



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Novembre 2018**

**La gestion des ressources humaines
médicales : les enjeux de l'attractivité**

L'exemple d'un établissement public de
santé en Normandie

Marie DESHAYES

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'École des Hautes Études en Santé Publique pour m'avoir donnée la possibilité d'effectuer un stage au cours de la formation des élèves Attachés d'Administration Hospitalières ainsi que d'y apporter une dimension théorique par l'ensemble des enseignements.

Je tiens également à remercier tout particulièrement les personnes qui m'ont accompagnée dans la réflexion et la rédaction de ce mémoire :

La directrice adjointe des affaires médicales, en qualité de tutrice, pour ses conseils, ses encouragements essentiels à la réalisation de mon mémoire.

Le directeur des affaires médicales pour son accueil au sein de sa direction et ses échanges.

L'adjointe des cadres à la direction des affaires médicales, pour son aide dans la réalisation de mes missions au cours du stage et ses précieux conseils professionnels.

Je remercie l'ensemble de la direction des affaires médicales pour leur accueil chaleureux, ce qui m'a permis de m'intégrer rapidement.

Enfin, l'ensemble des professionnels rencontrés pour leur disponibilité et franchise dans leur témoignage.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	4
1 L'hôpital public doit faire face à une pénurie de médecins, illustration des difficultés de recrutement au sein de l'établissement étudié.....	5
1.1 Le contexte national : un hôpital public souffrant d'un manque d'attractivité et un corps médical en mutation.....	5
1.1.1 Les contraintes qui pèsent sur l'environnement hospitalier	5
1.1.2 Un corps médical marqué par de nouvelles aspirations	7
1.1.3 Le plan d'action pour l'attractivité médicale à l'hôpital public.....	8
1.2 La Normandie : une région exposée à un manque d'attractivité	10
1.2.1 Une région à la démographie médicale en tension fragilisant l'offre de soins	10
1.2.2 Un établissement marqué par une pénurie de médecins concernant des spécialités	11
1.2.3 La pénurie de médecins peut impacter l'offre de soins et créer un malaise au sein des services	12
2 L'attraction, le recrutement, la fidélisation : un travail mené par l'établissement étudié qui nécessite d'être consolidé	15
2.1 Une politique d'attractivité engagée envers les jeunes praticiens	15
2.1.1 Les internes : une population cible pour favoriser le recrutement	15
2.1.2 Une politique post-internat engagée	16
2.2 Des actions menées en matière de parcours professionnel, qualité de vie au travail et management médical qui nécessitent un travail à long terme	17
2.2.1 La mise en place des fiches de travail pour favoriser l'individualisation des parcours professionnels.....	18
2.2.2 Le bien-être et la qualité de vie au travail, à l'image de la création de la CVAI	19
2.2.3 Un management médical de qualité, élément clé du bien-être au travail	20
2.3 Des constats permettant de mettre en lumière des axes de développement.....	21
2.3.1 La nécessaire individualisation des parcours professionnels	21

2.3.2	L'amélioration de l'image du CHU	22
2.3.3	L'implication de la communauté médicale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail	22
3	Les préconisations en termes d'attractivité, de recrutement et de fidélisation	23
3.1	Améliorer la stratégie de communication de l'établissement	23
3.2	Garantir un recrutement et un développement des carrières individualisées	24
3.3	Établir une solide collaboration médico-administrative pour assurer le bien-être au travail	26
3.4	Mettre en place des organisations de travail stables pour assurer un équilibre de travail	27
	Conclusion	31
	Bibliographie	33
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
ARS : Agence Régionale de Santé
ASCHU : Assistants Spécialistes CHU
ASR : Assistants Spécialités Régionaux
CESP : Contrat d'Engagement dans le Service Public
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNG : Centre National de Gestion
CVAI : Cellule – Veille – Alerte – Intervention
DAM : Direction des Affaires Médicales
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Établissement Public de Santé
ETP : Équivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IESPE : Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif
ME : Marque Employeur
PDS : Permanence Des Soins
PECH : Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière
PH : Praticien Hospitalier
T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

« 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester », tel était le titre du rapport relatif à l'attractivité médicale à l'hôpital public, rendu par Monsieur Jacky LE MENN en 2015¹.

A émergé ces dernières années la problématique des déserts médicaux, conséquence des inégalités de répartition des médecins libéraux. Du fait de la désertification de certains territoires par les professionnels de santé, la demande de soins de ville a tendance à se reporter sur les hôpitaux. Olivier VERAN évoque la problématique des « déserts hospitaliers »², les hôpitaux se retrouvant confrontés à une « crise du recrutement »³. Ainsi, la question de l'attractivité médicale s'est étendue au service public hospitalier.

Divers facteurs peuvent expliquer cette crise du recrutement.

A la fin des années 1970, le numerus clausus a baissé, entraînant, de manière différée, une diminution du nombre de médecins en activité. Même si le gouvernement actuel a, dans son plan santé, annoncé la suppression du numerus clausus à partir de 2020, la tendance à la baisse du nombre de médecins devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2025, selon l'atlas de la démographie médicale⁴. Puis, dans le même temps, la population continue de croître et de vieillir. À cela s'ajoute l'augmentation de maladies chroniques qui entraîne une forte demande en soins.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) souligne que « l'offre médicale devrait croître moins vite que la demande, au cours des dix prochaines années »⁵.

De plus, l'arrivée des nouvelles générations de médecins est marquée par l'affirmation d'aspirations professionnelles plus respectueuses de la vie privée, ayant pour conséquence une diminution du temps de travail .

¹ LE MENN J., L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leur aînés d'y rester, Rapport 2015.

² VERAN O., Hôpital cherche médecins coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

³ BERCOT R., MATHIEU-FRITZ A., « La crise de recrutement des chirurgiens français entre mythes et réalités », *Revenus française de sociologie* 2007/4, Vol.48.

⁴ Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, 2017.

⁵ BACHELET M., ANGUIS M., DREES, « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariées », *Études et Résultats*, n°1011, mai 2017.

Une autre donnée à prendre en compte est celle de la Tarification à l'Activité (T2A)⁶, qui a instauré au sein des établissements une exigence gestionnaire et une recherche de performance économique. Cette réforme a installé un objectif de productivité dans un contexte financier contraint, impactant l'environnement hospitalier. Les médecins se trouvent confrontés à ces mesures de productivité, modifiant leur art, pouvant expliquer un manque d'attractivité envers l'hôpital public⁷.

On peut également évoquer des contraintes liées à l'exercice au sein d'un hôpital public telles que la permanence des soins qui est lourde (gardes, astreintes), le public accueilli parfois précaire, ainsi que la rémunération. Ce sont de grandes différences par rapport à un exercice en clinique privée et qui explique la difficulté de retenir certaines spécialités.

L'ensemble de ces constats dénote un déficit d'attractivité de l'hôpital public. Aujourd'hui, attirer, recruter et fidéliser les praticiens est un défi de plus en plus dur à relever pour les hôpitaux.

Dans un premier temps, l'établissement doit attirer le praticien, c'est à dire susciter son envie de venir exercer en son sein. Le deuxième temps correspond au recrutement, qui se concrétise par la signature d'un contrat de travail. Enfin, dans un troisième temps, l'établissement doit s'attacher à fidéliser le praticien.

Le stage réalisé auprès d'une Direction des Affaires Médicales (DAM) a été l'opportunité d'appréhender les enjeux liés à l'attractivité médicale.

À la demande de l'établissement, celui-ci est présenté de manière anonyme. Cependant, des éléments de contextes seront développés pour mieux comprendre le positionnement de l'établissement à l'échelle régionale.

L'établissement qui est un CHU, emploie un peu plus de dix mille personnes représentant près de 1 390 équivalents temps plein de personnel médical (y compris les internes) et 7 890 équivalents temps plein de personnel non-médical⁸.

L'hôpital se situe en Normandie, deuxième région de France qui présente les indicateurs de densité médicale les plus défavorables. L'établissement étudié doit faire

⁶ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

⁷ Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Les médecins dans leur environnement », Rapport 2009.

⁸ Les chiffres clés 2016 – CHU X

face à un contexte de démographie médicale particulièrement tendu, et se trouve confronté à des difficultés de recrutement du personnel médical.

