètre annuel de la « perception de la qualité de vie au travail »⁷⁴ : il s'agira d'une mesure annuelle de la qualité de vie au travail, ciblée sur les indicateurs dont l'analyse relèvent des points à améliorer en année N-1. Il aura également pour fonction d'évaluer les mesures prises dans le cadre de la démarche. Le baromètre sera lancé pour la première fois en mars 2019, puis la démarche sera répétée tous les ans. Elle implique aussi la conduite d'une évaluation de la satisfaction des internes, réalisée à la fin du semestre, par le biais d'un rapide sondage en ligne.

⁷²Cf. Annexe 2

⁷³Cf. Annexes 1 et 3

⁷⁴Cf. Annexe 5

2.2 Si les praticiens n'ont majoritairement pas une mauvaise perception de leur qualité de vie au travail, certains points, en miroir avec les constats élaborés par les études nationales, concentrent les critiques

La démarche de diagnostic de la qualité de vie au travail des praticiens montre que ceux-ci n'ont pas, à l'instar des résultats des enquêtes menées à l'échelle nationale, une perception globalement négative de leurs conditions de vie au travail. Il ressort cependant de cette enquête des points de progression indispensables, et potentiellement générateur d'une moindre attractivité pour l'établissement.

2.2.1 L'analyse des profils des répondants donne des indices sur le portrait type du praticien ayant souhaité se saisir de la problématique de la « Qualité de vie au travail »

70 questionnaires ont été retournés et analysés. Le taux de retour, à la condition de ne pas prendre en compte les internes et assimilés, peu nombreux à avoir répondu, est d'environ 13,5 % de l'ensemble du personnel médical pérenne, tous statuts confondus.

Les répondants sont sans surprise en majorité des praticiens hospitaliers « temps plein », soit 53% des répondants. Les praticiens s'étant sentis le plus concernés sont ceux disposant d'un poste de titulaire, donc amenés à exercer durablement dans, l'établissement. Quant au métier des répondants, 60,6% d'entre eux sont médecins, 21,2% des sages-femmes, 10,6% des chirurgiens et à 7,6% des pharmaciens : cette tendance est logique, les médecins étant plus nombreux dans l'établissement. Il convient toutefois de remarquer une plus grande implication des sages-femmes, relativement à leur nombre et le faible nombre de répondants parmi les chirurgiens. En l'espèce, lors du déplacement de l'élève directrice, les chirurgiens rencontrés se montraient comparativement moins concernés et intéressés par l'enquête que les services médicaux : un chef de service a par exemple indiqué qu'il ne remettait pas en cause la démarche, mais que les membres de son service ne se sentaient pas « concernés » par le thème de la qualité de vie au travail, ce qui expliquait la difficulté à réceptionner des réponses. Cette première analyse succincte donne des pistes sur les intérêts à agir divergents des praticiens.

48% des répondants disent exercer des fonctions d'encadrement. En proportion, ce pourcentage est plus important que le nombre d'encadrants parmi les médecins. Il est

possible de déduire qu'ici aussi, les encadrants ont été plus enclins à répondre à l'enquête. Cela laisse supposer qu'une appropriation directe de cette thématique par la communauté médicale est possible.

Des questions sur l'organisation du temps de travail permettent de constater que 64% des répondants exercent dans des services en temps continu, ce qui là aussi, excède la proportion de praticiens exerçant en temps continu dans l'établissement. Ceci pourrait indiquer que la question de la qualité de vie au travail est un sujet plus prégnant pour ces praticiens, du fait des impacts générés par cette contrainte sur la vie personnelle. Enfin, une question sur le temps additionnel permet de constater que 80% des praticiens en génèrent, alors que 64% d'entre eux seulement sont volontaires. Ici aussi, ceci pourrait être le signe d'une revendication de plus de temps personnel.

2.2.2 Le résultat⁷⁵ du diagnostic renvoie une image globalement positive de la qualité de vie au travail perçue par le personnel médical

L'analyse des résultats met en exergue que sur beaucoup de points, les éléments constituant de la qualité de vie au travail dans l'établissement sont plutôt perçus positivement.

Concernant les questions relatives à l'institution, la majorité des répondants (53%) connaissent le projet d'établissement ainsi que les projets de leur pôle (59%), ce qui laisse penser que l'institution entretient un lien avec la communauté médicale et communique sur les projets en cours.

Il semble indéniable, au vu des résultats, que la question du sens du travail des praticiens ne se pose pas en ces termes, contrairement au diagnostic mené a priori sur les nouvelles conditions de travail : 97% des répondants estiment que leur travail a du sens et 99% d'entre eux ont le sentiment d'être utiles dans leur travail. Ainsi, s'il existe une problématique qualité de vie au travail, celle-ci ne serait pas liée à la perte de sens de la pratique médicale. Les praticiens semblent juger leur place dans l'institution de façon plutôt positive : 33,8 % des répondants indiquent « oui tout à fait » à la question visant à savoir si leur mission est clairement définie dans l'institution, et 47,1% répondent « oui plutôt ». Concernant les perspectives d'évolution offertes par l'institution, 81% des répondants estiment qu'en matière d'évolution professionnelle, ils ont la possibilité de développer et d'acquérir des compétences. Les réponses au questionnaire mettent en exergue un véritable point fort : le rapport des praticiens à leur équipe de travail. Ainsi, 89% des répondants estiment que leur service rend un travail de qualité et 84% des

⁷⁵Cf. Annexe 3

répondants pensent que la coordination entre l'équipe soignante et médicale est bonne. De même, il convient de souligner que 80% des répondants qualifient positivement l'ambiance dans leur équipe. Ces résultats sont à rapprocher des études menées à l'échelle nationale, notamment concernant les MAR : ici, l'attachement affectif à l'équipe semble de ce fait plutôt valorisé. A moins qu'il ne s'agisse de mettre en valeur l'équipe de terrain, comme unité permettant de comparer en creux, les relations avec l'institution : l'unité qui ferait sens pour les praticiens serait d'abord l'équipe, et dans une moindre mesure, l'institution.

Quant aux conséquences du travail sur la santé, il est à noter que 72,7% des répondants disent se sentir souvent en forme en début de journée, et 7,6% en forme en permanence à ce moment-là de la journée.

La portée de ces premiers résultats est à prendre avec précaution, du fait du taux de retour non significatif et de la prédominance de praticiens « encadrants » parmi les répondants. Néanmoins, les points positifs relevés tendraient à indiquer qu'il n'existe pas une problématique de « qualité de vie au travail » qui serait liée à l'exercice propre des missions de praticiens, du moins pour les catégories de professionnels ayant répondu à l'enquête. En outre, il est intéressant de constater que l'échelon ayant du sens pour les praticiens semble être celle du service.

2.2.3 Les praticiens constatent néanmoins dans le fonctionnement local de l'établissement des points à améliorer

En miroir, l'analyse des réponses mettent en exergue certains points qui sans être forcément évalués de façon négative, méritent une attention plus particulière. Ainsi, le management médical n'est pas toujours perçu de façon positive : les répondants ne citent leurs chefs de service qu'en 3^e place et leur chef de pôle en 4^e place, à la question « *vous vous sentez soutenus, par :* ». Une petite majorité des praticiens ayant répondu à l'enquête (59,4%) estiment par ailleurs recevoir une reconnaissance de leur chef de service. En outre, à la question « *votre supérieur se soucie-t-il de votre qualité de vie au travail* », 29,69% répondent « *non pas vraiment* » et 15,66% « *non pas du tout* ». De même, 49% des répondants répondent « *non pas vraiment* » lorsqu'il leur est demandé si leur supérieur les aide à ajuster leur charge de travail et 22% « *non pas du tout* ».

Quant à la relation à l'institution, celle-ci est également perçue de façon relativement négative : le soutien de l'institution est mentionné en dernière place de la question demandant aux praticiens de classer les acteurs les soutenant. De même, la coordination avec la direction n'est jugée positive que pour une petite majorité des répondants (55%).

Enfin, le soutien de la direction est perçu comme ayant une incidence négative sur la qualité de vie au travail par 30% environ des praticiens.

Les éléments suivants sont majoritairement cités comme impactant négativement la qualité de vie au travail des praticiens : la charge de travail, à 56%, le rythme de travail à 44% et les moyens humains à 51%. Il convient de relever également que les équipements sont considérés comme impactant négativement la qualité de vie au travail pour 30% des répondants.

Quant aux répercussions négatives sur la santé, 16,4% des répondants estiment que leur travail est en permanence éprouvant sur le plan émotionnel et 47,8%, souvent éprouvant. L'impact du travail sur la santé est estimé comme étant négatif par 37,5% des répondants. En outre, 75% d'entre eux indiquent être parfois victimes d'agressions verbales ou physiques.

Enfin, les cases « commentaires » ou les questions ouvertes ont permis de mettre en exergue une problématique liée aux internes, aux faisant fonction d'internes et stagiaires associés. S'il est vrai qu'ils sont peu nombreux à avoir répondu au questionnaire, il est intéressant de remarquer que ceux qui ont répondu ont véhiculé des demandes précises et dénoncé certaines conditions de travail : certains souhaitent un meilleur encadrement de la part des tuteurs, soulignent des difficultés pour se rendre en formation théorique, pointent un non-respect du temps de travail. Des étudiants étrangers déplorent également le fait de ne pas être accompagnés dans les démarches à accomplir sur le territoire français, notamment celles relatives à la sécurité sociale, et estiment que les logements qui leur sont proposés et pour lesquels l'établissement participe au paiement du loyer, restent onéreux.

Globalement, les résultats mettent en évidence 4 points sur lesquels s'appuieront la mise en œuvre d'actions ciblées : l'instauration de temps informels, la généralisation de l'entretien annuels avec les praticiens, l'amélioration de l'accueil des praticiens, l'étude de la possibilité de mise en place d'une politique permettant d'appréhender les risques psychosociaux. Ainsi, le rapprochement entre ce diagnostic et les mutations à l'œuvre des conditions de travail laissent présupposer ce qui est lié au fonctionnement de l'établissement, de ce qui peut relever d'une problématique plus globale. Les analyses nationales donnent un éclairage intéressant, permettant d'esquisser une explication à ces résultats : le discours ambiant décrit plutôt un rejet du système, de perte de sens de l'organisation plus que du travail directement accompli.

Quant au contexte local, il explique certainement une part des ressentis analysés : le fait que les praticiens se sentent peu reconnus par l'institution pourrait être lié au contexte financier. Celui-ci reste actuellement contraint, ce qui implique des mesures de stabilisation voire de réduction d'effectifs. Or, sur la période 2013-2016, lors de la mise en place d'un premier Plan de retour à l'équilibre financier, les praticiens avaient grandement contribué à augmenter l'activité, et ainsi à réduire le déficit, malgré là aussi, des mesures restrictives. Ces derniers ont le sentiment de ne pas avoir récolté les fruits de cet investissement, l'établissement étant confronté aujourd'hui à nouvelle une situation préoccupante, ce qui conduit à un certain découragement.

2.3 La transformation de cette démarche de diagnostic en actions de routine impliquera de corriger certains biais

La conduite du diagnostic de la qualité de vie au travail comporte certains biais, qu'il conviendra de prendre en compte et de corriger dans une perspective de pérennisation de la démarche. Plus globalement, il sera nécessaire de porter une attention accrue aux termes employés à cet égard, en travaillant sur la stratégie de communication.

2.3.1 Réunir les conditions permettant d'améliorer le taux de retour des questionnaires

Le taux de retour des questionnaires est limité, ce qui nuit à la qualité de la démarche. Avant la mise en place d'un baromètre « qualité de vie au travail », la méthode employée doit ainsi être corrigée, tant sur le fond que sur la forme. Non envisageable cette année pour des raisons techniques, l'établissement est sur le point d'acquérir un logiciel de sondage en ligne, qui facilitera la diffusion des questionnaires.

Quant au choix des questions, il semblerait, au vu des échanges en staffs et réunions de service que leurs précisions aient dissuadé certains de répondre, de peur de ne pas être anonymes. S'il est nécessaire de maintenir un certain degré de précision afin de conduire une analyse qui fait sens, il est vrai que le questionnaire pourra être plus adapté à cette problématique. Enfin, les échanges avec les praticiens ainsi que les commentaires présents sur les questionnaires ont montré que certaines questions n'ont pas toujours été comprises.

Plus globalement le faible taux de retour des questionnaires pourrait être interprété comme une certaine défiance à l'égard de l'institution. L'amélioration de ce taux, lors de la

réitération de l'enquête pourrait être alors le signe d'une meilleure perception de l'action de la gouvernance, y compris grâce aux mesures prises dans le cadre de la qualité de vie au travail.

2.3.2 Travailler sur la communication associée à la diffusion de l'enquête

Plus globalement, la réitération de la démarche nécessitera de réfléchir au choix des mots employés ainsi qu'à la façon d'échanger avec les praticiens. Ce constat fait suite à l'analyse de certaines remarques entendues ou lues lors de la mise en place de la démarche. A titre d'exemple, le questionnaire comportait plusieurs fois le terme de supérieur hiérarchique : la compréhension de ce terme a donné lieu à des débats qui ont amené certains praticiens à penser que la direction ne connaissait pas leur organisation. Ceci indirectement, donne une mauvaise image de la démarche.

Il est possible qu'il existe une forme de rejet de la notion de « QVT », conduisant à retravailler le vocabulaire employé. Cette remarque peut-être déduite du constat de la réticence de certains praticiens à employer le terme de « risque psychosocial ». De même, une étude nationale met en exergue le fait que les médecins ont une forte propension à ne pas s'avouer leur propre souffrance psychologique. Le baromètre pourrait par conséquent employer les termes de conditions de travail en lien avec l'attractivité, les praticiens rencontrés étant plus prolixes à l'heure d'évoquer cette thématique. Aborder directement ce thème sans passer par la médiation d'un langage psychologique permettrait peut-être de cerner d'avantage leurs véritables motivations.

2.3.3 La pérennisation de la démarche allie la conduite d'études ciblées avec la mise en place d'un baromètre « perception de la qualité de vie au travail » à destination de toute la communauté médicale

L'un des principaux écueils de l'enquête réside dans la rareté des réponses des internes. Après une discussion avec certains d'entre eux, ceci est lié à plusieurs facteurs : les internes n'ont pas d'adresse mail au CHSF. Un courrier papier leur a donc été adressé. Par ailleurs, le contenu du questionnaire était, il est vrai, peu adapté à la situation des internes. Enfin, les internes n'étaient que peu présents lors des staffs ou au sein des bureaux de pôle dans lesquels l'élève directrice s'est rendue, ce qui ne facilite pas l'appropriation de la démarche. Les internes sont par ailleurs actifs nationalement sur ce

thème, ces derniers ayant publié, par l'intermédiaire de leur syndicat, un livre blanc⁷⁶, dans lequel il déplore certaines de leurs conditions de travail. Comme cela est indiqué plus haut, une démarche d'évaluation de la qualité de vie au travail centrée sur les internes sera déployée à la fin du prochain semestre universitaire. Cette mesure doit également contribuer à comprendre et agir contre la baisse du nombre d'internes, en travaillant sur les leviers motivationnels. Il convient de noter également que peu de psychiatres ont répondu à l'enquête, alors même qu'ils constituent l'une des spécialités les plus à risques. Cette « anomalie » mériterait une analyse plus approfondie : elle est peut-être le signe d'un désintéressement des psychiatres vis-à-vis de l'institution, dans un contexte marqué par un nombre important de postes vacants.

De façon plus globale, il devrait être envisagé de mener des enquêtes plus ciblées sur des populations montrant certains signes de fragilité, comme les médecins travaillant en temps continu par exemple.