Ainsi, la DAM, et par suite, l'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), doit se saisir des problématiques relatives à l'attractivité médicale. L'AAH peut apporter un appui technique et également être force de propositions pour mettre en place des actions favorisant l'attractivité de l'établissement.

Dès lors, dans un contexte local de démographie médicale tendu, quels sont les leviers que peut utiliser un AAH pour attirer, recruter et fidéliser les ressources humaines médicales au sein de son établissement ?

Le stage, à travers les échanges⁹, les rencontres et l'observation, a permis de prendre conscience de l'enjeu de l'attractivité médicale pour un établissement public de santé et notamment pour une DAM. L'hôpital doit se doter d'une présence médicale continue pouvant répondre aux besoins de santé de sa population.

C'est ainsi que le choix de travailler sur ce sujet s'est tout naturellement imposé.

Ce mémoire débute par une contextualisation du sujet de manière générale, en exposant le contexte national et aussi régional (I). Ensuite, il s'agit de présenter les constats relevés lors d'entretiens et pendant la phase d'observation, démontrant que les moyens mis en œuvre sont à consolider (II). Enfin, ce travail se termine par des recommandations pouvant être mises en œuvre par la direction générale et *in fine* par l'AAH au sein de la DAM (III).

⁹ Cf. Annexe n°1, Grille d'entretien avec praticiens.

Méthodologie

Le point de départ de la réflexion a débuté lors de la première période de stage, dite « blouse blanche », en février 2018.

Cette période en immersion au sein des services de soins a été une phase exploratoire.

Des entretiens non-directifs ont également été réalisés avec des praticiens. Ces entretiens ont été l'occasion d'évoquer leur quotidien, leur parcours professionnel, leur organisation de travail ainsi que leur qualité de vie au travail.

Un entretien non-directif avec la Directrice Adjointe de la DAM a également eu lieu, permettant un échange sur la thématique de l'attractivité médicale au sein de l'hôpital. Cet échange a permis de faire naître diverses interrogations : De quelles manières sont gérées les pénuries de médecins ? Quels sont les différents dispositifs existants pour recruter les praticiens ? Quelle est la stratégie de l'établissement pour gérer les effectifs ? Quels sont les leviers d'actions pour attirer et fidéliser les médecins à l'hôpital ? Quelles solutions peuvent exister pour améliorer l'attractivité de l'hôpital ? De quels outils dispose une DAM pour répondre à l'enjeu de l'attractivité ?

Lors de la seconde période de stage, la participation à des réunions et instances, ainsi que la réalisation de diverses missions et les entretiens semi-directifs ont été réalisés. Cela a permis d'appréhender le fonctionnement de la DAM.

L'ensemble des échanges a été riche et a été le moyen de prendre conscience du défi pour l'hôpital d'attirer, de recruter et de fidéliser le personnel médical.

Afin de compléter cette étude de terrain, des recherches bibliographiques et une étude de la documentation interne à l'établissement ont été faites.

1 L'hôpital public doit faire face à une pénurie de médecins, illustration des difficultés de recrutement au sein de l'établissement étudié

L'hôpital public souffre d'un manque d'attractivité (A). À l'échelle locale, l'observation réalisée lors du stage fait état d'un environnement caractérisé par une démographie médicale en tension (B).

1.1 Le contexte national : un hôpital public souffrant d'un manque d'attractivité et un corps médical en mutation

L'hôpital public souffre d'un manque d'attractivité du fait de ses contraintes (1) auquel s'ajoutent de nouvelles attentes d'un corps médical (2). Le plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public s'inscrit dans une lignée de mesures réglementaires qui tente d'inciter les professionnels à exercer dans les Établissements Publics de Santé (EPS) (3).

1.1.1 Les contraintes qui pèsent sur l'environnement hospitalier

Le Centre National de Gestion (CNG), dans son rapport d'activité 2017, mentionne un taux de vacance statutaire des Praticien Hospitalier (PH) à temps plein à 26,5 % en 2017. Ce taux progresse de manière constante entre 2007 et 2012. Concernant les PH à temps partiel, le taux de vacance statutaire progresse régulièrement depuis 2009 où il était de 36%. Il atteint 46,1% au 1er janvier 2017. Les disciplines les plus touchées sont la radiologie, la psychiatrie, la médecine et la chirurgie¹⁰.

A cela s'ajoute deux constats mis en avant par l'atlas de la démographie médicale : la féminisation du corps médical et l'augmentation des médecins à diplômes étrangers en France. Les femmes représentent 47 % des médecins en activité régulière en 2016 contre 38 % en 2007. Près de 10,4 % de médecins étrangers se sont inscrits à l'Ordre au cours de l'année 2016¹¹.

¹⁰ Centre National de Gestion, Rapport d'activité, 2017.

¹¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale, 2016.

Comme a pu le souligner Monsieur Roland OLLIVIER, « répondre aux besoins de santé de la population, gérer la contrainte financière et prendre en compte les aspirations diverses du corps médical sont autant de défis que doit relever l'hôpital public »¹².

En effet, en plus du déficit de médecins à l'hôpital public, sont intervenues, en parallèle, des réformes de réorganisation et de modification de financement. Cela conduit les EPS à devoir combiner des impératifs de recrutement tout en s'adaptant aux nouvelles modalités induites par les réformes¹³.

En 2003, la réforme du financement des hôpitaux par la mise en place de la T2A a constitué un véritable bouleversement tant en termes organisationnel que financier. Auparavant, les hôpitaux recevaient une dotation globale annuelle sans lien avec leur activité. La volonté des pouvoirs publics, via cette réforme, a été de rechercher la performance économique avec une gestion financière la plus efficiente et avec une transparence totale des financements.

Toutefois, cette réforme a été critiquée et de nombreuses dérives ont été pointées du doigt. Beaucoup dénoncent des effets pervers tels que la multiplication d'actes inutiles, une qualité des soins moindre ou encore la survalorisation des actes techniques¹⁴.

La création des pôles d'activité¹⁵, renforcée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)¹⁶, a entériné la logique gestionnaire voulue à l'hôpital. L'instauration des pôles a été un tournant dans le management hospitalier en mettant en place une stratégie médicale et l'exercice de gestion, sous la responsabilité du chef de pôle par un trio constitué du médecin, du cadre soignant et du cadre administratif. Cette réorganisation a amené un véritable changement culturel dans le management hospitalier, occasionnant une réorganisation totale des services de soins et modifiant la hiérarchie¹⁷.

Selon Monsieur Gérard DE POUVOURVILLE, les réformes soumettent les établissements ainsi que les praticiens à une exigence gestionnaire marquée par « un double mouvement de resserrement de leurs marges de manœuvres stratégiques et des contrôles budgétaires dont ils font l'objet ». Cette logique était éloignée de « l'identité

¹² CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERSON S., *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, 2013.

¹³ DE POUVOURVILLE G., « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol. 86, n°6, 2010.

¹⁴ Hôpitaux : les effets pervers de la tarification à l'activité, France Info, 13 février 2018.

¹⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

¹⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁷ Le management hospitalier, Fédération hospitalière de France, 08 février 2011.

traditionnelle des médecins hospitaliers » ... « fondés sur l'excellence clinique et la notoriété scientifique »¹⁸.

Par ailleurs, l'hôpital public a comme obligation la permanence et la continuité des soins, dont il est le seul à devoir répondre¹⁹. Cela constitue pour son organisation une charge supplémentaire à laquelle il est complexe de faire face lorsque le recrutement de médecin pose déjà problème.

Lors des entretiens réalisés avec des médecins, ils ont été nombreux à évoquer le poids de la permanence des soins. La permanence des soins est pesante pour les équipes médicales.

Enfin, on peut également mentionner les contrôles de plus en plus accrus qui pèsent sur l'hôpital public, réalisés par des acteurs extérieurs en référence à des recommandations de bonnes pratiques publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ces réformes ont modifié la pratique médicale de manière collective et individuelle. Les organisations ont été repensées, les liens hiérarchiques redéfinis dans un contexte de productivité et de contraintes financières.

Ce nouveau contexte, conjugué à la pénurie démographique, semble occasionner un déficit d'attractivité, l'hôpital public faisant face à des difficultés de recrutement. Dans le même temps, les nouvelles générations de médecins réclament un meilleur équilibre vie professionnelle – vie personnelle, impactant l'offre de soins.

1.1.2 Un corps médical marqué par de nouvelles aspirations

Monsieur LE MENN énonce « le rapport des jeunes praticiens à leur travail et aux hiérarchies professionnelles se transforme au gré des évolutions de la société et dans un contexte de féminisation rapide de la profession »²⁰.

L'enquête nationale de la Fédération Hospitalière de France (FHF) – Arthur Hunt, qui avait pour objectif de « mettre en avant les atouts de l'hôpital public et les pratiques à

¹⁸ DE POUVOURVILLE G., « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol. 86, n°6, 2010.

¹⁹ Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

²⁰ LE MENN J., L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leur aînés d'y rester, Rapport 2015.

développer pour répondre aux besoins des médecins et étudiants » souligne le souhait des nouvelles générations de médecins d'un meilleur équilibre de vie²¹.

Dans cette enquête, conduite auprès de 5 600 médecins et étudiants, cet équilibre est évalué comme bon par 26% des médecins répondants, comme moyen pour 45,7% et insuffisant pour 28,3% d'entre eux²². Ces chiffres témoignent ainsi du choix des nouvelles générations de médecins qui ne souhaitent pas sacrifier leur vie personnelle et familiale à une carrière. Ils démontrent aussi la concurrence des structures privées et de l'emploi temporaire. Les médecins exerçant dans le secteur privé ou en intérim ont la possibilité d'organiser leur temps de travail selon leurs souhaits et leurs contraintes leur offrant une plus grande autonomie.

De plus, faire le choix d'exercer en libéral ou en vacation permet de ne pas avoir à assurer la permanence des soins de l'hôpital public.

Au-delà de ces aspects, l'enjeu financier est également présent, la rémunération public/privé n'est pas la même, de nombreux jeunes médecins privilégient le secteur libéral afin d'avoir une rémunération plus intéressante. Dans le secteur public, les rémunérations sont encadrées et les DAM ne peuvent y déroger. La rémunération des praticiens hospitaliers statutaires correspond à une grille, concernant les Praticiens Contractuel (PC), il est possible de les rémunérer au 4^{ème} échelon de la grille des PH plus 10%. Ce qui laisse peu de marge de manœuvre en la matière.

La question de la gestion des ressources humaines médicales à l'hôpital, depuis ces dernières années, a fait l'objet de mesures réglementaires à l'image du plan d'action pour l'attractivité médicale à l'hôpital public.

1.1.3 Le plan d'action pour l'attractivité médicale à l'hôpital public

Face à la pénurie de médecins hospitaliers, à la concurrence du secteur privé, aux nouvelles attentes des jeunes générations, le plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public a été annoncé en octobre 2015 par l'ancienne ministre des Affaires sociales et de la Santé, Madame Marisol TOURAINE²³.

Ce plan, composé de douze mesures pour encourager les jeunes professionnels à choisir l'hôpital public, témoigne d'une prise de conscience nécessaire.

Il met en place des dispositifs et mesures financières à destination des professionnels de santé, de nature à privilégier l'hôpital public. Les incitations financières permettent aux directions des affaires médicales de revaloriser les rémunérations.

²¹ Enquête nationale sur la gestion ressources humaines médicale, FHF, 8 novembre 2017.

²² Idem.

²³ Attractivité de l'exercice médical – Plan d'action pour l'hôpital public, 2 novembre 2015.

A titre d'exemple, la prime d'exercice territorial²⁴, qui remplace la prime multi-sites, destinée à encourager l'exercice sur plusieurs sites, permet aux médecins hospitaliers de travailler en équipe et sur des missions diverses. Son montant varie en fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice du praticien et d'une distance minimale exigée entre les sites.

Une autre incitation financière a été créée, la prime d'engagement dans la carrière hospitalière²⁵. Cette mesure cible des spécialités ayant un taux important de postes vacants au niveau national ou dans certains territoires. En contrepartie, le praticien s'engage à passer le concours de praticien hospitalier et à rester, une fois titularisé, au moins trois ans sur ce poste. Trois niveaux de primes sont prévus : de 10 000 à 30 000 euros selon le besoin identifié (spécialité ou territoire en tension).

Au sein de l'établissement étudié, la prime d'engagement a été mise en œuvre pour les anesthésistes et les radiologues ; elle représente un coût de 200 000€ pour une année.

L'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif (IESPE) a été revalorisée. Cette indemnité a été fixée à 700 euros brut mensuel (ou 704,20 euros selon les catégories) pour les professionnels ayant bénéficié de cette indemnité pendant au moins 15 ans, au lieu de 487,49 euros (ou 493,35 euros). La revalorisation concerne les personnels enseignants et hospitaliers titulaires, chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, assistants hospitaliers universitaires et praticiens hospitaliers universitaires²⁶.

Enfin, les droits sociaux pour les praticiens contractuels (praticien contractuel et assistant) ont été harmonisés.²⁷

Il convient maintenant de présenter la situation régionale au sein de l'établissement étudié.

²⁴ Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

²⁵ Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.

²⁶ Arrêté du 20 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

²⁷ Décret n° 2017-161 du 9 février 2017 relatif aux droits à congés et aux conditions d'exercice de certains personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

1.2 La Normandie : une région exposée à un manque d'attractivité

Seront présentés les chiffres de la démographie médicale régionale (1), puis la situation au sein de l'établissement (2) et enfin les tensions existantes (3).

1.2.1 Une région à la démographie médicale en tension fragilisant l'offre de soins

La Normandie, région dans laquelle se situe l'établissement étudié, est marquée par des déserts médicaux. Elle est la troisième région française la moins dotée en médecins, la situation est préoccupante dans les zones rurales, où nombreux sont les médecins généralistes qui partent à la retraite et ne trouvent pas de successeurs²⁸. La région a, proportionnellement à sa population, 121 généralistes pour 100 000 habitants contre 130,9 au niveau national²⁹.

Ces disparités territoriales sont caractérisées comme alarmantes, puisque le nombre de médecins est en baisse alors que la population augmente (+1,6 % en 2017). De plus, la région est confrontée au vieillissement de sa population. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), il y aurait une très forte augmentation du nombre de séniors, de 729 000 en 2020 à 1 005 000 d'ici à 2050 (+37,9%)³⁰.

Ces difficultés d'accès à la médecine de ville ont des répercussions sur les hôpitaux, lorsque, faute de médecins de ville, la demande en soins est reportée vers les centres hospitaliers. Ce constat a été fait lors du stage : quantité de patients arrive au service des urgences mais relève plutôt de la médecine générale.

Afin de remédier à ces situations, un nouveau plan régional de santé 2018-2023 pour la région Normandie a été instauré en juillet³¹. Il prévoit des mesures pour faire face au manque d'urgentistes et aux services d'urgences saturés. Notamment par la réorganisation de la première ligne de soins avec des pôles de santé ambulatoires, des centres de soins non programmés, des maisons médicales de garde et des services de santé dans les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour personnes Âgées Dépendantes)³².

²⁸ Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale, 2017.

²⁹ Les médecins généralistes de moins en moins nombreux en Normandie, actu.fr, 26 octobre 2017.

³⁰ BRUNET L., MAILLARD M., Le vieillissement démographique en Normandie à l'horizon 2050, une forte poussée des populations, Insee, 28 juin 2018.

³¹ Élaboration du PRS normand 2018-2023, Agence Régional de Santé Normandie, 1^{er} août 2018.

³² Idem.

1.2.2 Un établissement marqué par une pénurie de médecins concernant des spécialités

D'après le bilan social de l'établissement étudié, ce dernier compte 2 466 personnels médicaux dont 667 internes.

La moyenne d'âge est de 41 ans.

Il est mis en évidence une féminisation de la profession avec une parité pour les tranches d'âge inférieure à 45 ans. Il a été constaté une féminisation des effectifs notamment sur les statuts contractuels correspondant à une féminisation de la profession.

On note 16 départs en retraite en 2017, 13 en 2016 et 8 en 2015.

Le bilan social réalise un focus sur 3 métiers en tension au sein de l'établissement: radiologue, anesthésiste-réanimateur et urgentiste.