L'initiation d'une démarche de qualité de vie au travail centrée sur le personnel médical permet d'appréhender les intérêts à agir des praticiens. La compréhension de cette dynamique interne permet d'orienter les futurs projets de l'établissement. En pratique, cette politique se fonde sur un diagnostic de la qualité de vie au travail des praticiens. Les points saillants de cette étude ne permettent pas de déduire l'existence d'une mauvaise qualité de vie au travail, mais expriment une certaine méfiance à l'égard du fonctionnement de l'institution. En outre, certaines problématiques relèvent de la politique nationale, d'autres sont propres à l'organisation du CHSF. In fine, construire une politique d'attractivité pertinente ne peut être simplement le fruit d'une remise en question de l'organisation d'un établissement. Elle implique avant tout pour la gouvernance de travailler sur l'accomplissement des finalités de l'institution, en établissant un cap stratégique et clair, dont l'organisation en place devra être le reflet. En outre, la véritable problématique à l'œuvre semble être la suivante : « *comment faire tenir ensemble des individus, en leur racontant une histoire qui les concerne tous, pour œuvrer dans le sens du collectif ?*⁷⁷ »

⁷⁶ InterSyndicale Nationale des Internes, (2018) Livre blanc Stratégie de transformation du système de santé. (en ligne), Disponible sur http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2018/06/LIVRE_BLANC_ISNI_201805.pdf (consulté le 26 août 2018)

⁷⁷ Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, Gestions hospitalières n°574-mars 2018

3 La démarche de qualité de vie au travail du personnel médical ouvre la voie à la conduite d'une politique stratégique transcendant cette unique problématique et favorisant l'attractivité de l'établissement

3.1 L'analyse du diagnostic conduit à l'élaboration d'actions questionnant les organisations en vigueur qui renforceront l'attractivité de l'établissement

L'analyse du questionnaire « Qualité de vie au travail » a permis de mettre en lumière certains dysfonctionnements. Il est important d'y répondre par la mise en œuvre d'actions concrètes⁷⁸. A l'instar des prescriptions du rapport IGAS précité relatif aux risques psychosociaux et du plan d'actions de l'APHP, ces actions ont essentiellement pour rôle de faciliter le travail entre pairs et avec la direction. Celles-ci permettront de fluidifier les relations entre ses membres. La structure doit être palpable et lisible pour les praticiens. Elle ne doit plus être un frein pour les professionnels mais une aide à leur pratique médicale : c'est l'assurance de pouvoir pleinement assurer celle-ci qui fait sens pour les praticiens.

3.1.1 Consolider le lien avec la hiérarchie médicale grâce à la mise en place d'un entretien annuel pour chaque praticien

Le diagnostic montre que plus de 90% des praticiens souhaitent qu'un entretien avec leur chef de service soit mis en place. Cette demande s'entend aisément si le rapprochement est fait avec l'une des conséquences liée aux nouvelles conditions de travail : l'absence de médiation. Les praticiens nécessitent de pouvoir échanger avec leurs pairs, et surtout, avec leur chef de service, ce qui facilite également la reconnaissance du travail fait.

En pratique, la philosophie de cet entretien a d'abord été discuté et coélaboré entre l'élève directrice et les membres du bureau de la CME. Les membres du comité de pilotage ont convenu que cet entretien devait être un moment d'échanges permettant de faire le point. Deux écueils possibles ont été évoqués : le fait de passer par la formalisation d'un entretien risque d'« officialiser » des moments qui existaient de façon

⁷⁸Cf. Annexe 5

informelle, pouvant rendre le discours moins libre. Par ailleurs, cet entretien ne doit en aucun cas apparaître comme étant un entretien d'évaluation.

L'architecture globale du dispositif se présente de la façon suivante : tous les praticiens seniors de l'établissement, hors intérimaires, s'entrelient une fois par an avec leurs chefs de service. Les chefs de service réalisent quant à eux des entretiens avec leurs chefs de pôle. Il est important de noter que la notion de « chef de service » qui existe dans les faits a été volontairement conservée et valorisée : l'enquête montre que l'échelon de référence des praticiens est bien le service. Le chef de service dispose d'un poids symbolique important sur l'identité de son équipe et ses projets.

Quant à la méthodologie employée, une trame succincte d'entretien a été élaborée, afin de servir de base aux échanges. Cette grille sera communiquée en amont aux praticiens, leur permettant de préparer le contenu du message qu'ils souhaitent faire passer, rendant ainsi les échanges plus riches. Le contenu des entretiens sera archivé dans les services médicaux.

La façon dont a été bâti ce dispositif montre cependant certains risques quant à son effectivité : les membres médicaux du comité de pilotage n'ont pas souhaité instaurer une traçabilité du dispositif, perçue comme trop contrôlante. Ainsi, l'obligation de mener cet entretien reste une obligation déontologique et morale. Un autre système aurait pu prévoir comme à l'AP-HP une obligation de mener ces entretiens liés au renouvellement de la chefferie de service ou de pôle.

3.1.2 Penser et mettre en œuvre un dispositif de résolution des conflits pertinent

Faire émerger les conflits pourrait paradoxalement avoir un effet bénéfique sur la structure. Les entretiens bilatéraux menés avec certains chefs de pôle ont permis d'apporter un éclairage intéressant à la question de la nécessité d'instaurer une meilleure prise en charge des risques psychosociaux. En effet, les praticiens interrogés tendaient majoritairement à orienter les réponses vers la résolution des conflits, traduisant par là une certaine réticence au terme de « risques psychosociaux » : elle peut être liée à la prééminence, dans les esprits de praticiens interrogés, de conflits récents, qui selon eux, auraient pu être appréhendés plus tôt et être maîtrisés. Une question de culture professionnelle est peut-être également la cause de ce rejet, les praticiens ne pensant pas spontanément au rôle joué par le service de santé au travail en la matière. Ce phénomène s'explique notamment par une tendance des médecins à ne pas reconnaître suffisamment le rôle du médecin du travail et à ne pas toujours lui accorder de confiance⁷⁹

La stratégie qui visait initialement à améliorer l'appréhension des risques psychosociaux s'est mue en réflexion sur l'anticipation et la résolution des conflits. Cette demande pourrait sembler contradictoire avec l'une des nouvelles conditions de travail, qui semble être l'absence de conflits. Mais plus que l'absence de conflits c'est son évitement qui est délétère pour une organisation. Il convient donc de trouver un espace, une méthode pour permettre au conflit d'éclater afin de le résoudre.

En l'espèce, les membres de la communauté médicale et de la direction interrogés convergent vers l'idée qu'il ne s'agit pas d'instaurer un seul dispositif rigide, mais de garantir l'existence d'un dispositif de médiation. Il s'axera sur la nomination de deux médiateurs, un médecin et un non médecin, afin de maintenir un certain équilibre dans l'approche. Tout praticien pourra de façon anonyme ou non faire appel à ce médiateur : soit directement, soit en passant par son chef de service ou la présidente de CME par exemple.

Selon la nature ou l'importance du conflit, les médiateurs pourront prendre en charge le conflit directement ou faire appel à des tiers extérieurs, voire notamment actionner le dispositif de médiation nationale. Quant à la nomination du médiateur médecin, le comité

⁷⁹Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR) (2016) *Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Décembre 2016

de pilotage ainsi que les membres de la direction ont convenu qu'afin de garantir une certaine objectivité, celui-ci ne pouvait être une personne de l'établissement. Ce constat avait d'ailleurs été fait par la mission IGAS précitée sur les risques psychosociaux, qui mettait en garde contre les solidarités locales intra-hospitalières, mais aussi avec l'ARS et l'Ordre des médecins. Des personnes sont aujourd'hui pressenties, la CME sera consulté à l'automne sur cette question.

En parallèle, il conviendrait également de travailler la perception par la communauté médicale du rôle du service de santé au travail, qui est l'un des principaux interlocuteurs en matière de risques psychosociaux. Car si la question n'est pas abordée de front, elle apparaît néanmoins en filigrane, dans les commentaires libres des questionnaires analysés, ou par le biais des exemples cités par les praticiens eux-mêmes. Cette relative désaffection du service de santé au travail n'est pas un phénomène cantonné à l'établissement : 10% seulement des médecins hospitaliers consultent le médecin du travail⁸⁰. Parmi les jeunes médecins, 63,8% n'ont pas eu de rendez-vous avec le médecin du travail durant les deux dernières années⁸¹. Pourtant, outre les examens médicaux nécessaires à la prise de fonction, les praticiens devraient être vus régulièrement durant leur carrière⁸², moment propice à l'échange, et pouvant permettre d'alerter sur certaines situations préoccupantes.

3.1.3 Ouvrir une salle de garde permettant le renforcement d'une identité commune

L'attractivité d'un établissement hospitalier se fonde aussi sur la cohésion et l'identité qu'il arrive à faire naître. L'une des principales demandes traduites par l'analyse du questionnaire « Qualité de vie au travail » avait trait à l'instauration d'échanges informels. Cette notion de temps informel, relativement vague, avait fait l'objet de l'une des questions des entretiens bilatéraux menés avec les acteurs internes de l'établissement : alors que le CHSF est un établissement neuf et moderne, plusieurs membres de la communauté médicale ont déploré, d'une manière ou d'une autre, l'absence de lieu

⁸⁰Pr. Rémi SALOMON, Florence BAGUET Praticiens Hospitaliers De la difficulté d'être, Gestions hospitalières n°574-mars 2018, pp. 177-180

⁸¹FAVEREAU E. (2017) Hôpital : un médiateur pour prendre soin des médecins, Libération.fr (en ligne) 16 janvier 2017. Disponible sur : http://www.libération.fr/france/2017/01/16/hopital-un-mediateur-pour-prendre-soin-des-medecins_1541771 (consulté le 26 août 2018)

⁸²Jean-Yves COPIN, Le service de santé au travail dans la fonction publique hospitalière, Gestions hospitalières n°574-mars 2018, pp. 163-167

permettant de se réunir, d'échanger. Cette réflexion a conduit les membres du comité de pilotage à reconsidérer la question de l'ouverture d'une salle de garde. Il s'agirait là également d'un élément d'attractivité vis-à-vis des internes et globalement d'un acte symboliquement fort à destination de la communauté médicale, la direction prenant d'une certaine manière, le risque de voir s'installer au sein de l'établissement un lieu « hors de son contrôle ».

En effet, l'ouverture de cette salle véhicule une idéologie qui n'est pas neutre : l'existence des salles de garde remonte aux siècles passés, au temps où les chirurgiens s'opposaient à l'Eglise afin d'opérer les patients⁸³. L'organisation est codifiée et repose sur la coexistence de rites et de plusieurs statuts. Quant à « l'économiste ou l'économiste », il/elle joue le rôle de président de la salle de garde, et a pour mission de commander les décors, de planifier les « améliorés », repas qui sortent de l'ordinaire, d'organiser les « dîners de patrons » et les soirées étudiantes. Il est généralement interdit de parler de médecine dans la salle, sous peine de se voir infliger un gage. En réalité, toute la philosophie de la salle de garde se fonde sur l'inversion des rôles. Il s'agit véritablement d'un lieu de « contre pouvoir », ce qui évidemment, peut engendrer des dérives. Outre certains excès qu'il conviendra de contenir, ces espaces constituent surtout des lieux de « solidarité », qui permettaient au début du siècle, de se soutenir entre pairs, face à l'omniprésence de la mort. Aujourd'hui, l'existence de ce type de lieu constitue un endroit où toutes les spécialités se côtoient. Il s'agit d'un rempart contre le burn-out et la survenue des risques psycho-sociaux.

Concrètement, l'ouverture d'une salle de garde au CHSF doit respecter plusieurs contraintes. Une contrainte de lieu tout d'abord : la salle pressentie pour être le lieu de l'internat se situe dans l'unité architecturale du self. Cette situation au cœur de l'hôpital permettra de fait, de limiter les dérives. L'aménagement de la salle qui prévoit entre autre l'installation d'un baby-foot et de canapés devra être réalisé à moindre coût. Les petits travaux d'isolement de la salle seront réalisés par l'établissement. L'ameublement sera par contre financé par des fonds associatifs. Par ailleurs, sa gestion sera confiée à un praticien titulaire déjà identifié.

L'instauration de ce type d'endroit réservé au personnel médical comporte néanmoins certaines limites, à l'heure de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre : communiquer de façon institutionnelle sur cette action risque de souligner ce qui peut schématiquement être perçu comme une rupture d'égalité de traitement entre le personnel médical, pour lequel une salle est réservée et aménagée et le personnel non

⁸³DE QUEIROZ J-A. (2015) Plongée dans l'univers méconnu et codifié des salles de garde, *Le Figaro.fr Etudiants* (en ligne) 30 janvier 2015, Disponible sur : <http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/plongee-dans-l-univers-meconnu-et-codifie-des-salles-de-garde-10949/> (consulté le 03 juillet 2018)

médical, le plus touché par le gel des postes en cours. Il s'agit donc bien de penser globalement l'organisation de l'institution, et les messages passés, renforcer l'attractivité d'un pan de l'hôpital pouvant conduire à une rupture d'équilibre de fonctionnement et donc à des conflits sociaux. Il conviendra donc, en matière de communication, de permettre l'ouverture de cette salle, sans organiser de véritable publicité à ce sujet.

3.1.4 Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants

L'analyse du questionnaire « Qualité de vie au travail » mettait en exergue le souhait des praticiens d'être d'avantage accompagnés à leur arrivée dans l'établissement. Ce souhait est corroboré par les demandes des praticiens rencontrés lors des entretiens bilatéraux.

Alors qu'il existe des journées d'accueil pour le personnel non médical, regroupant les nouveaux arrivés, ou pour les internes, ce n'est pas le cas pour le personnel médical « senior ». Or, la première image qu'une personne se fait de son lieu de travail est déterminante pour son intégration future. En termes d'attractivité, il est important pour un praticien de pouvoir percevoir la structure et sentir qu'il est attendu.

Il a donc été décidé d'organiser de façon expérimentale, en fin d'après-midi, une réunion de présentation de l'institution, regroupant les nouveaux praticiens. Elle fera intervenir les principaux acteurs de l'établissement : Directeur Général, Présidente de CME, Directeur Général Adjoint, Médecin du travail.

Par ailleurs, un nouveau praticien prenant ses fonctions doit disposer de certaines informations relatives à l'établissement : avoir les bons contacts pour les questions qu'il souhaite poser quant à sa carrière, les questions pratiques etc. Plus globalement, il est important qu'il parte avec un objet officiel de l'établissement, qui matérialise l'identité de l'établissement. Alors qu'un livret d'accueil existe pour le personnel non médical et pour les internes, ce n'est pas le cas pour le personnel médical. Le comité de pilotage a donc décidé d'élaborer sur cette base un livret d'accueil à destination des praticiens. Celui-ci reprend également un travail réalisé par la coordination des secrétariats médicaux : la responsable de la coordination avait initié un audit de l'accueil matériel dans les services des nouveaux médecins. Concrètement, il sera remis au nouveau praticien lors de son arrivée dans l'établissement, ce livret d'accueil, ainsi qu'un annuaire.

Mais l'accueil est avant tout un moment de reconnaissance par l'institution, s'exerçant par un tiers. A son arrivée dans le service le praticien est a priori accueilli par son chef de

service. Il a été décidé qu'afin d'accompagner le nouveau praticien, un entretien sera réalisé un mois après la prise de fonction, par le Directeur des Affaires Médicales, en présence éventuellement du chef de service. Cet entretien non systématique à ce jour a pour but de faire le point sur les premières impressions du praticien, et de montrer, symboliquement, l'attention prêtée à sa présence dans l'institution.

Par ailleurs, il semble important que l'ensemble de la communauté médicale connaisse ses membres. Cela permet en effet d'entretenir une identité commune. Afin de favoriser cette connaissance mutuelle, un article du journal interne « Flash Info » présentera régulièrement les nouveaux arrivés.

Enfin, une attention particulière sera prêtée à l'égard de l'arrivée des praticiens étrangers. En effet, force est de constater que ces derniers sont peu accompagnés à leur arrivée sur le territoire national, et peuvent se sentir démunis face aux tâches administratives variées et complexes qu'ils doivent accomplir. Certains commentaires laissés sur les questionnaires analysés l'indiquaient d'ailleurs clairement. La Direction des Affaires médicales est à ce propos souvent sollicitée. Il est convenu l'initiation d'un partenariat avec les services sociaux de la ville d'Evry et de Corbeil Essonnes, qui pourront recevoir certains de ces praticiens. En outre, un mail type sera adressé à tout stagiaire associé avant sa prise de fonction, afin de l'avertir des démarches qu'il aura à accomplir une fois en France comme ouvrir un compte bancaire ou s'inscrire à la sécurité sociale. Des contacts pourront dès lors être communiqués en amont.

3.1.5 Plus globalement, repenser le lien avec le personnel médical

Tous ces éléments ne constituent rien d'autre que des initiatives permettant de repenser le lien avec le personnel médical. Leur mise en œuvre devrait être accompagnée d'une stratégie de communication, qui cadre la relation avec la communauté médicale. En effet, déployer une stratégie d'attractivité médicale repose sur un cap clair, et la détermination de limites⁸⁴, qui doivent être affirmées comme telles. C'est paradoxalement la capacité, pour la gouvernance, de dire son incapacité à agir sur certaines situations, d'affirmer les limites de son action, qui permettra de la rendre lisible. A titre d'exemple, l'enquête menée par Futura Med⁸⁵ met en exergue une tendance globale à une certaine désaffection pour le métier d'urgentiste ou des spécialités à garde, qui se retrouve au CHSF, plusieurs

⁸⁴ Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, Gestions hospitalières n°574-mars 2018

⁸⁵ Appel medical search (2018) *Futura Med Analyses et visions d'avenir de quatre spécialités médicales majeures*, Appel medical search groupe randstad, Février 2018

postes aux Urgences peinant à être pourvus. Il semble vain ici de vouloir lutter contre une tendance nationale. Sans affirmer qu'il ne faut dès lors, pas entreprendre d'actions pour enrayer la situation, il faut néanmoins en être conscient et affirmer que l'établissement ne peut lutter contre cette tendance lourde. Plus globalement, ces actions, en questionnant l'organisation même de l'hôpital, en ayant pour but de la rendre plus efficiente, amènent à réfléchir à la place des volontés de chacun dans l'institution. Il en résulte un équilibre difficile et paradoxal à trouver : la direction doit mettre en place un management, une structure nécessaire à la reconnaissance du travail fait, mais également permettre aux talents de s'exprimer et insuffler une certaine individualisation des parcours. En effet, la fidélisation des praticiens passe aujourd'hui par une individualisation des parcours⁸⁶. Or, ces deux objectifs sont antinomiques : le management⁸⁷ a pour conséquence la dépersonnalisation et l'anonymisation du travail mais consiste en « *l'art de bien gouverner* »⁸⁸, donc d'être attentif aux collaborateurs. Cette injonction contradictoire a notamment été relevée comme étant la problématique majeure de fonctionnement des établissements publics par certains directeurs, lors de l'entretien bilatéral sur la qualité de vie au travail. En réalité, la seule manière de transcender ce problème est peut-être de penser avant tout à la finalité de l'institution, et de faire en sorte de mettre ces rouages à la disposition de celle-ci. En effet, le management est « *une discipline dont l'objectif est d'améliorer le fonctionnement d'une organisation complexe, mais il ne doit pas excéder l'essence de l'institution qui demeure plus que jamais de tenir ensemble*⁸⁹. » En outre, les actions entreprises permettent de faire une place plus importante aux praticiens, qui revendiquent cette reconnaissance. « *Pour bien gouverner, parfois il s'agit de moins gouverner*⁹⁰ ».

3.2 Malgré un contexte financier contraint, mettre en place des projets médicaux d'envergure, montrant la confiance de l'établissement en ses praticiens

Au-delà des résultats de l'enquête qualité de vie au travail, mettre en œuvre une politique de cette nature, visant l'attractivité, c'est aussi et surtout promouvoir le sens de la mission

⁸⁶ CALMES G. et al. (2013) *Pour une nouvelle gouvernance des ressources humaines médicales à l'hôpital* Rennes : Presses de l'EHESP

⁸⁷ Baptiste RAPPIN, Qu'est-ce que le management ? *Gestions hospitalières* n°573-février 2018, pp. 101-104

⁸⁸ Frédéric SPINHIRNY, Dossier Perspectives en management, *Gestion hospitalière* n°573-février 2018

⁸⁹ IBID

⁹⁰ Christian Morel cité par Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018

de l'établissement. Ainsi, initier et mettre en œuvre des projets d'envergure mais pas toujours « rentables », répondant à un besoin sanitaire permet au personnel médical de conforter sa vocation initiale et d'acquérir des compétences. Cela adresse également un message fort à l'ensemble de la communauté médicale : la finalité de l'établissement n'est pas la recherche systématique de la rentabilité. En outre, l'absence de réel projet médical est la principale cause de conflits dans les hôpitaux⁹¹.

3.2.1 Communiquer sur le fait que l'établissement continue, malgré un contexte financier contraignant, à investir sur un projet « non rentable » et nécessitant un investissement conséquent, constitue un acte fort envers la communauté médicale

Le CHSF a obtenu, par une décision de l'ARS du 27 octobre 2017, l'autorisation pour développer une activité clinique et biologique d'assistance médicale à la procréation. Cette initiative répond à un besoin sanitaire majeur : alors que la population est globalement jeune et en croissance en Essonne, il n'existe pas d'offre publique : les centres de PMA les plus proches étant situés au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil et à Bécclère (AP-HP) au nord, au Centre Hospitalier de Meaux à l'est ou au Centre Hospitalier Régional d'Orléans au sud. Les futurs patients pourront ainsi bénéficier d'une prise en charge sans dépassement d'honoraire.

L'ouverture de ce centre de PMA est aujourd'hui prévue pour 2020. C'est le fruit d'un parcours long et complexe, au cours duquel il a fallu faire accepter la mise en œuvre d'un tel projet, peu rentable au long cours et nécessitant des investissements importants, dans un contexte financier contraint.

En effet, le projet suppose, pour des questions de place, le déménagement d'un service entier et son installation dans des bâtiments modulaires, qu'il conviendra de construire. Il implique également la mise en place d'un laboratoire avec traitement d'air dédié, ainsi que l'achat d'équipements biomédicaux de pointe. La dépense de cette opération d'investissement s'élèvera à 3,6 million d'euros.

Quant au fonctionnement, l'étude médico-économique réalisée en fonction de l'activité prévisionnelle du centre anticipe un projet à l'équilibre en 2023 seulement, la phase 1 du projet prévoyant par exemple un déficit à hauteur de 600 000 euros. Cette étude anticipe une montée en charge progressive de l'activité, avec en miroir un recrutement

⁹¹Raphaël BRIOT, « Les GHT sont-ils en panne ? Où en sommes-nous deux ans après leur création ? *Avenir Hospitalier*, n°10/juin 2018, pp.12-13

proportionné de personnel médical et non médical. En effet, l'ouverture de ce centre implique le recrutement de personnel dédié : en vitesse de croisière, le projet prévoit le recrutement de 3 équivalents temps plein (ETP) de gynécologues-obstétriciens, de 3 ETP de biologistes, de 3 ETP de sages-femmes et de 12,2 ETP non médicaux, comprenant une infirmière, des techniciens et auxiliaires de laboratoires, des secrétaires, un agent des services hospitaliers et un temps de psychologue. Une aide à l'investissement et au fonctionnement a été demandé à l'ARS. De même, il est prévu de recourir à l'emprunt.

Ce projet constitue un signal à destination de la communauté médicale : alors que cette activité est mal rémunérée, les tarifs relatifs aux ponctions ovocytaires, principale source de recette étant peu élevés, l'établissement a in fine décidé de ne pas renoncer à ouvrir ce centre, malgré la détérioration de sa situation financière. La communication relative à ce projet est d'autant plus à valoriser que celui-ci n'est pas clivant : il implique aussi bien le recrutement de personnel médical que de personnel non médical.

3.2.2 L'ouverture du Centre de Procréation Médicalement Assistée permet de construire la politique d'attractivité du futur

L'ouverture d'un centre médical spécialisé de ce type est structurant pour le futur. Concernant le temps présent tout d'abord, ce projet a déjà permis de pérenniser deux recrutements de praticiens aux profils particulièrement intéressants pour l'institution : en pratique, le projet a impliqué le recrutement anticipé d'un biologiste et d'une assistante spécialiste en gynécologie-obstétrique, devenue depuis, praticien hospitalier dans l'établissement. En outre, le projet prévoit le recrutement avant ouverture d'un assistant spécialiste biologiste et d'un assistant spécialiste gynécologue-obstétricien : pour ces deux praticiens, l'esprit du projet est assurément de leur permettre d'accéder ensuite à des postes de praticiens hospitaliers. Cette politique de gestion des ressources humaines médicales est essentielle pour fidéliser les futurs praticiens. Mais surtout, ce centre pourra devenir à terme, un des atouts de l'établissement lors du choix des internes : tous les hôpitaux, même universitaires, ne proposent pas cette activité. Cette fidélisation des internes ne sera pas sans lien avec l'assurance d'un recrutement pérenne d'avenir pour l'établissement. En effet, selon une étude publiée par Futura Med⁹², 40% des recrutements praticiens interrogés se sont concrétisés suite à une formation dans le service.

⁹² Appel medical search (2018) *Futura Med Analyses et visions d'avenir de quatre spécialités médicales majeures*, Appel medical search groupe randstad, Février 2018

3.2.3 La conduite de ce projet a associé de manière étroite et continue le personnel médical, répondant ainsi à leur souhait d'être « porteur de projets »

L'association étroite de la communauté médicale à la conception ainsi qu'à la mise en œuvre de ce projet représente un investissement symbolique à long terme pour l'établissement. Une étude montrait ainsi que les praticiens déploraient le fait de ne pas être concepteurs de projets⁹³, ce qui nuisait à leur qualité de vie au travail. Ceci traduit concrètement l'idée selon laquelle le plaisir lié au travail est « *le droit ou l'affirmation de la puissance d'agir*⁹⁴ ». De façon fortuite, le projet a été conçu et déployé en collaboration étroite avec les principaux acteurs médicaux concernés : ce projet a tout d'abord été très soutenu et porté par la présidente de CME, qui a su mobiliser ses réseaux et la communauté médicale autour de cette question. Sa conception et son déploiement ont grandement reposé sur le biologiste et la gynécologue obstétricienne nouvellement recrutés, ces deux praticiens s'étant beaucoup impliqués dans la construction de ce projet. Ils ont constitué de fait, les membres d'un groupe de pilotage restreint, associant également deux cadres de pôle et l'élève directrice. L'investissement des praticiens a été gage de « rationalité » quant aux moyens requis pour parvenir à l'ouverture du centre : à titre d'exemple, le biologiste a alerté sur l'aspect peu pratique de la première conception du laboratoire, ce qui a permis en outre, de réduire les dépenses en matière d'achat d'équipements. La conduite de ce projet a permis un pilotage à plusieurs niveaux : points réguliers sur les aspects financiers ou organisationnels, réunions plus importantes impliquant l'ensemble des acteurs du projet (Direction des travaux, Direction des soins, Direction des finances...).

Cette collaboration étroite a permis d'allier le maintien d'un cap stratégique clair, celui de l'ouverture conditionnée à l'élaboration d'un projet équilibré au plus juste, avec une plasticité et une souplesse de méthode. La possibilité de coopérer est essentielle pour favoriser l'émergence de la qualité de vie au travail⁹⁵. Cela pourrait faire écho à l'appel de la FHF de mettre en place des « *modes de management agiles*⁹⁶ » : ce type de

⁹³ Miremont Marie-Claude, Valax Marc, « Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique », @GRH, 2015/2 (n° 15), p. 15-35. DOI : 10.3917/grh.152.0015. URL : <https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-2-page-15.htm>

⁹⁴ Roche Pierre, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/2 (n° 10), p. 83-97. DOI : 10.3917/nrp.010.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-83.htm>

⁹⁵ Gollac Michel, Volkoff Serge, « Les conditions de travail aujourd'hui. Entretien », *Savoir/Agir*, 2008/1 (n° 3), p. 43-57. DOI : 10.3917/sava.003.0043. URL : <https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2008-1-page-43.htm>

⁹⁶ Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

management devrait permettre le déploiement de démarches participatives, le principe d'agilité exigeant une priorisation de l'expertise des professionnels, de leur créativité et capacité d'autogestion, impliquant de les positionner comme « *soutien d'équipes* ». Il permet également de répondre à l'une des préconisations du rapport de l'IGAS précité⁹⁷ qui incite à mettre en place une reconnaissance de l'investissement du praticien et un recentrage sur le cœur de son métier.

3.3 Trouver un juste équilibre entre l'optimisation financière de la carrière et l'impératif de maîtrise des dépenses de masse salariale

L'attractivité de l'hôpital public et la crispation autour des questions de qualité de vie au travail dépendent également de l'attractivité financière des carrières proposées. En effet, il n'est pas rare d'entendre certains praticiens dire qu'à défaut d'avoir du temps pour eux, ils souhaitent des rémunérations plus importantes. Faisant le constat qu'il est pertinent de poser les limites de l'action de l'hôpital, force est de constater que pour les spécialités à garde, faute de candidats, certains postes restent vacants. L'attrait financier est donc un pis aller nécessaire, pour promouvoir l'hôpital public face à la concurrence accrue du privé.

3.3.1 L'utilisation des primes et différents dispositifs en vigueur permet de favoriser l'attractivité de certaines carrières

Le CHSF utilise de façon courante plusieurs dispositifs qui permettent de rendre l'établissement plus attractif, pour certaines spécialités en tension.

Concernant les praticiens en exercice, en matière de temps additionnel, une enveloppe financière est annuellement répartie sous l'égide de la Commission d'organisation et de la permanence des soins, entre les services, en fonction du nombre de gardes prévues par la Charte du temps de travail. Le but de ce système est de reconnaître les disciplines avec le plus de gardes. Les services d'anesthésie et des urgences, ont par ailleurs négocié avec la direction des contrats de temps additionnels, acceptés du fait de la pénibilité des gardes dans ce service. Enfin, d'autres services comme la gynécologie, ont

⁹⁷Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR) (2016) *Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Décembre 2016

également obtenu quelques compensations lorsqu'ils font un certain nombre de gardes consécutives dans le mois. Ainsi, le critère de la pénibilité liée à la permanence et continuité des soins a été pris en compte au CHSF, dans un esprit faisant preuve d'une certaine équité.

Quant aux recrutements de nouveaux praticiens, le CHSF utilise, lorsque cela est possible, les nouveaux dispositifs, issus du plan d'attractivité lancé à l'échelle nationale en 2015⁹⁸. A ce titre, il verse pour les praticiens en faisant la demande, dans les spécialités d'anesthésie, de radiologie et désormais de psychiatrie la prime d'engagement de carrière hospitalière. Celle-ci, prévue pour favoriser l'engagement des jeunes praticiens dans une carrière à l'hôpital est d'un montant allant de 10 000 à 30 000 euros. Plus classiquement, le CHSF verse la prime d'exercice territorial, pour les praticiens exerçant sur plusieurs sites, prime parfois subventionnée par l'ARS. En termes de statuts, le CHSF utilise les possibilités offertes par la loi, afin d'attirer de nouveaux praticiens. Ainsi, il dispose de plusieurs postes d'assistants partagés, ce qui permet à ces jeunes médecins, de continuer à se former à certaines techniques, souvent dans un établissement universitaire comme l'AP-HP et d'exercer au CHSF. De même, le CHSF recourt à l'embauche de praticiens étrangers, par le biais de conclusion de contrats d'attachés associés ou d'assistants associés.

En outre, le CHSF a récemment innové en matière de gestion des ressources humaines médicales, en déposant une demande d'autorisation temporaire d'exercice, pour un praticien étranger. Il s'agit d'une nouvelle possibilité offerte par l'article 121 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et traduites par le décret du 22 novembre 2017 et l'arrêté du 19 mars 2018. Elle permet à des praticiens étrangers diplômés dans leur pays et souhaitant acquérir une formation universitaire en France, de pouvoir exercer dans des établissements habilités pour accueillir des internes, sous un statut de praticien de plein droit pendant une période de deux ans. La procédure en cours d'étude par le ministère de l'action sociale et de la santé pour le CHSF : si elle aboutit, elle permettra d'offrir pour les praticiens éligibles un statut plus avantageux que celui d'attaché ou assistant associé. Pour le CHSF, elle permettra de compter parmi les membres de sa communauté médicale un praticien de plein exercice et amené à, peut-être, s'inscrire durablement dans la vie hospitalière du CHSF.