Concernant la radiologie, le taux de turnover est de 11,61%. Il est précisé que la structure des effectifs reste à consolider. Le fonctionnement normal sur l'ensemble des activités des sites ne peut être assuré aujourd'hui à effectif constant. Certains secteurs de l'imagerie restent fragiles même si de nouveaux professionnels sont venus compléter les équipes. Sur le plan démographique, des départs sont annoncés. Fidéliser les jeunes radiologues au sein de l'établissement reste difficile. Le post internat permet de dynamiser la structure (rotation des Assistants Spécialités Régionaux (ASR) et Assistants Spécialistes CHU (ASCHU)). Enfin, le statut de PH n'est pas de nature à garantir avec certitude une implication sur du moyen terme au sein de l'établissement.

Concernant l'anesthésie-réanimation, la démographie médicale de cette spécialité restera déficitaire jusqu'en 2019. Le taux de turnover est de 11,61%.

Enfin, s'agissant des urgentistes, la création du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine d'urgence doit permettre de fidéliser des jeunes praticiens. De jeunes internes souhaitent poursuivre un exercice hospitalier sur un statut d'assistant. Les jeunes générations sont en recherche d'un exercice mixte urgence/SAMU qui est un facteur d'attractivité de la structure. Ainsi, la DAM va, pour tous les futurs recrutements d'urgentistes, prévoir dans la fiche de poste, un exercice mixte SAMU/urgences.

1.2.3 La pénurie de médecins peut impacter l'offre de soins et créer un malaise au sein des services

Le manque de praticiens a inévitablement des répercussions sur l'organisation des services de soins, pour exemple le service des urgences.

Le service des urgences fonctionne 24h/24. L'an dernier, le nombre de passages aux urgences était de 160 893, dont 105 837 aux urgences adultes et 39 353 aux urgences pédiatriques. C'est le deuxième service d'urgences de France en fréquentation, après celui de Nice.

Au sein de l'établissement étudié, les urgences souffrent d'un manque de médecins. L'équipe est composée de 25 Equivalents Temps Plein (ETP), alors qu'il en faudrait 35 pour un fonctionnement optimal et en application du nouveau référentiel du temps de travail³³. Le nombre d'internes varie selon les semestres (12 internes actuellement contre 18 le semestre précédent). Le chef de service confiait ressentir une augmentation de la tension au sein de son service, « le flux continuant d'augmenter sans cesse ». Précisant également, qu'avec « le principe de précaution », suite à l'affaire du Samu de Strasbourg, « cela n'arrange rien », les patients sont orientés directement vers les urgences.

Ce manque d'attractivité et cette pénurie médicale s'illustrent à travers le recours à des médecins intérimaires au sein du service des urgences.

Depuis 2016, l'établissement a fait le choix de recourir à des médecins intérimaires pour les services d'urgence et également d'anesthésie, services fortement touchés par la pénurie de médecins.

35 journées ont été assurées par des médecins intérimaires aux urgences en 2016 contre 70 en 2017. En 2016, l'intérim a représenté une dépense totale de 39 924 € contre 66 850€ en 2017. Pour l'exercice 2018, il a été budgété la somme de 80 004€ à l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Au-delà de l'impact financier que peut engendrer le recours à des médecins intérimaires, se pose également la question de la qualité et de la sécurité des soins. Très souvent, les médecins intérimaires ne connaissent pas les protocoles et procédures

³³ Instruction DGOS/RH4 n°2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

propres à l'établissement, à chaque unité de soins. Ils n'ont aucune obligation de formation continue, ils ne sont soumis à aucune évaluation³⁴.

Un chef de service de l'établissement considère l'intérim comme un véritable danger « le médecin intérimaire ne connaît pas le fonctionnement du service et les patients, il arrive pour 24h et ne fait pas partie intégrante de l'équipe médicale. Le recours à des médecins intérimaires ne constitue qu'une solution d'urgence pour pallier le manque d'effectifs ».

³⁴ VERAN O., Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, Rapport, décembre 2013.

2 L'attraction, le recrutement, la fidélisation : un travail mené par l'établissement étudié qui nécessite d'être consolidé

L'établissement consacre une politique engagée pour attirer les internes et les recruter après leur internat (A). Par ailleurs, pour fidéliser les professionnels médicaux des mesures ont été mises en place (B).

2.1 Une politique d'attractivité engagée envers les jeunes praticiens

Les internes représentent une population particulièrement cruciale (1) et l'accueil de jeunes médecins dans l'établissement a pour objectif de les fidéliser à terme (2).

2.1.1 Les internes : une population cible pour favoriser le recrutement

Attirer les internes est un challenge pour les établissements puisqu'ils ont un poids important dans le fonctionnement des services de soins : ils participent aux gardes et aux prises en charges médicales.

Accueillir des internes représente également des enjeux à long terme : c'est le moyen de recruter de futurs praticiens au sein de l'établissement mais également de favoriser l'installation de jeunes médecins sur le territoire local. Les internes qui ont commencé à construire leur vie tant personnelle que professionnelle au sein de la région, seront plus enclins à y rester pour débiter leur carrière.

La ville dans laquelle se situe l'établissement n'est pas la ville la plus prisée par les étudiants en médecine pour exercer leur internat. Selon le palmarès publié par « What's Up Doc » de 2017, elle figure à la 15^{ème} place (sur 28) des établissements préférés des étudiants en médecine. L'établissement compte entre 230 à 250 postes d'internes, 90% sont en moyenne pourvus.

L'observation directe et les entretiens menés ont permis de constater les différents dispositifs qui existent pour attirer et fidéliser les internes au sein de l'établissement. Puisqu'effectivement inciter les internes en formation à venir au sein l'hôpital permet de constituer un vivier important de futures ressources médicales.

L'établissement organise une journée qui leur est dédiée, qui se déroule lors de la rentrée universitaire dans les locaux de l'université de médecine. Cette journée, placée sous le signe de la convivialité, a pour but d'apporter un maximum d'informations aux internes.

Lors de cette journée, différents acteurs du monde hospitalier sont présents : l'Agence Régionale de Santé (ARS), le bureau de l'internat, les Centres Hospitaliers (CH) périphériques, des internes référents ainsi que des coordonnateurs médicaux.

Egalement dans cette optique d'attractivité, l'hôpital, la ville et de nombreux partenaires, organisent une soirée d'accueil de chaque promotion d'internes, qui se déroule à l'Office du tourisme. Cette soirée est l'occasion de dynamiser l'arrivée des internes et de présenter les atouts du territoire. L'an dernier, grâce à la présence de l'Opéra, du club de Hockey et d'une salle de concert, les aspects culturels, sportifs et touristiques ont été présentés.

Cette stratégie de communication est coordonnée par la direction des affaires médicales. La DAM travaille notamment en collaboration avec la direction de la communication pour organiser ces événements. Pour chaque événement, il s'agit de trouver des partenaires, des locaux et des financements. Chaque année, la direction des affaires médicales reçoit des retours positifs.

Au-delà d'attirer les internes, il s'agit de les fidéliser. L'hôpital a une politique engagée en matière de post-internat.

2.1.2 Une politique post-internat engagée

Le travail à temps partagé entre un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) et un établissement périphérique est un facteur d'attractivité, permettant à de jeunes praticiens de diversifier leur exercice professionnel.

Comme a pu le souligner Monsieur CALMES en évoquant les exercices partagés « ces expériences (...) ont montré tout l'intérêt pour de jeunes médecins de bénéficier (...) d'une première expérience professionnelle dans un environnement dédié à la fois aux soins, à l'enseignement et à la recherche. Cette première expérience leur permet, quel que soit le mode d'exercice qu'ils choisiront par la suite, d'ancrer leur pratique au sein d'un territoire de santé en participant au développement de synergies locales entre les professionnels de santé »³⁵.

Face au contexte de pénurie médicale dont souffre la région, des dispositifs ont été mis en place afin de fidéliser les internes formés. A l'image des postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR), qui associent dans le cadre d'un temps partagé une activité hospitalière au sein d'un centre hospitalière périphérique et une formation dispensée en

³⁵ CALMES G., BENZAKEN S., FELLINGER F., OLLIVIER R., PERSON S., *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Presses de l'EHESP, 2013.

CHU, la répartition du temps de travail est généralement de 60% en périphérie et 40% en CHU³⁶.

L'enjeu de ce dispositif est, d'une part d'apporter un soutien à la démographie médicale en fidélisant les futurs médecins, dans des disciplines prioritaires, d'autre part, de favoriser l'installation des jeunes médecins dans la région à l'issue de leur post-internat.

L'ARS participe au financement de ces postes à hauteur de 70%, le reste à charge est financé par l'établissement périphérique. Les postes d'Assistants Spécialistes Régionaux (ASR) sont d'une durée de deux ans, 38 postes ont été accordés à l'établissement pour la campagne 2017-2019.

Un autre dispositif existe également, celui des Assistants CHU (ACHU). Ce dispositif a également été instauré par l'ARS pour permettre de suppléer aux difficultés démographiques. Les ASCHU, à la différence des ASR, n'ont pas de temps partagé, ils réalisent 100% de leur activité au sein du CHU. Le financement de ces postes est assuré par l'ARS. Pour la période 2017-2019, l'établissement a bénéficié de 16 postes d'ASCHU.

Ces dispositifs sont une réelle plus-value pour l'hôpital étudié, comme a pu le souligner le directeur des affaires médicales. Cela favorise le recrutement de jeunes médecins à l'établissement et plus globalement au sein de la région. C'est un accès à un mode de recrutement privilégié de jeunes professionnels constituants, pour une bonne part, de futurs praticiens hospitaliers. Ces dispositifs permettent aussi le renfort ou maintien des équipes médicales, cela permet d'anticiper des créations de postes de praticiens hospitaliers, des remplacements dans le cadre des départs en retraites.

2.2 Des actions menées en matière de parcours professionnel, qualité de vie au travail et management médical qui nécessitent un travail à long terme

La Direction des affaires médicales s'est saisie des enjeux de l'attractivité, par la mise en place d'outils, tels que la fiche de poste pour assurer une gestion des carrières personnalisées (1), le dispositif de la Cellule – Veille – Alerte – Intervention (CVAI) instauré afin de garantir le bien-être au travail (2), les questions de management pour les médecins ont aussi fait l'objet de réflexions (3).

³⁶ 71 assistants spécialistes régionaux sélectionnés en Normandie, ARS Normandie, 21 juin 2017.

2.2.1 La mise en place des fiches de travail pour favoriser l'individualisation des parcours professionnels

La direction des affaires médicales a mis récemment en place des fiches de postes individuelles pour les médecins³⁷.

Ces fiches de postes ont pour ambition d'être un outil clé, tant pour le recrutement que pour l'évaluation et l'évolution de la carrière des professionnels de santé.

L'élaboration de la fiche de poste, en collaboration avec les chefs de service, a pour but de décrire les missions du praticien, de définir les objectifs annuels en concertation avec le chef de service et d'évoquer le projet professionnel envisagé.

La fiche de poste :

- décrit la participation à la permanence et la continuité des soins ;
- objective les attentes de l'institution et du chef de service vis-à-vis du praticien et définit des objectifs individuels ;
- permet un focus sur l'intégration du praticien au sein de la discipline ;
- constitue un support adapté à une dynamique d'entretien annuel avec le chef de service.

La fiche de poste répond également à différents enjeux :

- anticiper les besoins en développant une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales ;
- objectiver les demandes d'effectifs médicaux au regard des enjeux des disciplines médicales ;
- prioriser les demandes ;
- faciliter le dialogue de gestion et la prise de décision.

La fiche de poste est utilisée lors du recrutement mais également tout au long de la carrière du médecin.

D'une part, lors d'un recrutement la fiche de poste permet de définir les objectifs personnels de l'intéressé, le profil du poste et ses perspectives de carrière. D'autre part, lors de l'entretien annuel, cette fiche est actualisée. Elle sert de support lors de l'entretien annuel, permettant ainsi de tracer la dynamique dans laquelle le médecin s'inscrit. Le médecin peut aussi exprimer ses souhaits et ses projets de carrière.

³⁷ Cf. Annexe n°3

Lors des échanges réalisés avec des praticiens, nombreux sont ceux qui souhaitent pouvoir évoluer au sein du CHU, pouvant évoquer leur projet professionnel et être accompagnés par l'institution.

La possibilité de faire de la recherche est un élément essentiel qui a été mis en avant par les praticiens. Lors des échanges, tous ont évoqué le fait que de participer à des activités de recherches cliniques est un atout de l'établissement. Ce sont autant d'éléments forts d'attractivité pour de nombreux jeunes professionnels qui souhaitent ainsi gagner en expertise et mieux se faire connaître tout en diversifiant leurs activités.

L'observation faite lors du stage a permis de constater que ces fiches de postes, instaurées en début d'année, ne sont pas connues de tous et ne sont pas encore utilisées de manière systématique par les chefs de service lors des périodes d'évaluation.

2.2.2 Le bien-être et la qualité de vie au travail, à l'image de la création de la CVAI

La HAS désigne la qualité de vie au travail comme : « les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux »³⁸.

Protéger la santé physique et mentale du personnel est un impératif pour tout établissement de santé, conformément à la législation et à la politique nationale en matière de prévention des risques psychosociaux (RPS). L'accord cadre du 22 octobre 2013 oblige chaque employeur public à présenter un plan d'évaluation et de prévention des risques psycho-sociaux (RPS)³⁹.

Une étude réalisée par l'Ordre des médecins énonce que près de 8% des décès des médecins en activité en France seraient dus à un suicide, soit deux fois plus que pour la population générale⁴⁰.

Au cours des échanges menés avec des praticiens, le terme de burn-out a été évoqué. Les charges de travail peuvent amener à un épuisement physique, émotionnel et mental. Les équipes en effectifs réduits et les accumulations d'heures supplémentaires associées au stress et parfois à un sentiment de solitude, sont autant de facteurs pouvant amener à un burn-out.

³⁸ La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. « Du constant à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux », Rapport HAS, Septembre 2017.

³⁹ Instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

⁴⁰ LEOPOLD Y., Les chiffres du suicide chez les médecins, Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2003.

A la suite d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS, déployé de 2013 à 2016, l'établissement étudié a mis en place des dispositifs permettant de prendre connaissance des phénomènes de RPS et de réagir efficacement face à certaines situations à risque.

Ainsi, depuis 2016, l'hôpital s'est doté d'une « cellule – veille – alerte – intervention » destinée à l'identification des situations professionnelles, individuelles et collectives perçues ou ressenties comme délétères pour la santé.

La CVAI analyse et met en œuvre le cas échéant des mesures de traitement, de suivi et d'évaluation des situations.

Cette cellule peut être sollicitée pour différents cas de figure dont notamment, des problématiques médicales strictes impliquant des praticiens hospitaliers et/ou hospitalo-universitaires ou encore des problématiques impliquant des étudiants et/ou internes. Pour ces situations, un médiateur médical est associé à la CVAI pour conduire le traitement de la situation.

Lorsqu'une problématique émerge, un médiateur médical issu du pool de volontaires est chargé de rencontrer les personnels impliqués. Une restitution de la médiation aux membres de la CVAI est ensuite organisée. Une transmission des conclusions et préconisations est effectuée au chef d'établissement, Président de Commission Médicale d'Établissement (CME) et/ou Doyen.

Cette ambition de prévenir les risques psycho-sociaux est bien développée au sein de l'établissement mais l'observation sur le terrain et les différents entretiens réalisés démontrent un défaut de communication. Peu de médecins ont connaissance de ce dispositif. La CVAI a le mérite d'exister mais son existence n'est pas assez relayée auprès de la communauté médicale. Cela peut être regrettable, étant donné qu'au cours des échanges, des praticiens ont fait part d'un sentiment d'épuisement professionnel et également de solitude.

2.2.3 Un management médical de qualité, élément clé du bien-être au travail

La question du management médical est cruciale pour la qualité de vie au travail. Un management médical qui fait défaut aura sans nul doute un impact négatif sur l'ambiance de travail. La formation des chefs de service au management est importante pour la qualité de l'environnement de travail.