Enfin, le CHSF dispose d'un marché public d'intérim, afin de garantir le fonctionnement de la permanence des soins. Mais lorsque cela est possible et afin de préserver l'impératif de maîtrise de la masse salariale, il conclut directement avec certains praticiens volontaires extérieurs, des contrats de garde, afin d'aider à remplir les tableaux de garde. Ceux-ci sont rémunérés à des prix plus attractifs.

⁹⁸Courrier ARS Ile de France du 11 avril 2018 à destination des Directeurs Généraux

3.3.2 Une liberté d'action limitée tant par la réglementation que par les exigences liées au fonctionnement propre de l'établissement

Cependant, ces dispositifs attractifs présentent plusieurs limites, liées soit à des contraintes réglementaires, soit au fonctionnement de l'établissement. Concernant l'intérim tout d'abord, le décret du 24 novembre 2017 encadre le travail temporaire des médecins intérimaires, en fixant un plafond journalier, dont les montants baisseront progressivement pour atteindre 1170,04 euros en 2020. Cette limitation est certes bienvenue pour les établissements, mais a conduit à des protestations de médecins intérimaires, certains d'entre eux appelant leurs confrères à refuser ces nouveaux tarifs. Par ailleurs, l'usage des diverses possibilités offertes par la loi peut conduire à certaines dérives et entraîner une concurrence « déloyale » entre établissement de santé. C'est d'ailleurs à ce titre qu'un courrier en provenance de l'ARS Ile de France⁹⁹, adressé aux directeurs généraux des établissements de santé, rappelait le 11 avril 2018, l'interdiction faite aux établissements de recruter des praticiens contractuels à un échelon supérieur au 4° échelon de la grille des praticiens hospitaliers plus 10%. Ce courrier rappelait de même l'impossibilité de recruter un praticien attaché au 12° échelon de la grille des attachés, soulignant par-là, que cette pratique devait être réalisée dans certains établissements.

La diversité des statuts de recrutement possible qui est en soi un levier d'attractivité, ne couvre en réalité pas entièrement les besoins de l'hôpital. Le recours à des médecins étrangers pour combler les postes vacants reste aussi problématique : les statuts des praticiens attachés associés ou assistants associés prévoient que ces médecins ne peuvent exercer que sous la responsabilité d'un médecin senior. Ils ne disposent pas du plein exercice.

L'application au CHSF de ces dispositifs est freiné par l'impératif de maîtrise des dépenses de la masse salariale. Dans les faits, ces dépenses ont augmenté en 2018 de façon plus importante que ce qui était prévu à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), essentiellement à cause de la négociation du protocole « urgentistes ». De même, l'enveloppe dédiée à la rémunération des temps de travail additionnels n'est pas extensible et ne permet pas de rémunérer toutes les plages additionnelles. Celles-ci sont néanmoins récupérées ou mises sur un compte épargne temps. Il serait difficile d'appliquer de façon stricte la réglementation, qui laisse en théorie au praticien le choix entre l'indemnisation des plages additionnelles et leur récupération. Ces dispositifs comportent également des risques de déstabilisation du

⁹⁹Courrier ARS Ile de France du 11 avril 2018 à destination des Directeurs Généraux

fonctionnement même de l'institution, nuisant in fine à son attractivité : déstabilisation au sein des équipes médicales tout d'abord, les négociations avec certains services impliquant d'accorder des avantages à certains, ce qui peut faire craindre une globalisation de la demande pour tous les praticiens de l'hôpital, sous menace de conflit social important. L'attribution ou non de primes par exemple doit donc être savamment étudiée, afin de ne pas créer de rupture d'égalité. C'est notamment pour éviter ce risque que le choix a été fait au CHSF de ne pas avoir recours au contrat de « clinicien ». Ce contrat permet de proposer au praticien une rémunération incitative, pour des spécialités présentant une difficulté particulière de recrutement. Comme l'indique le courrier précité, un tel type de contrat prévoit une rémunération substantiellement supérieure, laissant craindre une certaine concurrence entre praticiens pour un même poste. De même, le recrutement de médecins intérimaires ou de médecins « de garde » donne droit à une rémunération plus avantageuse pour ces médecins, en comparaison avec les rémunérations statutaires. Cette différence est souvent mal vécue.

Par ailleurs, comme le mentionne le courrier précité, ce dispositif fonctionne souvent avec la collaboration de praticiens déjà en poste dans d'autres hôpitaux et qui cumulent parfois illégalement plusieurs activités.

Ces dispositifs induisent par ailleurs un risque encore plus grand d'une déstabilisation du fragile équilibre « gestion des ressources médicales/gestion des ressources non médicales ». En effet, ces mesures peuvent être perçues comme étant injustes par le personnel non médical, dont l'évolution de carrière est enserrée par des grilles peu attractives et rigides. S'il est vrai que cette différence de traitement peut se justifier par des études plus longues et des responsabilités importantes pour le personnel médical, elle s'explique également par une rareté de l'offre, installant le personnel médical en position de force sur le marché.

Enfin, la loi propose l'utilisation de certains dispositifs attractifs en théorie mais peu opérant en pratique. Ainsi, dans le cadre des GHT, existe une incitation à constituer des équipes médicales de territoire, entre établissements membres d'un même GHT. De même, le rapport IGAS¹⁰⁰ relatif aux risques psychosociaux perçoit dans les GHT une nouvelle organisation, susceptible d'améliorer la qualité de vie au travail des praticiens. Cette mesure sensée renforcer l'attractivité médicale, n'est dans les faits, pas bien perçue par les communautés médicales des établissements du GHT, qui ont peur de perdre leur

¹⁰⁰Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR) (2016) *Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Décembre 2016

indépendance. De même, selon le courrier précité, un pool de remplaçants en médecine d'urgence a été constitué sous l'égide de l'ARS, de la FHF Ile de France et de l'AP-HP : le CHSF a tenté d'y avoir recours à plusieurs reprises, mais sans succès.

Conclusion

Dans un contexte national et local marqué par la contrainte financière, la nécessité de s'intéresser à la qualité de vie au travail du personnel médical pourrait être interprétée comme étant une injonction contradictoire. En réalité, mettre en place une politique de cette nature à coût constant, permet de connaître les intérêts à agir des agents. Car, si l'ensemble de la société est touchée par les changements affectant les conditions de travail, faisant émerger un nouveau rapport au travail lui-même, ces modifications s'expriment de manière spécifique pour le personnel médical. En effet, le choix de leur métier ainsi que les responsabilités singulières qu'ils exercent les conduisent à exprimer des motivations et revendications spécifiques, justifiant l'élaboration d'une politique ad hoc. Cette démarche, au CHSF, passe par l'initiation incontournable d'un diagnostic de la qualité de vie au travail du personnel médical, permettant de connaître les intérêts à agir des praticiens. Concrètement, ce diagnostic a conduit à l'élaboration de diverses actions, fluidifiant le lien entre la communauté médicale et la gouvernance de l'établissement : instauration d'un entretien individuel avec le chef de service pour tout praticien, amélioration de l'accueil des nouveaux arrivants, ouverture d'une salle de garde, mise en place d'un dispositif de médiation des conflits.

Sur un plan plus conceptuel, le CHSF doit conforter la vocation initiale des praticiens, en promouvant également la mise en place de projets médicaux de pointe répondant à de véritables enjeux sanitaires, même s'ils ne sont pas toujours équilibrés financièrement. L'élaboration d'une stratégie d'établissement claire, associée à une réflexion sur une individualisation et une meilleure rémunération des carrières sont les gages d'une politique d'attractivité réussie.

C'est sur cette base qu'une politique d'attractivité de plus grande ampleur, alliant analyse des contraintes locales et nationales avec une compréhension fine des comportements permettant une anticipation des dynamiques professionnelles, pourra être bâtie pour le futur. Plus qu'une réflexion d'empêchement des conflits ou de lutte contre les risques psychosociaux, une telle politique implique de considérer positivement le travail. Il est coutume d'entendre que l'étymologie du mot travail provient du latin « tripalium », synonyme de souffrance. Une autre étymologie existe¹⁰¹, liant le travail au terme espagnol de « trabajo », qui inciterait à considérer le travail comme « *une œuvre à parachever*¹⁰² ». L'édification d'une politique d'attractivité réussie repose in fine sur une gouvernance

¹⁰¹Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, Gestions hospitalières n°574-mars 2018

¹⁰²IBID

adéquate ou « *servant leadership* »¹⁰³. Ce concept rassemblerait les cinq comportements de leadership les plus attendus et les plus efficaces : « *proposer une vision claire et motivante de l'avenir, favoriser l'esprit et le travail d'équipe, avoir des valeurs et s'y conformer, nourrir le sens du collectif, faire preuve d'intégrité.* »¹⁰⁴

En outre, construire une politique attractive consiste peut-être aussi à accepter et expérimenter certains concepts ou idées innovantes, comme la mise en œuvre d'une formation partagées entre les corps de directeurs d'hôpital, de directeurs des soins et du personnel médical, pour comprendre les problématiques se présentant à chacun¹⁰⁵. Elle implique aussi une action subtile, permettant à la fois de maintenir une institution avec des règles stables et claires, avec une gestion des « talents »¹⁰⁶.

Ce pilotage associant les règles générales et les exceptions justifiées, ne peut faire l'abstraction d'un pilotage global des ressources médicales et non médicales : si la gestion de ces deux catégories de personnel obéit à des enjeux différents, la politique institutionnelle qui leur est appliquée doit être abordée sous un même prisme, facteur de cohésion pour l'institution.

¹⁰³Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

¹⁰⁴IBID

¹⁰⁵Pr. Rémi SALOMON, Florence BAGUET Praticiens Hospitaliers De la difficulté d'être, *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018, pp. 177-180

¹⁰⁶ Miremont Marie-Claude, Valax Marc, « Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique », @GRH, 2015/2 (n° 15), p. 15-35. DOI : 10.3917/grh.152.0015. URL : <https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-2-page-15.htm>

Bibliographie

Ouvrage

CALMES G. et al. (2013) *Pour une nouvelle gouvernance des ressources humaines médicales à l'hôpital* Rennes : Presses de l'EHESP

Articles spécialisés

Dominique ANSOULD, Rémi DELENTA, Sarah SOULABAILLE, Quels rythmes de travail pour un équilibre durable ? *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018, pp. 168-171

BARET Pierre, RENAUD Emmanuel, « Un modèle tridimensionnel d'engagement organisationnel pour appréhender la fidélité au CHU des anesthésistes ? », *Question(s) de management*, 2014/1 (n° 5), p. 33-45. DOI : 10.3917/qdm.141.0033. URL : <https://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2014-1-page-33.htm>

Pascal BARREAU, La gestion des talents Un acte managérial complexe *Gestions hospitalières* n°573-février 2018, pp. 110- 113

Sandra BERTEZENE, Un management humaniste Dépasser les tensions, améliorer la performance ? *Gestions hospitalières* n°573-février 2018, pp. 105-109

Raphaël BRIOT, « Les GHT sont-ils en panne ? Où en sommes-nous deux ans après leur création ? *Avenir Hospitalier*, n°10/juin 2018, pp.12-13

Jean-Yves COPIN, Le service de santé au travail dans la fonction publique hospitalière, *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018, pp. 163-167

DE GANTES Elisanne, BELLAGAMBA Gauthier, LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale, « Analyse lexicale de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique*, 2014/6 (Vol. 26), p. 803-812. DOI : 10.3917/spub.146.0803. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-803.htm>

David DUBOIS, Philippe COLOMBAT, Adama N'DIAYE, La qualité de vie au travail du personnel médical *Gestions hospitalières* n°574-mars 2018

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, « Les conditions de travail aujourd'hui. Entretien », *Savoir/Agir*, 2008/1 (n° 3), p. 43-57. DOI : 10.3917/sava.003.0043. URL : <https://www.cairn.info/revue-savoir-agir-2008-1-page-43.htm>

MIREMONT Marie-Claude, VALAX Marc, « Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique », @GRH, 2015/2 (n° 15), p. 15-35. DOI : 10.3917/grh.152.0015. URL : <https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-2-page-15.htm>

Baptiste RAPPIN, Qu'est-ce que le management ? Gestions hospitalières n°573-février 2018, pp. 101-104

ROCHE Pierre, « Droit au plaisir et critique des « risques psychosociaux » », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2010/2 (n° 10), p. 83-97. DOI : 10.3917/nrp.010.0083. URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2010-2-page-83.htm>

Pr. Rémi SALOMON, Florence BAGUET Praticiens Hospitaliers De la difficulté d'être, Gestions hospitalières n°574-mars 2018, pp. 177-180

Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/1 Métamorphose de la valeur travail et perte de sens, Gestions hospitalières n°572-janvier 2018

Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Emotion et crise de la liberté comme horizon du management, Gestions hospitalières n°573-février 2018, pp.82-88

Frédéric SPINHIRNY, Comprendre les nouvelles conditions de travail/3, Encadrement, institution et contre-culture managériale, Gestions hospitalières n°574-mars 2018

Frédéric SPINHIRNY, Dossier Perspectives en management, Gestion hospitalière n°573-février 2018

Articles de presse

BAYLE-INIQUEZ A. (2018) Edouard Couty (médiateur national) : « L'hôpital est par nature un lieu d'affrontement et non de conciliation », *Le quotidien du médecin.fr*, (en ligne) 15 février 2018. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/15/edouard-couty-mediateur-national-lhopital-est-par-nature-un-lieu-daffrontement-et-non-de-conciliation-855177> (consulté le 26 août 2018)

DE QUEIROZ J-A. (2015) Plongée dans l'univers méconnu et codifié des salles de garde, *Le Figaro.fr Etudiants* (en ligne) 30 janvier 2015, Disponible sur :

<http://etudiant.lefigaro.fr/les-news/actu/detail/article/plongee-dans-l-univers-meconnu-et-codifie-des-salles-de-garde-10949/> (consulté le 03 juillet 2018)

FAVEREAU E. (2017) Hôpital : un médiateur pour prendre soin des médecins, *Libération.fr* (en ligne) 16 janvier 2017. Disponible sur :

http://www.liberation.fr/france/2017/01/16/hopital-un-mediateur-pour-prendre-soin-des-medecins_1541771 (consulté le 26 août 2018)

(2018) Des médiateurs régionaux dans les hôpitaux à la fin de l'année, *Le Monde.fr* (en ligne) 16 février 2017. Disponible sur :

https://abonnes.lemonde.fr/sante/article/2018/02/16/des-mediateurs-regionaux-dans-les-hopitaux-a-la-fin-de-l-annee_5258137_1651302.html? (consulté le 26 août 2018)

(2018) Réforme de la santé : « Aucune fermeture d'hôpital de proximité », selon la ministre de la santé », *Le monde.fr* (en ligne) 21 août 2018 Disponible sur :

https://abonnes.lemonde.fr/sante/article/2018/08/21/il-n-y-aura-aucune-fermeture-d-un-hopital-de-proximite-selon-la-ministre-de-la-sante_5344673_1651302.html?