Cependant, comme l'énonce Monsieur Gérard DE POUVOURVILLE, « un chef de service a beaucoup de mal à établir une relation d'autorité avec ses pairs, parce que, dans le milieu médical, il y a une forte culture de la collégialité professionnelle »⁴¹.

Lors d'un échange avec le directeur des affaires médicales, ce dernier évoque le fait que la notion d'évaluation entre pairs n'est pas « habituelle » et ne « va pas de soi ».

La volonté de la direction des affaires médicales est d'encourager les bonnes pratiques en matière de management des ressources humaines médicales, sans pour autant se montrer intrusive au sein des services. Elle a mis en place des formations au management médical et des séances de coaching individuelles.

Ces formations sont destinées à épauler les professionnels de santé ayant des responsabilités d'encadrement. Il est fait appel à un cabinet extérieur pour assurer cette prestation, pour chaque session une dizaine de places sont proposées. Le but est de réaliser des formations en petit comité, permettant un accompagnement personnalisé.

Au sein de l'établissement, ces dispositifs sont peu connus des praticiens. Les médecins n'ont pas forcément connaissance de ces formations, alors qu'ils sont demandeurs, il y a un défaut de communication. L'observation réalisée au cours du stage, a permis de mettre évidence un manque de relais d'informations au sein des services. Les formations existent mais ne sont pas relayées auprès de la communauté médicale. Un médecin aura connaissance de ces formations si de lui-même il fait la démarche auprès de la direction des affaires médicales.

2.3 Des constats permettant de mettre en lumière des axes de développement

Au vu de l'observation faite pendant le stage ainsi que les échanges réalisés, des constats ont été faits. Ainsi il se dégage trois axes de développement relatifs à l'enjeu de l'attractivité médicale.

2.3.1 La nécessaire individualisation des parcours professionnels

L'observation directe sur le terrain ainsi que les entretiens ont permis de mettre en avant le souhait pour les praticiens de pouvoir exprimer leurs projets professionnels et être accompagnés par l'établissement.

⁴¹ DE POUVOURVILLE, G. « La cirse d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol. 86, 2010.

L'impulsion institutionnelle est importante, une politique des ressources humaines médicales innovante est facteur de fidélisation des médecins. Il paraît nécessaire d'assurer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, cohérente avec les projets des services et de l'établissement. Le but est d'instaurer une politique des ressources humaines médicales dynamique afin de permettre à chacun un suivi et des perspectives d'évolution.

2.3.2 L'amélioration de l'image du CHU

La communication développée auprès des internes montre toute son importance. Il semble primordial de donner une « image de marque », cette dernière est à développer par le CHU étudié.

2.3.3 L'implication de la communauté médicale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail

Face à la pénurie de médecins, à des disciplines en tension, les entretiens mettent en avant une surcharge de travail, et des équipes parfois en effectifs réduits conjoncturellement. Des outils et dispositifs sont à développer pour répondre aux attentes et besoins de qualité de vie au travail. Ce travail devant se faire en concertation avec la communauté médicale afin de répondre au mieux à leurs besoins et attentes.

3 Les préconisations en termes d'attractivité, de recrutement et de fidélisation

Différentes préconisations seront faites sous quatre thématiques : la stratégie de communication de l'établissement (A), la gestion individuelle des carrières (B), la collaboration médico-administrative (C) et les organisations de travail (D).

3.1 Améliorer la stratégie de communication de l'établissement

Préconisation n°1 : Développer la « marque employeur » de l'hôpital

Comme l'évoque Monsieur Dominique CRIE, le concept de marque employeur (ME), a été développé à la London Business School il y a une vingtaine d'années. Elle est une transposition de la marque commerciale et de la relation qu'elle entretient avec ses clients et prospects, à la relation employeur/employés/employés potentiels⁴².

Il souligne « dans le cas spécifique de la ME à l'hôpital, ce bouche à oreille ou cette cooptation procèdent souvent d'expériences vécues en tant que stagiaire dans la structure. Il s'agit en effet de la meilleure position d'observation pour percevoir ce qu'est l'entreprise, les valeurs qu'elle véhicule et surtout leur déclinaison en pratique sur le terrain. Ce sont deux axes principaux qu'il convient de développer : une présence externe sur les réseaux sociaux (bien qu'ils soient aussi présents en interne), une mise en œuvre des attributs de la ME sur le terrain, avec un focus plus particulier sur les stagiaires »⁴³.

En 2013, un rapport rendu par la commission permanente FHF de l'attractivité énonçait « pourquoi pas une marque employeur à l'hôpital public ? »⁴⁴.

La marque employeur est un enjeu d'attractivité et de fidélisation qui s'ancre dans un contexte difficile, dans lequel l'hôpital doit investir dans le cadre des ressources humaines médicales.

Ainsi, certains établissements ont mis en place des campagnes afin de sensibiliser les futurs médecins à l'excellence de leur internat, à l'image du CHU d'Angers et de l'Université qui ont lancé sur le web une campagne humoristique à destination des futurs

⁴² CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital », *Revue hospitalière de France*, n°577, 2017.

⁴³ Idem.

⁴⁴ L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public, Rapport final, Fédération Hospitalière de France, décembre 2013.

internes : «Adopte un PU-PH»⁴⁵. La Polyclinique et le Centre Hospitalier Public du Cotentin ont lancé une campagne commune pour le recrutement des médecins « Med'in Cherbourg ». A travers un site internet, mais aussi Facebook, Twitter, Linked'in ou encore Instagram, ils s'adressent directement aux praticiens afin de partager les atouts du Cotentin, tant au niveau du cadre de vie que de la pratique de la médecine. Le CH a reçu le prix de l'attractivité pour ce projet au salon de la santé⁴⁶.

Une telle campagne de communication pourrait être mise en place au sein de l'établissement étudié. L'élaboration d'un tel dispositif nécessiterait la collaboration de la communauté médicale mais également des établissements périphériques et des acteurs de la région. Il faut miser sur les atouts de l'établissement et également sur les qualités et valeurs de la région.

L'AAH pourrait participer au développement de cette campagne, en collaborant avec la direction de la communication. Cela impliquerait pour l'AAH, en appui avec sa direction et avec le Président de la CME, de rencontrer des représentants d'internes ainsi que des chefs de pôle et/ou chefs de service pour mettre en œuvre ce projet. Ce projet nécessiterait une véritable collaboration médico-administrative.

Il s'agirait pour l'AAH de développer un management de projet en impulsant une dynamique auprès de la communauté médicale.

L'AAH pourrait notamment planifier les étapes de mise en œuvre de ce projet, organiser des réunions de coordination des parties prenantes, mettre en place des outils de suivi et réaliser un reporting auprès de la direction et de la Commission Médicale d'Établissement (CME). .

3.2 Garantir un recrutement et un développement des carrières individualisées

Préconisation n°2 : Rendre obligatoire les entretiens d'accueil

A l'heure actuelle, il existe des entretiens d'accueil, réalisés par la direction des affaires médicales pour les nouveaux arrivants. Ils ne sont pas systématiques. Il convient

⁴⁵ Adopte 1 PU-PU, CHU Angers.

⁴⁶ Le premier prix de l'attractivité médicale pour Cherbourg, Ouest France, 19 mai 2017.

de rendre ces entretiens d'accueil obligatoires. Le but est de présenter au médecin qui arrive le fonctionnement de l'hôpital et celui de la direction des affaires médicales.

Il semble important que chaque nouvel arrivant puisse trouver en la DAM un appui à son arrivée. La direction des affaires médicales pourrait également mettre à disposition un livret d'accueil. Le but est de faciliter la prise de poste. Ce livret pourrait comprendre des informations sur le fonctionnement de l'établissement ainsi que ses services : crèches, parking. L'AAH pourrait recevoir les médecins nouvellement arrivés et participer à la rédaction de ce livret. Un travail avec la direction de la communication serait à mettre en place.

Préconisation n°3 : Garantir une gestion individuelle des carrières

Pour répondre aux aspirations professionnelles, un suivi personnalisé des parcours professionnels pourrait être mis en place.

Comme l'évoque le Docteur BENZAKEN « dessiner le plan de carrière des plus jeunes et les aider à parcourir les chemins caillouteux de la formation médicale, les aider à s'orienter dans le choix de leur exercice au moment où, jeunes trentenaires, ils doivent aussi faire des choix de vie, est l'assurance d'une ressource fidèle et fidélisée »⁴⁷.

Ce suivi pourrait reposer sur des rencontres plus régulières entre la DAM et les praticiens et éventuellement les chefs de pôle et/ou de service.

L'établissement étant un CHU, donc de taille importante, un travail serait nécessaire avec les cadres administratifs de pôle, par l'élaboration d'un programme de rencontres.

Le cadre étant au cœur du pôle, il serait un relais pour la direction des affaires médicales. Grâce au travail du cadre administratif de pôle (suivi des effectifs et des activités), il serait le plus à même de suivre la gestion des carrières tout en travaillant avec l'AAH aux affaires médicales.

Leur travail en commun permettrait d'accompagner au plus près les carrières professionnelles des médecins, connaître leurs projets et les aider dans leur réalisation. Par exemple, un jeune praticien, souhaitant passer le concours de praticien hospitalier, pourrait faire remonter son projet au cadre administratif de pôle, ce dernier l'orientant

⁴⁷ « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public, Fédération Hospitalière de France, Commission Permanente, mai 2014.

ensuite vers la direction des affaires médicales. L'AAH et/ou le directeur des affaires médicales pourrait le recevoir afin de lui expliquer la procédure et les démarches à suivre. Ou dans une autre hypothèse, la DAM pourrait encourager des projets professionnels. Par exemple, un médecin souhaitant exercer une activité libérale à l'hôpital (la diversification des activités étant un souhait des professionnels de santé), pourrait trouver en la DAM un soutien et un appui institutionnel.

3.3 Établir une solide collaboration médico-administrative pour assurer le bien-être au travail

Préconisation n°4 : Élaborer un projet social médical

Un projet médical social permet d'aborder des sujets structurants tels que l'accueil des praticiens, les conditions de travail ou encore la gestion des ressources humaines médicales. Il permet de répondre aux besoins et à l'évolution des pratiques médicales et peut constituer un volet du projet de l'établissement.

Il serait souhaitable d'envisager l'élaboration de ce projet au sein de l'établissement étudié. Ce projet médical social pourrait s'inscrire dans une dimension « Groupement Hospitalier de Territoires » permettant de construire des projets médicaux partagés au sein du GHT, à l'échelle du territoire.

Ce projet doit être animé par une volonté conjointe de la direction générale, du président de CME et de la direction des affaires médicales. Il doit également être porté par l'ensemble des responsables médicaux. Le but serait de réaliser un projet social au plus près des attentes de l'ensemble de la communauté médicale.

Ce projet permettrait de travailler de manière globale sur l'attractivité, le recrutement et la fidélisation des médecins. Des groupes de travail devront être constitués avec le Président de la CME, l'AAH aux affaires médicales et son directeur, des chefs de pôle, des médecins du travail, des syndicats de praticiens, des représentants d'internes. La validation de ce travail devra être faite lors d'une commission représentée par des membres de l'administration et de la communauté médicale (président CME, directions fonctionnelles, syndicats, représentants d'internes). En parallèle, un questionnaire, sous forme d'enquête sociale, pourrait être établi par la DAM, l'AAH pour le diffuser, via l'intranet de l'établissement, à l'ensemble de la communauté médicale. Ce questionnaire serait un moyen de recenser les besoins et attentes d'un plus grand nombre de médecins.

Préconisation n°5 : Rédiger une charte du management de l'équipe médicale

La charte du management de l'hôpital de Saint Quentin énonce « que le management favorise le respect de l'individu et le développement des équipes ; qu'il entend reconnaître les personnes pour ce qu'elles sont et ce qu'elles font (...) et contribue à l'optimisation du prendre soin »⁴⁸.

Une telle charte permet de rappeler les principes et comportements qui constituent le socle du management de l'équipe médicale. Elle s'intègre dans le projet social médical.

La réussite d'un tel document résulte de la collaboration médico-administrative dans sa construction par la direction des affaires médicales et les chefs de service. L'AAH pourrait prendre part à ce dialogue. Le but de cette charte serait de fédérer les cadres et les équipes autour de valeurs communes.

Son élaboration et sa rédaction devront rassembler médecins, président CME et direction des affaires médicales sous forme de groupes de travail. Le but est de collecter les besoins et attentes du personnel médical. Cela ne peut donc se faire que par l'implication de la communauté médicale. Il faut arriver à mobiliser et fédérer, pour permettre d'évoquer les points forts, faibles et les besoins. Cette charte serait soumise à validation de la direction générale lors d'une commission. L'AAH pourrait prendre part à sa rédaction en tant que représentant de la direction des affaires médicales.

3.4 Mettre en place des organisations de travail stables pour assurer un équilibre de travail

Préconisation n°6 : Informatiser le temps de travail

Face à la complexité des règles applicables au temps de travail des médecins et les enjeux financiers qui en découlent, plusieurs établissements ont mis en place des outils informatiques de décompte et de gestion du temps de travail.

⁴⁸ MABROUK J., « Management hospitalier : encadrer ou manager ? », *Revue hospitalière de France*, n° 528, mai-juin 2009.

C'est l'un des grands projets au sein de la direction des affaires médicales de l'établissement étudié. L'informatisation du temps de travail permettra une gestion plus efficiente pour les professionnels :

- visibilité sur les droits
- planification du temps de travail
- connexion à distance

Cet outil permettra un meilleur suivi de la paie, des congés et assurera un archivage des informations.

La mise en place de cet outil constituera en un changement profond de la culture médicale et de la représentation que se font les médecins de la gestion de leur temps de travail. Ainsi, cela impliquera de la part de l'AAH, de communiquer auprès de l'ensemble de la communauté médicale et de réaliser des formations. Il sera nécessaire de préparer au changement et à l'utilisation du nouveau logiciel. Cela impliquera également pour l'équipe des affaires médicales une formation pour apprendre à travailler avec ce nouveau logiciel. Il sera également pertinent de réaliser de plaquettes décrivant ce nouveau dispositif, plaquettes qui pourront ensuite être distribuées dans l'ensemble des services de soins.

Toutefois, les praticiens sont susceptibles d'interpréter ce dispositif comme une forme de remise en cause de leur autonomie ou encore une démarche d'intrusion dans leur organisation de travail. Aussi, il sera primordial de mettre en place une concertation préalable à la mise en œuvre de l'outil. Enfin une démarche d'accompagnement pendant la phase d'implantation et de déploiement devra être instauré. L'AAH pourrait être une personne ressource permettant un soutien lors de l'accompagnement au changement.

Préconisation n°7 : Assurer une gestion prévisionnelle des emplois et effectifs

Il est important que la DAM ait un visuel en temps réel sur les effectifs au sein de chaque service. Un outil pourrait être mis en place afin de recenser l'ensemble des effectifs, le rôle de chacun au sein du service et la répartition des quotités de temps de travail. Le but est de mettre en place une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) médicales.

L'intérêt est d'anticiper les départs (*fin de contrat, retraites*) et de prendre en compte les besoins liés à l'activité.

Cet outil permettrait d'avoir une vision globale sur les effectifs, d'anticiper les problèmes d'effectifs, d'éviter le recours à l'intérim médical, et de prévenir des situations de fortes tensions dues à un manque d'effectif médical.

Il sera nécessaire de faire un état des lieux de l'existant afin d'anticiper les futurs besoins, de déterminer et de planifier les prochains changements, cela s'inscrit dans une démarche prospective et stratégique. L'outil sera également un support pour l'aide à la décision dans le cas de recrutements ou créations de postes par exemple. Ce dispositif pourrait être défini et piloté par l'AAH, qui aura en charge de le mettre à jour et de le faire vivre, pour qu'il constitue une véritable aide à la gestion des ressources humaines médicales.

Conclusion

De nombreux établissements doivent désormais parvenir à attirer des candidats tout en fidélisant les médecins déjà en place.

Face à une démographie médicale tendue, aux contraintes budgétaires, à la demande de soins croissante, les hôpitaux doivent chercher des leviers innovants pour répondre aux attentes des praticiens tant en termes de parcours professionnel, de management médical et de qualité de vie au travail.