Communications

Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2017 Guide de l'entretien annuel individuel des praticiens de l'AP-HP (en ligne) janvier 2017, Disponible sur <http://mooc-attractivite.fhf.fr/wp-content/uploads/2017/06/ap-hp-guide-entretien-annuel-individuel-praticiens.pdf> (consulté le 03 juillet 2018)

Cabinet Stimulus (2017) Observatoire de la santé psychologique au travail (en ligne) Novembre 2017, Disponible sur <http://www.stimulus-conseil.com/stimulus-publie-observatoire-de-sante-psychologique-travail/> (consulté le 20 juillet 2018)

- Courrier ARS Ile de France du 11 avril 2018 à destination des Directeurs Généraux

Haute Autorité de Santé, ANACT Aract, 2017, La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux (en ligne) Septembre 2017, Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf (consulté le 20 juillet 2018)

InterSyndicale Nationale des Internes, (2018) Livre blanc Stratégie de transformation du système de santé. (en ligne), Disponible sur http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2018/06/LIVRE_BLANC_ISNI_201805.pdf (consulté le 26 août 2018)

Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 Qualité de vie au travail : Agnès BUZYN installe l'observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Communiqué de Presse, (en ligne) 02 juillet 2018, Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_cp_-_qualite_de_vie_au_travail.pdf (consulté le 20 juillet 2018)

Rapports/ Enquêtes

Appel medical search (2018) *Futura Med Analyses et visions d'avenir de quatre spécialités médicales majeures*, Appel medical search groupe randstad, Février 2018

Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR) (2016) *Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge - Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Décembre 2016

Fédération Hospitalière de France (2018) *Qualité de vie au travail Les actions à partager, les engagements attendus*, Fédération Hospitalière de France, juin 2018

Sites internet :

L'Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail (2018) *Qualité de vie au travail* (en ligne). Disponible sur : <https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail> (consulté le 03 juillet 2018)

Assistance Publique Hôpitaux de Paris (2016) *Point sur les mesures prises à l'AP-HP pour améliorer la prévention des risques psychosociaux et la gestion des conflits médicaux* (en ligne). Disponible sur : <https://www.aphp.fr/contenu/point-sur-les-mesures-prises-lap-hp-pour-ameliorer-la-prevention-des-risques-psychosociaux> (consulté le 03 juillet 2018)

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018) *Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent »* (en ligne). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au->

[travail/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent](#) (consulté le 26 août 2018)

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation de la démarche QVT du personnel médical en CME, février 2018

Annexe 2 : Questionnaire QVT du personnel médical

Annexe 3 : Analyse du diagnostic QVT

Annexe 4 : Présentation du contenu des entretiens bilatéraux

Annexe 5 : Feuille de route du dispositif et documents joints

VOLET	Séverine	01/10/18
Élève directeurs d'hôpital Promotion 2017-2018		
La mise en œuvre d'une démarche « qualité de vie au travail du personnel médical » au Centre Hospitalier Sud Francilien : point d'entrée d'une politique structurelle d'attractivité médicale		
<p>La question de la qualité de vie au travail est aujourd'hui un thème d'actualité. Dans le domaine hospitalier, les établissements sont fortement incités à mettre en place une telle politique. Alors que les hôpitaux publics doivent mener leurs missions dans un contexte financier contraignant, cette injonction peut être perçue comme un pis-aller face à des difficultés de fonctionnement systémiques.</p> <p>En réalité, s'intéresser à la qualité de vie au travail, c'est interroger l'organisation, la performance d'un établissement. En outre, alors que les hôpitaux souffrent aujourd'hui d'un déficit d'attractivité vis-à-vis de certaines spécialités médicales, mettre en œuvre une politique de qualité de vie au travail du personnel médical peut permettre d'initier une politique plus globale d'attractivité. Car il est vrai que jusqu'à récemment, les études relatives aux conditions de travail du personnel médical étaient peu nombreuses. La thématique a émergé récemment, sous le prisme de la question des risques psychosociaux. Si tous les agents, médicaux comme non médicaux voient socialement leurs relations aux conditions de travail évoluer, il existe bien une « problématique spécifique » concernant le personnel médical, justifiant la mise en œuvre d'une démarche ad hoc. Le Centre Hospitalier Sud Francilien, établissement de référence sur son territoire, situé à Corbeil-Essonnes a en ce sens décidé de mettre en place une telle démarche. Connaissant des difficultés à recruter des praticiens dans certaines spécialités comme les urgences et constatant une baisse du nombre d'internes, cette politique vise à connaître les intérêts à agir des praticiens. Concrètement, elle a reposé sur l'élaboration d'un diagnostic. Sur cette base, des actions comme la mise en place d'un entretien avec le chef de service/de pôle ou l'ouverture d'une salle de garde ont été actés. La pérennisation de la démarche passe également l'initiation d'un baromètre annuel « qualité de vie au travail » et la conduite d'enquêtes à l'égard des internes. Force est de constater que l'attractivité d'un établissement public est également confortée lorsque ce dernier, malgré le contexte budgétaire contraint, permet aux praticiens d'être acteurs de ces projets. In fine, c'est bien la mise en place d'un cap clair, et l'attention portée à la place de chacun dans la structure qui constitue peut-être la politique d'attractivité la plus efficace.</p>		
<p><i>Mots clés :</i> Qualité de vie au travail du personnel médical, attractivité, conditions de travail, risques psychosociaux</p>		

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.

Annexe 1

Projet « Qualité de vie au travail »

1

«LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL A COMME OBJECTIF DE CONCILIER LES MODALITÉS DE L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE VIE POUR LES SALARIÉS ET LA PERFORMANCE COLLECTIVE DE L'ENTREPRISE»

***DÉFINITION ISSUE DE L'ACCORD
INTERPROFESSIONNEL DU 19/06/2013***

Objectifs d'une démarche « Qualité de vie au travail »

2

- **A court terme:**
 - Elaborer un diagnostic partagé sur la qualité de vie au travail
 - Mettre en place des actions
- **A long terme:**
 - Instiller une culture partagée de la qualité grâce à une démarche intégrative

Déclinaison au CHSF

3

- Un projet en quatre phases:

Envoi du questionnaire, validé par le bureau de CME et visé par la DAM

Constitution d'un comité de pilotage

Elaboration d'un diagnostic partagé sur la base de l'analyse des réponses

Elaboration d'actions à l'échelle de l'établissement

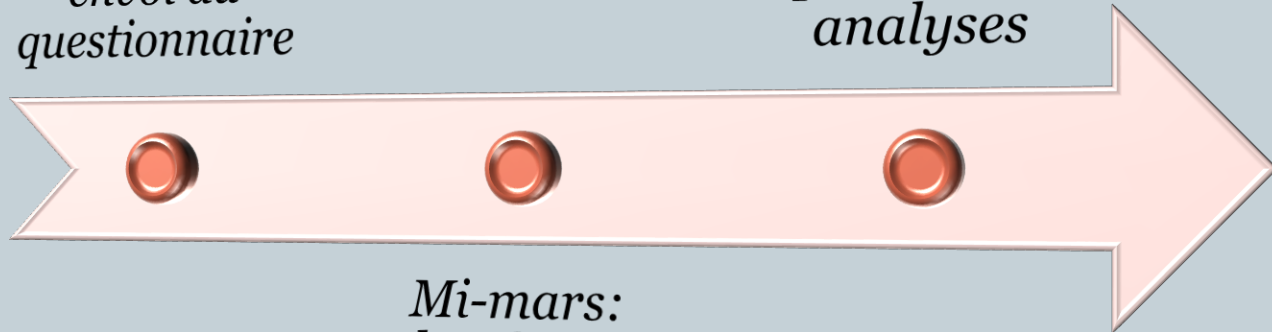
Elaboration d'actions ciblées

Détermination d'indicateurs de routine

- Administration du questionnaire

*Mi-février:
envoi du
questionnaire*

*Mi-avril:
premières
analyses*



*Mi-mars:
date limite
des retours*

Garantie de l'anonymat
des réponses

- Principales rubriques du questionnaire:

Profil

- Exemples de thèmes abordés: âge, statut

L'institution et vous

- Exemples de thèmes abordés: projets de pôles, coordination entre services

L'équipe de travail

- Exemples de thèmes abordés: ambiance et cohésion d'équipe

Le management

- Exemples de thèmes abordés: liens avec la hiérarchie

L'évolution professionnelle

- Exemples de thèmes abordés: formation et acquisition de compétences

Vécu au travail

- Exemples de thèmes abordés: impact de votre travail sur la santé

Annexe 2

Questionnaire « Qualité de vie au travail » du personnel médical

Profil

1. Vous êtes :

- Sage-femme Médecin Chirurgien

2. Quel est votre statut ?

- Sage-femme Praticien Attaché
 Professeur des Universités-Praticiens Hospitaliers Praticien Attaché Associé
 Chef de clinique Assistant spécialiste
 Praticien Hospitalier temps plein Assistant
 Praticien Hospitalier temps partiel Assistant associé
 Praticien Contractuel temps partiel Stagiaire associé
 Interne
 Faisant Fonction d'Interne

3. Exercez-vous une fonction d'encadrement ?

- Oui Non

4. Vous travaillez au CHSF depuis :

- Moins de 5 ans 5 à 10 ans Plus de 10 ans

5. Vous êtes âgé(e) de...

- Moins de 30 ans 41 à 50 ans
 30 ans à 40 ans Plus de 50 ans

6. Votre temps de travail est organisé en :

- En demi-journées En temps continu

7. Effectuez-vous des :

- Gardes Astreintes opérationnelles
 Astreintes de sécurité Astreintes forfaitisées

8. Etes-vous volontaire pour effectuer du temps additionnel prévisible ou ponctuel?

- Oui Non

9. Générez-vous du temps additionnel ?

- Oui Non

10. Si oui, combien générez-vous de plages chaque année ?

- Moins de 10 ? Plus de 10 ? Plus de 20 ?

L'institution et vous

11. Connaissez-vous le projet médical et le projet d'établissement ?

- Oui tout à fait Non pas vraiment
 Oui plutôt Non pas du tout

12. Connaissez-vous les projets du pôle auquel vous appartenez ?

- Oui tout à fait Non pas vraiment
 Oui plutôt Non pas du tout

13. Estimez-vous que le service dans lequel vous travaillez rend un service de qualité ?

- Oui tout à fait Non pas vraiment
 Oui plutôt Non pas du tout

14. Selon vous, la coordination entre l'organisation soignante et l'organisation médicale est :

- Très bonne Plutôt mauvaise Non concerné
 Plutôt bonne Très mauvaise

15. Comment jugez-vous la coordination entre votre service et les services suivants :

	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise	Ne sait pas
Direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brancardage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bionettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Selon vous, l'efficacité des fonctions transversales au profit des services de soins est :

	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise	Ne sait pas
Pharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imagerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'équipe de travail

17. Vous sentez-vous soutenu(e) dans votre exercice par (réponses multiples possibles) ?

- Vos collègues
- Vos collègues soignants non médicaux
- Votre chef de service
- Votre chef de pôle
- L'institution

18. Recevez-vous de la reconnaissance, notamment de la part de votre chef de service pour la réalisation de vos tâches ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas vraiment
- Non pas du tout

19. Comment qualifieriez-vous l'ambiance dans votre équipe ?

- Très bonne
- Plutôt bonne
- Plutôt mauvaise
- Très mauvaise
- Non concerné

20. Comment percevez-vous la cohésion au sein de votre équipe médicale?

- Très bonne
- Plutôt bonne
- Plutôt mauvaise
- Très mauvaise
- Non concerné

21. Plus globalement, comment percez-vous la cohésion entre votre équipe médicale et l'équipe soignante ?

- Très bonne
- Plutôt bonne
- Plutôt mauvaise
- Très mauvaise
- Non concerné

22. Vous trouvez-vous dans un service ayant fréquemment recours à des intérimaires médicaux ?

- Oui
- Non

Si oui, quels éventuels problèmes cela engendre-t-il dans le service ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

23. Parmi les éléments suivants, lequel pourrait avoir une incidence sur votre ambiance de travail (plusieurs réponses possibles)?

- Une mise à disposition d'une offre de logements
- Une facilitation du mode de garde pour les enfants
- Un accueil plus encadré des nouveaux arrivants (par exemple, organisation d'une visite du CHSF, banalisation d'une journée pour les arrivants...)
- L'instauration de temps informels au sein du service
- Autre :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le management

24. Votre service organise-t-il des « réunions de service » ?

- Oui Non

25. Participez-vous à des réunions institutionnelles (COMEDIMS, CME...) ?

- Oui Non

26. Si non pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

27. Votre mission est-elle clairement définie dans l'institution ?

- Oui tout à fait Oui plutôt Non pas vraiment Non pas du tout

28. Votre mission est-elle clairement définie dans le service ?

- Oui tout à fait Oui plutôt Non pas vraiment Non pas du tout

29. Disposez-vous de l'autonomie nécessaire à la réalisation de vos missions ?

- Oui tout à fait Oui plutôt Non pas vraiment Non pas du tout

30. Avez-vous des échanges réguliers avec votre supérieur hiérarchique direct ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

31. Est-il usuel dans votre service que vous ayez un entretien individuel et annuel avec votre chef de service pour discuter de vos missions, de vos difficultés, de vos souhaits de formation, de promotion... ?

Oui

Non

32. Cet entretien vous semble-t-il ou vous semblerait-il utile ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

33. Votre supérieur se soucie-t-il de votre qualité de vie au travail ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

34. Votre supérieur vous aide-t-il à ajuster votre charge de travail ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

L'évolution professionnelle

35. Avez-vous la possibilité de développer et d'acquérir des compétences ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

36. Etes-vous suffisamment formé pour répondre à votre mission clinique?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

37. Le cas échéant, êtes-vous suffisamment formé pour répondre à vos missions institutionnelles ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

38. Estimez-vous utiliser toutes vos compétences dans votre activité ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

39. Avez-vous bénéficié de formation durant les 2 dernières années ?

Oui

Non

40. Connaissez-vous les modalités d'accès pour bénéficier d'une formation ?

- Oui tout à fait
 Oui plutôt

- Non pas vraiment
 Non pas du tout

Vécu au travail

41. Qualifiez l'impact de ces éléments sur votre qualité de vie au travail :

	Impact positif fort	Impact positif	Impact neutre	Impact négatif	Impact négatif fort
Ambiance de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens humains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du service rendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythme de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien de la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Votre travail a-t-il du sens pour vous ?

Oui tout
à fait

Oui
plutôt

Non pas
vraiment

Non pas
du tout

43. Avez-vous le sentiment d'être utile dans votre travail ?

Oui tout
à fait

Oui
plutôt

Non pas
vraiment

Non pas
du tout

44. Etes-vous stressé(e) ?

En permanence
 Souvent

Parfois
 Jamais

45. Estimez-vous que votre travail est éprouvant sur le plan émotionnel ?

En permanence
 Souvent

Parfois
 Jamais

46. Quel est l'impact de votre travail sur votre santé ?

Impact
positif fort
 Impact
positif

Impact
neutre
 Impact
négatif

Impact
négatif fort

47. Au début de votre journées de travail vous sentez-vous en forme ?

En permanence
 Souvent

Parfois
 Jamais

48. Exercez-vous dans un service bénéficiant du dispositif « continuité dimanche matin » ?

Oui

Non

49. Si oui, quel impact cela a-t-il sur votre qualité de vie :

Impact
positif fort
 Impact
positif

Impact
neutre
 Impact
négatif

Impact
négatif fort

50. Au cours de votre travail, êtes-vous exposé(e) à des agressions verbales (injures, menaces) et/ou agressions physiques ?

En permanence
 Souvent

Parfois
 Jamais

Annexe 3

Projet « Qualité de vie au travail » 2018

1

- ❖ **RAPPEL DE LA DÉMARCHE**
- ❖ **PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS**
- ❖ **PREMIÈRES ACTIONS**

Projet « Qualité de vie au travail »

2

❖ RAPPEL DE LA DÉMARCHE

Rappel de la démarche

3

Réalisation d'un
diagnostic

Mise en place
d'actions ciblées

Pérennisation
de la démarche

Rappel de la démarche

4

Questionnaire QVT

- Elaboration en collaboration avec le bureau de CME
- Présentation lors de la CME du 30 janvier

Diffusion du questionnaire

- Diffusion d'un questionnaire à l'ensemble du personnel médical
- Présentation plus ciblée en bureaux de pôle, staffs

Collecte des résultats

- Collecte et analyse des questionnaires
- Présentation en bureau de CME

Projet « Qualité de vie au travail »

5

❖ PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Principaux résultats

6

Le profil

- Exemples de thèmes abordés: âge, statut

L'institution et vous

- Exemples de thèmes abordés: projets de pôles, coordination entre services

L'équipe de travail

- Exemples de thèmes abordés: ambiance et cohésion d'équipe

Le management

- Exemples de thèmes abordés: liens avec la hiérarchie

L'évolution professionnelle

- Exemples de thèmes abordés: formation et acquisition de compétences

Le vécu au travail

- Exemples de thèmes abordés: impact de votre travail sur la santé

Principaux résultats: Précisions sur la méthode

7

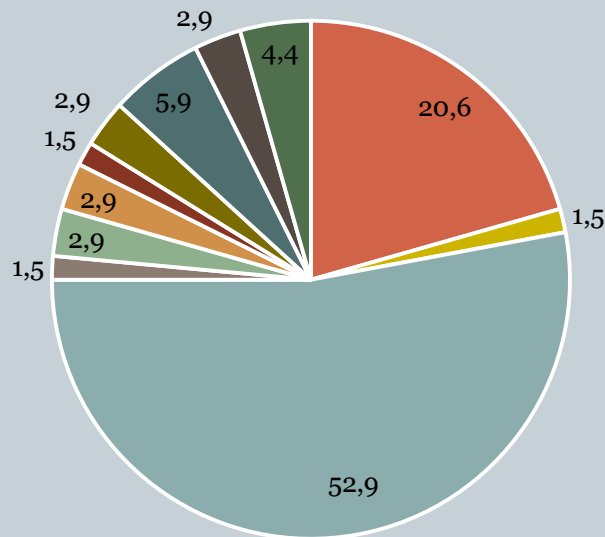
- Identification et traitement des principaux biais
 - Sur la méthode
 - ❖ Problématique de l'adresse mail
 - Sur l'adaptation des questions aux différents métiers et sites concernés
 - ❖ Questions insuffisamment adaptées aux sages-femmes, internes...
 - ❖ Questions insuffisamment adaptées à certains sites
 - Sur la pertinence de certaines questions
 - ❖ Ex: impact de la QVT : en réalité ou dans les faits ?

- 70 questionnaires réceptionnés
 - Soit environ 13,5% du personnel médical, hors internes
 - 16% environ des sages-femmes
 - 12% des médecins, chirurgiens et pharmaciens
- Les internes, stagiaires associés sont très peu nombreux à avoir répondu

Le Profil: qui a répondu

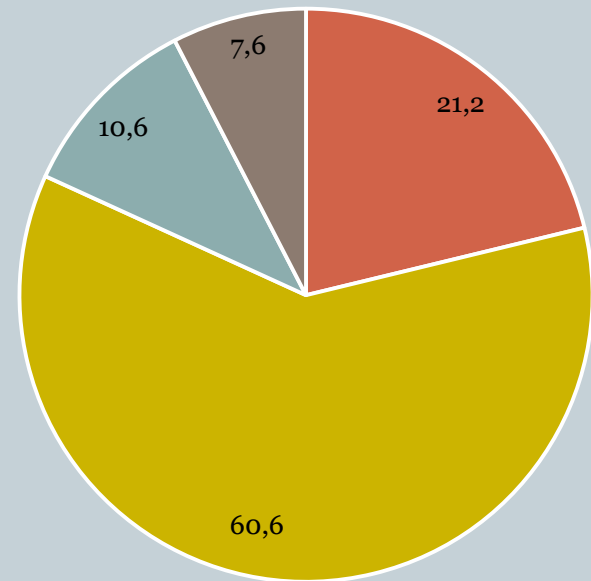
9

Répartition par statut (%)



- Sage-femmes
- PUPH
- PH temps plein
- PH temps partiel
- Praticiens attachés
- Praticiens attachés associés
- Assistant
- Assistants associés
- Stagiaires associés

Répartition par "métier" (%)



- Sages-femmes
- Médecins
- Chirurgiens
- Pharmaciens

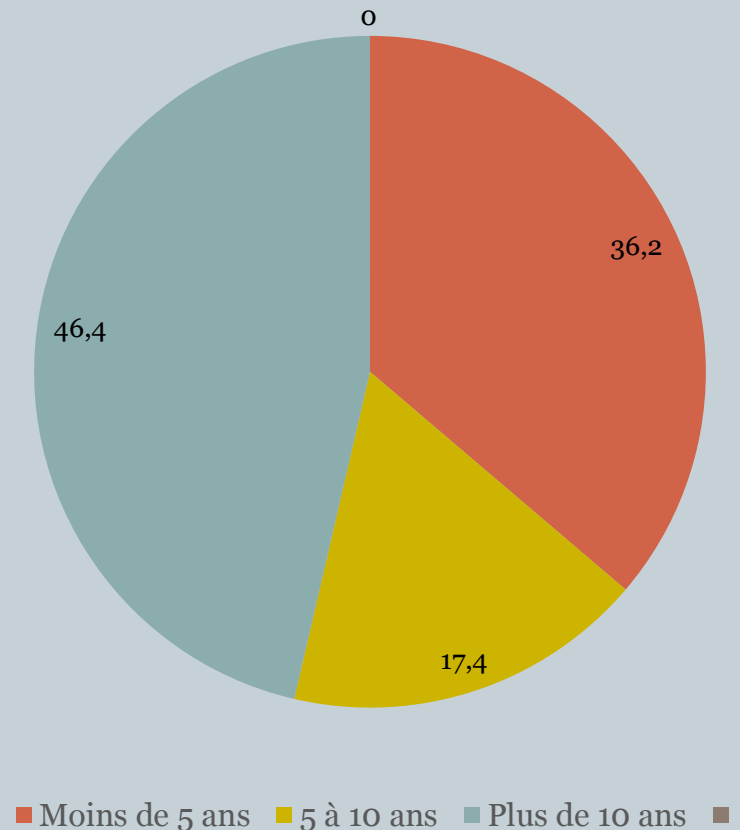
Le Profil: qui a répondu

10

Âge des répondants (%)



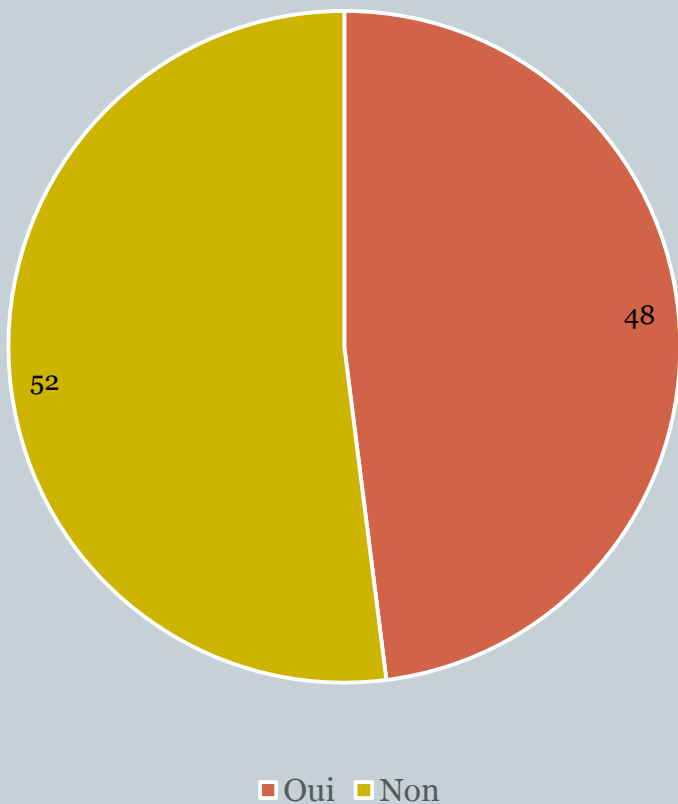
Ancienneté au CHSF (%)



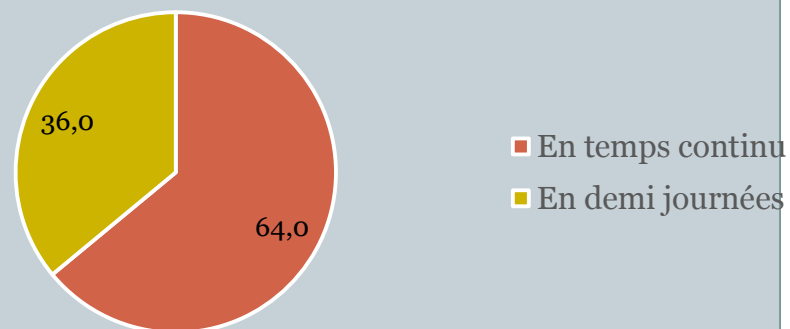
Le Profil: qui a répondu

11

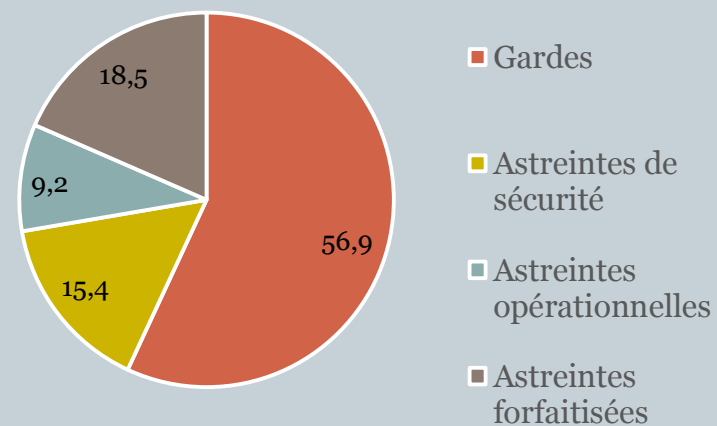
Fonction d'encadrement (%)



Organisation du temps de travail (%)



Effectuez-vous des (%) :



Le profil: qui a répondu

12

- A propos du temps additionnel
 - 64% des répondants sont volontaires pour effectuer du temps additionnel
 - 80% des répondants en génèrent
 - 71% des personnes en générant font totalisent plus de 10 plages additionnelles
 - Parmi elles, 29% en génèrent plus de 20

- La majorité des répondants connaissent le projet d'établissement (53%) ainsi que les projets de leur pôle (59%)
- **89%** des répondants estiment que **leur service rend un travail de qualité**
- **84%** des répondants (hors personnes non concernées, 1,5%) pensent que **la coordination entre l'équipe soignante et médicale est bonne**

- **NB:** statistiques obtenues sur la base des réponses positives ou négatives, hors « Ne sait pas » (NSP)

Coordination majoritairement jugée positive entre les services des répondants et :

- Le bio nettoyage à 88% (16% NSP)
- Le bloc à 86% (21% NSP)
- Le laboratoire à 82% (10%NSP)
- La logistique à 71% (21% NSP)
- L'informatique à 68% (6% NSP)
- La pharmacie à 67% (9% NSP)
- L'imagerie à 60% (6% NSP)
- La direction à 55% (17% NSP)

Coordination majoritairement jugée comme étant à améliorer entre les services des répondants et :

- Le système actuel de brancardage à 54% (17% NSP)

L'équipe de travail

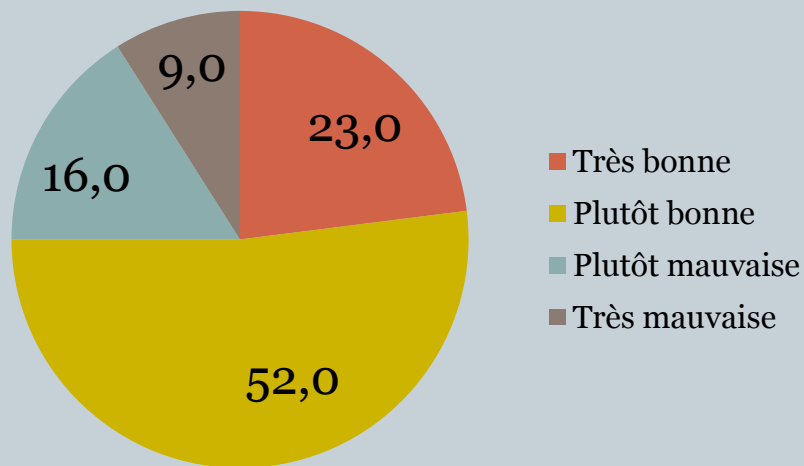
15

- Les répondants se sentent soutenus par (ordre décroissant):
 - ✦ Leurs collègues,
 - ✦ Leurs collègues soignants non médicaux,
 - ✦ Leur chef de service,
 - ✦ Leur chef de pôle,
 - ✦ L'institution,
- 80% des répondants qualifient positivement l'ambiance dans leur équipe
- 59,4% des répondants estiment recevoir de la reconnaissance de la part de leur chef de service

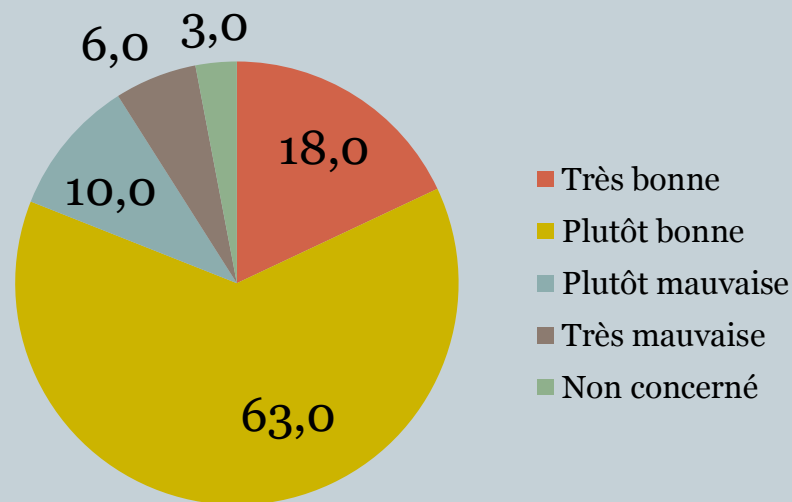
L'équipe de travail

16

Perception de la cohésion dans l'équipe médicale (%)



Perception de la cohésion entre équipe médicale et soignante (%)



L'équipe de travail

17

- 19% des répondants se trouvent dans un service ayant fréquemment recours à des intérimaires médicaux
- Les problèmes posés par cette situation relevés dans les zones libres de commentaires sont notamment:
 - Difficulté pour la cohésion de l'équipe
 - Manque de compétences

L'équipe de travail

18

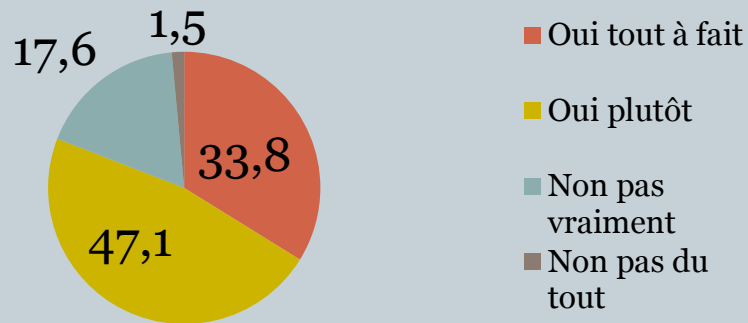
- Les deux principaux (+ de 20%) éléments susceptibles d'avoir une incidence sur l'ambiance de travail sont:
 - ✦ L'instauration de temps informels (29%)
 - ✦ Un accueil plus encadrés des nouveaux arrivants (23%)
- Sont également évoqués:
 - ✦ Une facilitation du mode de garde pour les enfants (20%)
 - ✦ Une mise à disposition d'une offre de logements (14%)
 - ✦ Au sein des suggestions libres (15% des réponses):
 - Dégager du temps médical pour faire des réunions, demande de transmissions plus longues, plus d'appels lors des périodes de repos pour des remplacements, amélioration de la fluidité de la communication avec la direction....