La mise en œuvre des politiques de ressources humaines par les EPS se doit d'associer les médecins à cette réflexion, afin de recueillir leurs besoins et leurs aspirations.

De nombreux déterminants sont facteurs d'attractivité : l'intérêt du travail, les conditions de travail ainsi que la rémunération. Comme exposé au cours des préconisations, les établissements se doivent de dynamiser les carrières, d'améliorer les conditions de travail, de lutter contre les risques psychosociaux et de favoriser la qualité de vie au travail.

Pour atteindre ces objectifs, comme évoqué au cours des préconisations, cela ne dépend pas uniquement d'un EPS (et *in fine* pas uniquement d'une DAM et d'un AAH) mais résulte d'un travail collaboratif avec d'autres acteurs du service public hospitalier : établissements périphériques, ARS, élus locaux. Un engagement collectif permettra de garantir un niveau de prise en charge de qualité et d'assurer les valeurs du service public hospitalier.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Arrêté du 20 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.
- Instruction DGOS/RH4 n°2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR
- Décret n° 2017-161 du 9 février 2017 relatif aux droits à congés et aux conditions d'exercice de certains personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 14 mars 2017 fixant la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière des praticiens contractuels et des assistants des hôpitaux, au titre des recrutements sur des postes correspondant à un diplôme d'études spécialisées présentant des difficultés importantes de recrutement dans les établissements publics de santé.
- Arrêté du 14 mars 2017 fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé.

- Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière.

Ouvrage :

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

Articles :

- « 71 assistants spécialistes régionaux sélectionnés en Normandie », ARS Normandie, 21 juin 2017.
- « L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public », Fédération Hospitalière de France, Commission Permanente, mai 2014.
- « La qualité de vie au travail », Haute Autorité de Santé, 15 mai 2013.
- CRIE D., « La Marque employeur : quelle transposition à l'hôpital » *Revue hospitalière de France*, n°577, 2017.
- DE POUVOURVILLE G., « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol 86, n°6, 2010.
- BRUNET L., MAILLARD M., Le vieillissement démographique en Normandie à l'horizon 2050, une forte poussée des populations, Insee, 28 juin 2018.
- MABROUK J., « Management hospitalier : encadrer ou manager ? », *Revue hospitalière de France*, n° 528, mai-juin 2009.
- VERAN O., « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », *Les Tribunes de la santé*, vol 39, n°2, 2013.

Études et rapports :

- CNG, Rapport d'activité, 2016.
- Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale, 2017.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, « *Les médecins dans leur environnement* », Rapport 2009.
- DREES, *Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariées*, Études et Résultats, n°1011, mai 2017.

- FHF Commission Permanente de l'attractivité médicale, *L'amélioration de l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital*, mai 2014.
- FHF, Le MOOC sur l'attractivité médicale, 2017.
- LE MENN, *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînées d'y rester*, Rapport 2015.
- VERAN O., *Hôpital cherche médecins coûte que coûte*, Rapport décembre 2013.

Sites internet :

- https://actu.fr/societe/infographies-medecins-generalistes-moins-nombreux-normandie-atlas-demographie_13153625.html
- https://www.francetvinfo.fr/sante/hopitaux-les-effets-pervers-de-la-tarification-a-l-acte_2609134.html.
- <https://www.normandie.ars.sante.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien avec praticiens du CHU

Annexe 2 : Profil des professionnels interrogés

Annexe 3 : Fiche de poste type

Organisation du service

- 1- Comment est organisé votre service ? (effectifs, horaires)
- 2- Rencontrez-vous des problèmes d'effectifs ?
- 3- Si oui, de quelle(s) manière(s) faites-vous pour gérer le manque de praticiens ?
(*temps additionnel, coopération entre service et/ou établissement du GHT*)
- 4- Faites-vous appelle à la DAM en cas de pénurie de médecins ?
- 5- Votre service a-t-il recours à des médecins intérimaires ?
- 6- Quel est votre avis sur la pratique de l'intérim médical ?

Qualité de vie et conditions de travail

- 7- En termes de qualité de vie au travail : constatez-vous une réelle différence avec la nouvelle génération de médecins (souhait d'un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle) ?
- 8- Considérez-vous que les instances de représentation médicale suffisent-elles à assurer une bonne communication au sein de la communauté médicale ?
- 9- Êtes-vous associés à des espaces collectifs de discussion pour rechercher des solutions concrètes en cas de problème d'organisation du travail ?
- 10- Êtes-vous suffisamment formé aux fonctions de manager/responsable ?
- 11- Considérez-vous être suffisamment informé de l'offre de formation existante en matière de compétences managériales ?
- 12- Éprouvez-vous un sentiment d'insécurité au travail ?
- 13- En cas d'événement traumatisant dans le cadre de votre travail, vous sentez-vous suffisamment accompagné par l'établissement ?
- 14- Diriez-vous que votre charge de travail est : modérée, normale, importante mais tolérable, trop importante ?
- 15- De manière globale, considérez-vous que les conditions de travail, au cours de ces cinq dernières années se sont maintenues, améliorées, dégradées ?
- 16- Avez-vous le sentiment de disposer au sein du CHU des moyens et conditions nécessaires pour développer votre carrière conformément à vos souhaits ?

Annexe 2 : Profil des professionnels interrogés dans le cadre de ce mémoire

Médecins de l'établissement :

PU-PH, Président de la Commission Médicale d'Établissement

PU-PH, Chef de Service des urgences adultes

Médecin urgentiste, Service des urgences adultes

PU-PH, Chef du Pôle imagerie médicale

Autres professionnels :

Directrice adjointe des affaires médicales

Directeur des affaires médicales

Adjointe des Cadres à la direction des affaires médicales

Directrice adjointe des Achats, de l'Hôtellerie, de la Logistique et de l'ingénierie biomédicales et précédemment directrice des affaires médicales

Annexe n°3 : Fiche de poste type

Docteur : Service :	
Elaborée par : Validée par :	Date de création : Date de mise à jour :
Libellé du poste (incluant la spécialité) Pôle : Service : Site :	Intitulé du poste
Quotité de temps Participation à la PDS : - nombre de garde/mois : - nombre d'astreintes/mois Exercice partagé : - établissement(s) - quotité hors CHU	Conditions d'exercice Participation à la continuité des soins - contre visite dimanche/fériés : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

6

Description des activités (soins, enseignement, recherche)
Objectifs institutionnels :
Missions principales :
Missions spécifiques :

Compétences spécifiques requises sur le poste

Organisation médicale du service
Maquette organisationnelle à fournir si le service en dispose
Description des activités du praticien au regard de l'organisation médicale actuelle du service

7

Annexe 1 : Objectifs annuels définis en concertation avec le chef de service et projet professionnel envisagé
Objectifs annuels
Projet professionnel envisagé / évolutions envisagées

8

DESHAYES

Marie

Octobre 2018

Attaché d'administration hospitalière

Promotion 2018

La gestion des ressources humaines médicales : les enjeux de l'attractivité

L'exemple d'un établissement de santé en Normandie

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : École des Hautes Études en Santé Publique

Résumé :

Pour garantir une bonne gestion des ressources humaines médicales, les EPS doivent s'engager dans une politique dynamique et innovante.

En effet, pour relever le défi du manque d'attractivité de l'hôpital public, les hôpitaux publics doivent mettre en place différents leviers afin d'attirer, de recruter et de fidéliser les praticiens.

Ce mémoire a pour objectif d'appréhender les enjeux de l'attractivité à travers l'exemple d'un CHU en Normandie. Puis par des préconisations, sont détaillés les moyens d'actions susceptibles d'être mis en place pour assurer une gestion des ressources humaines médicales répondant aux attentes du corps médical.

Ces préconisations font référence à l'individualisation des carrières, à la garantie du bien-être au travail ou encore à des organisations de travail solidement établies. Enfin, il convient de préciser que ces actions ne peuvent s'appuyer uniquement sur le travail d'un AAH au sein d'une DAM, mais doivent être portées de manière collective notamment par : la direction générale, le Président de CME, l'ARS et des établissements périphériques.

Mots clés :

Médecins, internes, direction des affaires médicales, enjeux, attirer, recruter, fidéliser, carrière, démographie médicale.

L'École des Hautes Études 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.