- 58% des répondants participent à des réunions institutionnelles
- Parmi les raisons invoquées afin d'expliquer la non participation aux réunions des 42% restant figurent essentiellement:
 - Le manque de temps
 - Le manque d'informations

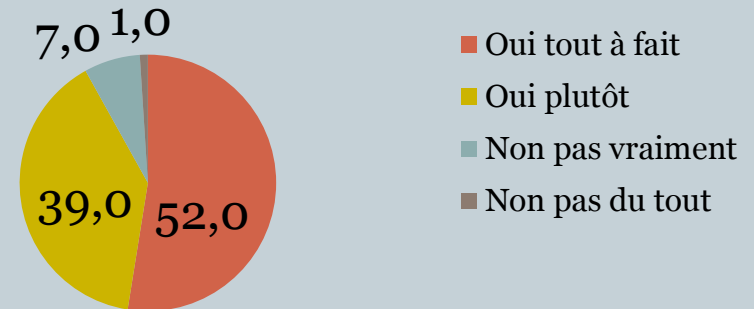
Le management

20

Définition claire de "votre" mission dans l'institution (%)



Définition claire de "votre" mission dans le service (%)



Autonomie nécessaire à la réalisation de "vos" missions (%)



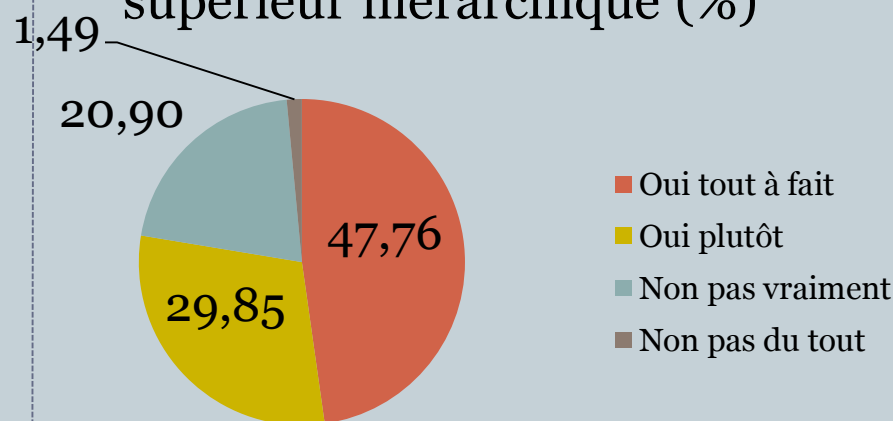
Le management

21

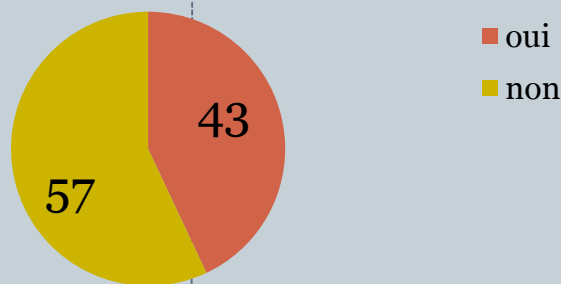
Organisation de réunions de services (%)



Echanges réguliers avec le supérieur hiérarchique (%)



Entretien individuel et annuel avec le chef de service (%)

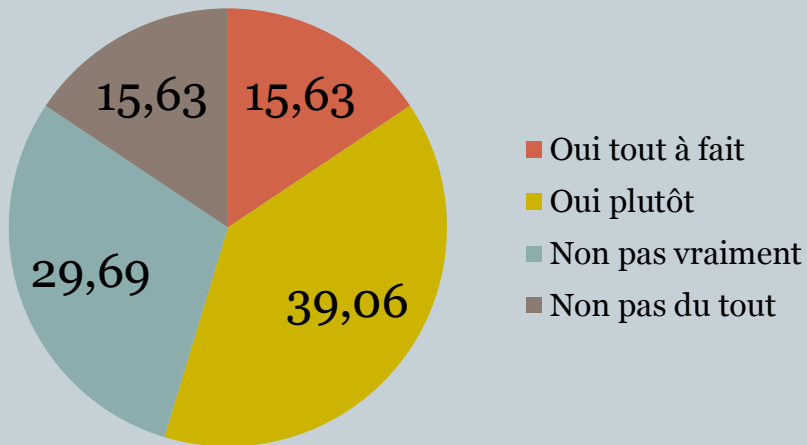


•92% des répondants estiment que cet entretien semble ou semblerait utile

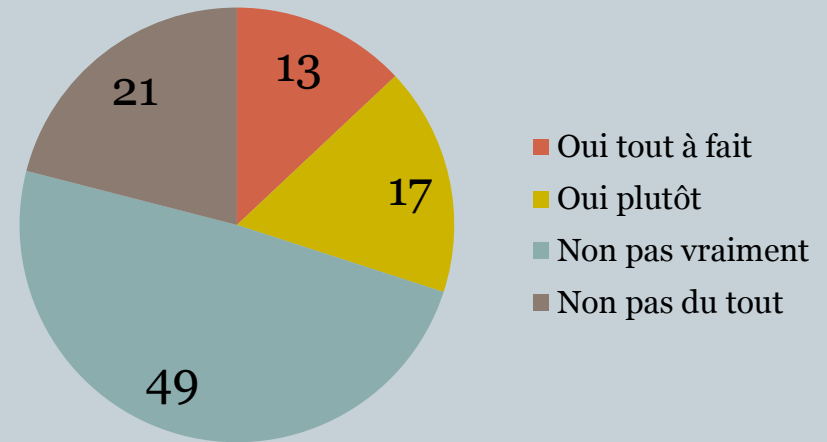
Le management

22

Votre supérieur se soucie-t-il de votre QVT (%)?



Votre supérieur vous aide-t-il à ajuster votre charge de travail (%)?



- **Sur les compétences:**

- 81% : possibilité de développer et d'acquérir des compétences
- 74% : utilisation de toutes leurs compétences dans leur activité

- **Sur la formation:**

- 88% : suffisamment formés pour répondre à leur mission clinique
- 59% : suffisamment formés pour répondre à leurs missions institutionnelles
- 72% : ont bénéficié d'une formation durant les deux dernières années
- 61% : connaissent les modalités d'accès à la formation

Vécu: impacts sur la QVT

24

Éléments impactant le plus positivement la qualité de vie au travail :

- Le soutien de l'équipe (80%)
- La qualité du service rendu (79%)
- Le sens du travail (78%)
- Ambiance de travail (74%)
- La reconnaissance du travail (69%)
- Les moyens techniques (52%)
- Les équipements (51%)
- L'information et la communication (42%)
- Le soutien de la direction (40%)
- Les horaires de travail (37%)

Éléments impactant le plus négativement la qualité de vie au travail:

- Charge de travail (56%)
- Les moyens humains (51%)
- Le rythme de travail (42%)

Éléments perçus à 30% et plus comme ayant une incidence neutre sur la qualité de vie au travail:

- L'information et la communication (38%)
- Les horaires de travail (37%)

Éléments perçus à 30% et plus comme ayant une incidence positive sur la QVT:

- Les moyens humains (40%)
- Le rythme de travail (39%)

Éléments perçus à 30% et plus comme ayant une incidence négative sur la QVT:

- Les équipements (32%)
- Le soutien de la direction (30%)

Vécu: sens et utilité du travail

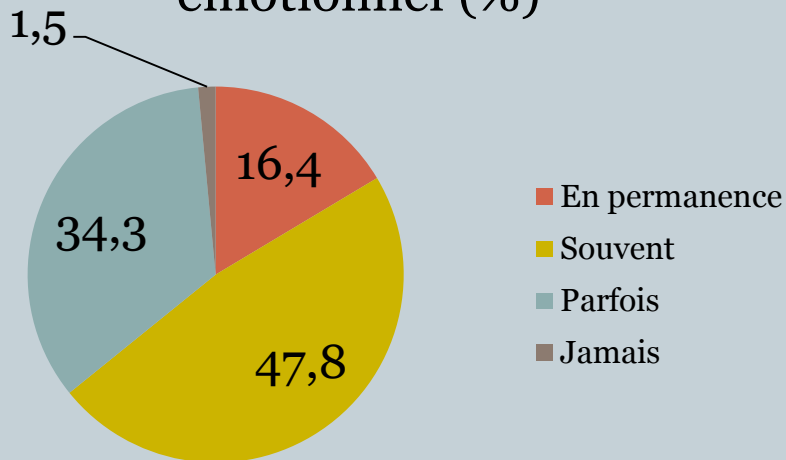
25

- 97% des répondants estiment que leur travail a du sens
- 99% des répondants ont le sentiment d'être utiles dans leur travail

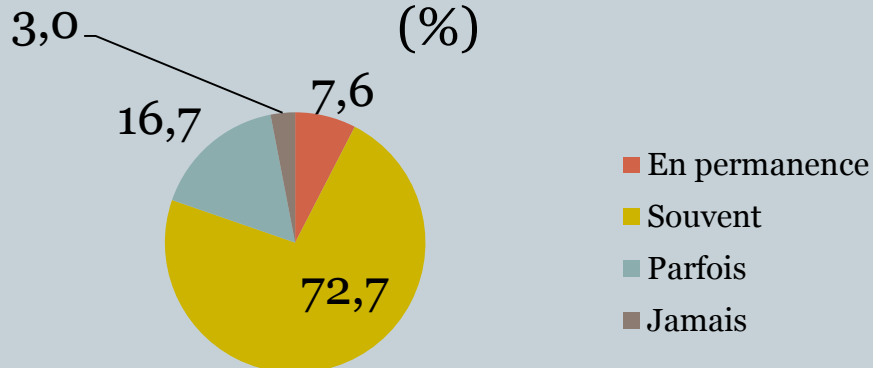
Vécu: impacts sur la santé

26

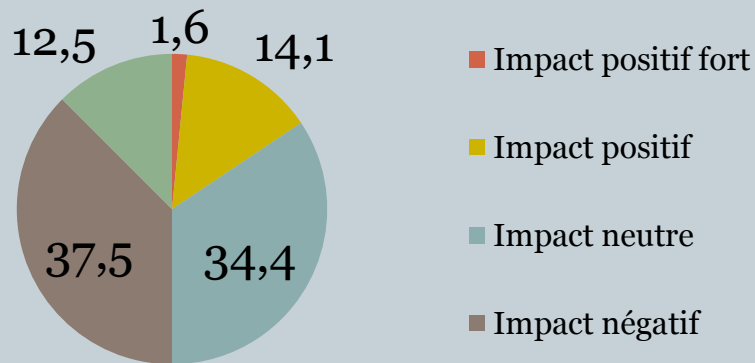
Eprouvant sur le plan émotionnel (%)



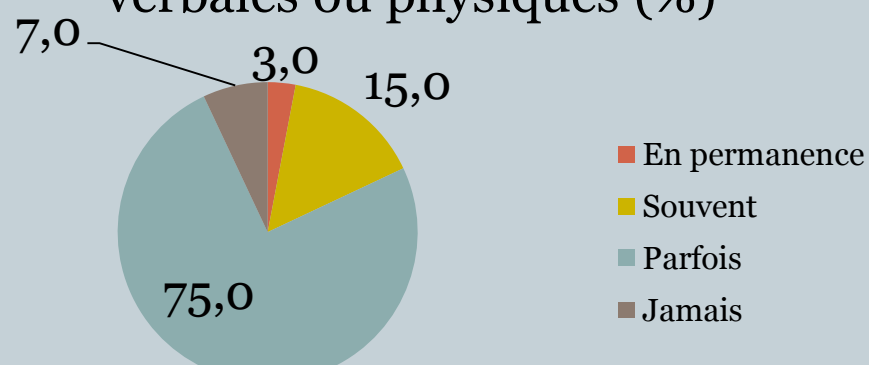
En forme en début de journée (%)



Impact du travail sur la santé (%)



Exposé à des agressions verbales ou physiques (%)



•48% des répondants s'estiment parfois stressés et 38% souvent stressés

Vécu: zoom sur le dispositif « continuité du dimanche matin »

27

- 36% des répondants sont concernés par ce dispositif
- Parmi eux: 70% estiment qu'il a un impact négatif sur leur qualité de vie au travail

Premiers résultats: synthèse des commentaires

28

- Problématiques institutionnelles: insuffisance de moyens, horaires de travail, valorisation financière du travail, reconnaissance partielle de la part de la direction et stratégie de communication, non bénéfice des avantages du CGOS
- Problématiques liées aux internes et FFI: demande d'un meilleur encadrement des tuteurs, problème relatifs aux journées de formation théoriques, demande d'aide de l'hôpital lors des démarches de sécurité sociale, non respect du temps de travail, logements onéreux et sans possibilité de toucher les APL
- Problématiques matérielles: salles de garde, manque de matériel, problème d'accès à Fleury-Mérogis

Projet « Qualité de vie au travail »

29

❖ PREMIÈRES ACTIONS

A venir: mise en place d'actions ciblées

30

- Travailler sur les deux éléments principaux susceptibles d'avoir une incidence sur l'ambiance de travail:
 - L'éventualité d'instauration de temps informels
 - L'amélioration de l'accueil des nouveaux arrivants
- Généraliser l'entretien annuel avec le chef de service
- Poursuivre et développer des actions spécifiques en direction des internes
- Etudier la possibilité de mise en place d'un dispositif d'alerte

A venir: instauration d'un baromètre

31

- Pérenniser la démarche d'évaluation et d'amélioration de QVT:
 - Mise en place d'un baromètre annuel:
 - Mesurant des aspects de la qualité de vie au travail
 - Evaluant les actions mises en place

Annexe 4

Synthèse des entretiens bilatéraux

Thierry Schmidt	Directeur Général
Gilles Calmes	Directeur Général Adjoint/Directeur des Affaires Médicales
Dr. Granier	Présidente de CME
Dr. Majidi	Médecin du travail
Dr. Salvan	Chef de Pôle
Dr. Hilliquin	Chef de Pôle d
Dr. Adler	Chef de Pôle
Dr. May	Chef de Pôle
Dr. Desmard	Chef de Pôle

Une spécificité de la démarche « qualité de vie au travail » du personnel médical

La qualité de vie au travail concerne tout le monde.

Néanmoins, il est nécessaire de construire une démarche dédiée au personnel médical, du fait de l'existence de contraintes particulières, qui ont un retentissement sur la vie familiale et personnelle : permanence des soins notamment, pour les spécialités à garde, impliquant la réalisation d'un temps de travail sur des horaires peu communes.

Le personnel médical et non médical n'ont pas les mêmes représentations. Il ne faut néanmoins pas exacerber leur différenciation. Il faut une approche parallèle et congruente. Les enjeux ne sont pas les mêmes, mais il existe des ponts. Les praticiens sont également assujettis au risque judiciaire.

Certaines fois, les praticiens souhaiteraient travailler plus en réalité : ouvrir d'autres plages de consultations etc. De même, les praticiens trouvent les procédures administratives trop « lourdes ».

Enfin il est nécessaire de réaliser une démarche « qualité de vie au travail du personnel médical » car l'hôpital public n'attire plus.

L'existence de temps informels

La notion de temps informel est difficile à appréhender. Il existe notamment une diversité de modes d'organisation, notamment concernant les services en temps postés/non postés. Il est peut-être possible de créer du temps informel lors des temps non postés.

Les exemples donnés de compréhension du temps « informel » sont :

- Pouvoir voir le chef de service,
- Organiser des staffs,
- Elargir les bureaux de pôle aux responsables de secteurs, aux cadres ainsi qu'à tous ceux souhaitant y participer
- Des réunions de service
- Des temps collectifs
- Des échanges entre pairs à propos des bonnes pratiques, notamment dialogue inter-service
- Permettre l'accès à une salle de sport à des tarifs préférentiels
- Améliorer les repas servis lors des gardes
- Ouvrir une salle de garde

Concernant la question de l'internat, il s'agit d'une idée intéressante, mais il ne faut pas diviser les équipes entre ceux qui y vont et ceux qui n'y vont pas. Il ne faut pas que cela devienne quelque chose de fermé. Cette salle de garde sera ouverte aussi aux praticiens seniors. Disposer d'un tel lieu est important pour la cohésion de groupe.

L'entretien d'évaluation

C'est une démarche nécessaire.

La Direction ne doit pas connaître le contenu de l'entretien. Il est important qu'il soit préparé.

Concernant les nouveaux chefs de service, il faudrait améliorer leur formation à la fonction.

L'accueil de nouveaux praticiens

Il n'existe pas de parcours formalisé pour les nouveaux arrivants, notamment concernant l'accueil. Il est également important de suivre médicalement les praticiens, notamment les nouveaux arrivés. Il ne faut pas que le médecin entre en relation avec la direction seulement lorsque cela va mal.

Il existe également une problématique d'accueil logistique et pratique certaines fois (téléphone, badges etc.)

Deux phases peuvent être distinguées :

- Une phase où le praticien pourrait être systématiquement reçu par le Directeur des affaires médicales, un mois après son arrivée. Il pourrait éventuellement être accompagné du chef de service.
- Un entretien réunissant les praticiens nouvellement arrivés pour une présentation auprès du chef d'établissement, de Président de CME, du DAM et du médecin du travail. Une de ces présentations pourrait être réalisée lors des deux sessions de mutations, soit en mai/juin, soit en novembre/décembre. Ce mode d'organisation pourrait être testé de façon expérimentale dans un premier temps, sur une soirée avec un buffet par exemple.

Il pourrait être également évoqué la publication de Flash Infos avec les personnes qui partent.

Concernant les internes, il est aussi nécessaire d'améliorer leur accueil. Cela passe par exemple par la promotion des échanges. Il pourrait également être installée au sein de la CME, une commission des internes.

Sur l'existence de risques psychosociaux

Il n'y a pas vraiment de sujet relatif aux risques psychosociaux. En outre, il existe déjà une procédure en la matière, qui consiste à faire le lien avec le médecin du travail.

Cependant, il existe une nécessité d'instaurer une médiation des conflits : il est nécessaire de faire appel à des tiers extérieurs. La médiation sera d'autant plus efficace que la cellule sera sollicitée tôt.

Il serait pertinent qu'il y ait un binôme médecin/non médecin. Il faut que cela soit des personnes formées, n'appartenant pas à l'établissement.

Il faudrait procéder à leur élection grâce à un vote effectué en CME, parmi 2/3 candidats, proposés par le bureau de CME.

Le signalement pourrait être fait par le médecin du travail, le praticien, le chef de service ou le chef de pôle.

Sur le fond, il faudra expliquer ce que n'est pas une médiation : elle ne peut se substituer aux autorités. Elle doit entendre les différentes parties et restituer ce que vivent les parties selon les situations. Elle ne doit pas déstabiliser les chefs de service et de pôle.

L'attractivité d'un hôpital public aujourd'hui

Elle se base sur un plateau technique, du bon matériel, des activités nobles, des projets, de la recherche et du temps libre pour les praticiens.

L'hôpital public souffre des mesures d'économie prises, alors que son activité est en croissance, du moins au CHSF. Un hôpital attractif doit se donner les moyens de son activité.

La question de l'attractivité d'un centre hospitalier public est différente de celle d'un CHU. De même, les établissements publics sont concurrencés par le privé, tant sur le plan de la rémunération que sur celui de la fluidité de fonctionnement des structures.

Néanmoins, exercer dans le public permet d'avoir un nombre de jours de congés plus important. Dans un établissement public, pourrait être envisagé la conclusion de contrats de TTA afin de rendre les rémunérations plus attractives. Concernant l'exercice libéral à l'hôpital comme source d'attractivité, celui-ci demande une organisation qui n'est pas toujours compatible avec le fonctionnement actuel de certains services du CHSF. Mais la question des finances ne constitue pas l'essentiel.

Les praticiens avancent également l'attractivité liée à une stabilité de l'emploi ainsi qu'aux conditions d'exercice. Dans un hôpital, ils n'exercent pas seuls, toutes les spécialités sont présentes. Il faut néanmoins parvenir à maintenir une taille critique d'équipe, afin d'effectuer un travail collégial.

Le problème de l'hôpital est qu'il ne s'agit pas d'une structure agile. Il faut travailler sur l'agilité des réponses, tout en favorisant les moments conviviaux. Il y a également trop de procédures ou formalités administratives, un travail de bureau qui prend trop de temps.

Le modèle unique du PH va exploser. Financièrement notamment, il faut admettre un peu d'individualisation.

Favoriser l'attractivité d'un hôpital c'est aussi mettre en avant ce qui va bien. La communication est fondamentale.

Annexe 5

Plan d'actions

« Qualité de vie au travail et attractivité du personnel médical »

I) Généralisation de l'entretien individuel (cf. grille d'entretien)

Le diagnostic montre que plus de 90% des praticiens souhaitent qu'un entretien avec leur chef de service soit mis en place. Les praticiens nécessitent de pouvoir échanger avec leur pairs et surtout avec leur chef de service/de pôle, ce qui facilite également la reconnaissance du travail effectué.

La philosophie de l'entretien est celle d'un moment d'échanges permettant de faire le point. Il ne s'agit en aucun cas d'un entretien d'évaluation. Le contenu de cet échange ne sera à ce titre pas inséré dans le dossier personnel du praticien, ni transmis à la direction. Ce moment formalisé n'a pas non plus pour vocation de remplacer les échanges informels, qui ont cours dans la vie quotidienne du service.

L'architecture du dispositif est la suivante : tous les praticiens seniors du CHSF, hors intérimaires et médecins de garde s'entretiennent une fois par an avec leurs chefs de service. Les chefs de service réalisent quant à eux des entretiens avec leurs chefs de pôle.

En pratique, les entretiens se dérouleront de janvier à mars, sur la base d'une trame qui guidera les échanges. Cette trame est communiquée au moins une semaine avant la date de l'entretien, afin que le praticien dispose du temps requis pour le préparer. Cet échange donne lieu à un compte-rendu écrit, dont une copie est communiquée au praticien. Il est ensuite archivé dans le service médical.

La première campagne d'entretiens débutera en janvier 2019. Elle fera l'objet d'une évaluation. Les praticiens pourront alors proposer des modifications de la trame ou plus globalement du dispositif.

II) Amélioration de l'accueil pour les nouveaux arrivants

L'analyse du questionnaire « Qualité de vie au travail » met en exergue le souhait des praticiens d'être d'avantage accompagné à leur arrivée dans l'établissement. La première image qu'une personne se fait de son lieu de travail est déterminante pour son intégration future.

1) Remettre un guide d'accueil

Un nouveau praticien prenant ses fonctions doit disposer de certaines informations relatives à l'établissement : avoir les bons contacts pour les questions qu'il souhaite poser quant à sa carrière, les questions pratiques etc. Alors qu'un livret d'accueil existe pour le personnel non médical et pour les internes, ce n'est pas le cas pour le personnel médical.

Un livret à destination des médecins va donc être créé. Celui-ci sera remis à tout nouveau praticien, avec un annuaire.

2) Réaliser un entretien un mois après l'arrivée d'un nouveau praticien

A son arrivée dans le service, un praticien est accueilli par son chef de service. Il a été décidé qu'afin d'accompagner le nouveau praticien, un entretien sera systématiquement réalisé un mois après sa prise de fonction par le Directeur des Affaires Médicales, en présence éventuellement du chef de service. Cet entretien a pour but de faire le point sur les premières impressions du praticien, et de montrer, symboliquement l'attention prêtée à sa présence dans l'institution.

3) Expérimenter le fait de présenter en fin d'après-midi l'institution aux nouveaux arrivés

Le but est de regrouper en fin d'après-midi les nouveaux arrivés dans l'année afin de présenter succinctement l'institution et ses principaux acteurs : Directeur Général, Présidente de CME, Directeur des Affaires Médicales, service de santé au travail. Il conviendra, après une première organisation d'une journée de ce type, de voir si le nombre de participants était suffisant, avant de réitérer l'expérience.

4) Réaliser un « flash info » avec les noms et présentation des nouveaux arrivés

Il est important que l'ensemble de la communauté médicale connaisse ses membres. Cela permet en effet d'entretenir une identité commune.

Afin de favoriser cette connaissance mutuelle, un article du journal « Flash info » présentera régulièrement les nouveaux arrivés.

5) Améliorer l'accueil des praticiens étrangers

Ces praticiens sont insuffisamment informés à leur arrivée sur le territoire national et peuvent se sentir démunis face aux tâches administratives variées et complexes qu'ils doivent accomplir.

Il est convenu qu'un mail type sera adressé à tout stagiaire associé ou faisant fonction d'interne avant sa prise de fonction, afin de l'avertir des démarches qu'il aura à accomplir une fois en France, comme ouvrir un compte bancaire ou s'inscrire à la sécurité sociale.

III) Mise en œuvre d'un dispositif de résolution des conflits

Il ne s'agit pas d'instaurer un seul dispositif rigide, mais de garantir l'existence d'un dispositif de médiation. Il s'axera sur la nomination de deux médiateurs, un médecin et un non médecin, afin de maintenir un certain équilibre dans l'approche.

Tout praticien pourra de façon anonyme ou non faire appel à ce médiateur : soit directement, soit en passant par son chef de service ou la président de CME.

Selon la nature ou l'importance du conflit, les médiateurs pourront prendre en charge le conflit directement ou faire appel à des tiers extérieurs, voire notamment actionner le dispositif de médiation nationale.

Afin de garantir une certaine objectivité, les médiateurs ne peuvent être des personnes travaillant au CHSF.

Des élections seront organisées en CME, afin d'élire le nom du médiateur « médecin ».

IV) Ouvrir une salle de garde

Le questionnaire « qualité de vie au travail » avait traité à l'instauration de temps informel. Cette remarque a conduit les membres du comité de pilotage à reconsidérer la question de l'ouverture d'une salle de garde, lieu de solidarité.

En pratique, cette salle se situera dans l'actuelle salle de repas des internes. L'aménagement de la salle prévoit l'installation d'un baby-foot et des canapés. Sa gestion quotidienne sera confiée à Dr. Lelièvre.

V) Réitération de diagnostics sur la qualité de vie au travail

1) Initier un baromètre « perception de la qualité de vie au travail » (cf. proposition d'indicateurs à mesurer)

L'établissement va se doter d'un outil permettant de créer des sondages en ligne.

Chaque année, aux alentours du mois de mars, un rapide sondage sera adressé à l'ensemble des praticiens de la communauté médicale. Il portera sur les actions mises en œuvre dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au travail, ainsi que sur des éléments évalués de façon négative l'année N-1.

Sur cette base, une enquête se fondant sur quelques indicateurs clés sera initiée en mars, après la fin de la campagne d'entretiens individuels.

2) Evaluer la satisfaction des internes (cf. proposition d'indicateurs à mesurer)

Lors de la rentrée des internes, il est convenu de prévenir les internes qu'une évaluation de la satisfaction quant à leur stage sera réalisée à la fin du semestre, par le biais d'un rapide sondage en ligne.

En pratique, ceci implique de collecter lors de la journée de rentrée, l'ensemble des adresses mail des internes, afin de pouvoir faciliter l'adressage du sondage.

Déroulement de l'entretien annuel

Le chef de service/chef de pôle communique au moins une semaine à l'avance aux praticiens de son service ou aux chefs de service de son pôle la grille annuelle d'entretien vierge



Réalisation de l'entretien par le chef de service ou le chef de pôle



Communication d'un exemplaire d'un entretien au praticien et archivage de l'entretien dans le service

Grille d'entretien

- Date :
- Date du dernier entretien :
- Service /pôle :
- Nom :
- Prénom :
- Missions du praticien dans la structure :
- Entretien réalisé par :

❖ Bilan de l'année écoulée :

- Ressenti du praticien (points positifs et négatifs)
 - Fonctions cliniques :

 - Participation à la permanence des soins :

 - Coordination médicale au sein de l'unité (staffs...)

 - Commentaire du chef de service (le cas échéant) :

❖ Formation :

- Formation(s) suivie(s) au cours de l'année écoulée :

- Souhaits pour l'année à venir :

- Commentaire du chef de service (le cas échéant) :

❖ **Projets convenus et perspectives pour l'année à venir :**

- Fonctions cliniques :

- Participation à la vie institutionnelle (le cas échéant) :

- Perspectives d'évolution professionnelle (y compris projet de mobilité, projets de coopération...) :

- Commentaire du chef de service (le cas échéant) :

❖ **Autre remarque :**

Questionnaire « Qualité de vie au travail » des praticiens

Profil

1. Vous êtes :

- Sage-femme
 Médecin
 Chirurgien
 Pharmacien

2. Quel est votre statut ?

- Sage-femme
 Professeur des Universités-Praticiens Hospitaliers
 Chef de clinique
 Praticien Hospitalier temps plein
 Praticien Hospitalier temps partiel
 Praticien Contractuel temps partiel
 Praticien Attaché
 Praticien Attaché Associé
 Assistant spécialiste
 Assistant
 Assistant associé

3. Exercez-vous une fonction d'encadrement ?

- Oui Non

L'équipe de travail

4. Vous sentez-vous soutenu(e) dans votre exercice par (réponses multiples possibles) ?

- Vos collègues
 Vos collègues soignants non médicaux
 Votre chef de service
 Votre chef de pôle
 L'institution

5. Comment qualifieriez-vous l'ambiance dans votre équipe ?

- Très bonne
 Plutôt bonne
 Plutôt mauvaise
 Très mauvaise
 Non concerné

Vécu au travail

6. Quel est l'impact de ces éléments sur votre qualité de vie au travail au CHSF ?

Nb : l'impact positif améliore vos conditions de travail, l'impact négatif les détériore

	Impact positif fort	Impact positif	Impact neutre	Impact négatif	Impact négatif fort
Ambiance de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens humains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité du service rendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rythme de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien de la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Etes-vous stressé(e) ?

- En permanence
- Souvent

- Parfois
- Jamais

Instauration d'un entretien individuel

8. Avez-vous bénéficié de l'entretien individuel avec votre chef de service/chef de pôle ?

- Oui
- Non

9. Si oui, cet entretien vous a-t-il semblé utile ?

- Oui
- Non

10. Avez-vous des suggestions relatives à ce dispositif (modification de la trame, de la méthode) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Accueil des nouveaux arrivants

11. Avez-vous des suggestions relatives à ce dispositif ?

12. Le guide d'accueil à destination des praticiens vous semble-t-il utile ?

Oui

Non

Quelles informations manquantes pourraient également s'y trouver ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Globalement le nouveau dispositif « accueil » des nouveaux arrivants vous semble-t-il pertinent (remise du guide, articles Flash Infos, entretiens un mois après la prise de poste) ?

Oui

Non

14. Avez-vous des suggestions à ce titre ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

15. Si vous êtes un nouveau praticien, vous a-t-on remis un guide d'accueil à votre arrivée ?

Oui Non

16. Si vous êtes un nouveau praticien, avez-vous eu un entretien avec le directeur des affaires médicales un mois après votre arrivée ?

Oui Non

17. Ces actions vous ont-elles semblé utiles ?

Oui Non

18. Si vous êtes un praticien étranger, estimez-vous avoir été suffisamment accompagnés dans votre prise de poste (accomplissement des formalités administratives ...) ?

Oui Non

19. Avez-vous des commentaires/suggestions ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....



Questionnaire « internes »

Profil

1. Vous êtes :

Interne

Stagiaire associé

FFI

Votre accueil

2. Avez-vous participé à la réunion de rentrée ?

Oui

Non

3. Si oui, celle-ci vous a-t-elle parue utile ?

Oui tout à fait

Non pas vraiment

Oui plutôt

Non pas du tout

4. Le livret d'accueil qui vous est remis vous paraît-il complet ?

Oui

Non

5. Avez-vous des suggestions relatives au contenu de ce livret et plus globalement, concernant cet accueil ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Si vous êtes un praticien étranger, estimez-vous avoir été suffisamment accompagné dans votre prise de poste (accomplissement des formalités administratives ...) ?

Oui

Non

7. Globalement, avez-vous des suggestions relatives à votre accueil dans l'établissement ?

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aspects matériels et logistiques de votre stage

8. Estimez-vous avoir des difficultés pour vous loger ?

Oui Non

9. Estimez-vous avoir des difficultés de transport ?

Oui Non

10. Avez-vous des commentaires/suggestions ?

.....
.....
.....

Vie dans l'institution et dans le service

11. Vous sentez-vous soutenu(e) dans votre exercice par (réponses multiples possibles) ?

Vos collègues Votre chef de service L'institution
 Vos collègues soignants non médicaux Votre chef de pôle

12. Recevez-vous de la reconnaissance, notamment de la part de votre chef de service pour la réalisation de vos tâches ?

Oui tout à fait Oui plutôt Non pas vraiment Non pas du tout

13. Comment qualifieriez-vous l'ambiance dans votre équipe ?

Très bonne Plutôt mauvaise Non concerné
 Plutôt bonne Très mauvaise

