



EHESP

Filière des élèves directeurs d'hôpital

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **Décembre 2021**

**Être directeur des affaires médicales
aujourd'hui et en 2030
Etat des lieux et perspectives**

Mathilde BOURGET

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Christine Alexandre-Marc, directrice des affaires médicales au centre hospitalier (CH) Eure-Seine Hôpital d'Evreux-Vernon, qui m'a formée au métier de « DAM » tout au long de mon stage. Elle a su faire preuve de pédagogie et pris le temps de me transmettre des clés spécifiques au métier, notamment pour exercer en zone sous-dense.

Je tiens à remercier Sandrine Cotton, directrice du CH Eure-Seine Hôpital d'Evreux-Vernon, pour la confiance qu'elle m'a témoignée tout au long de mon stage de direction.

Je remercie également Armelle Drexler, directrice des affaires médicales aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et coordinatrice de la Conférence des DAM de CHU, qui a pris le temps de m'accompagner dans ce mémoire et a eu la gentillesse de partager son vaste réseau professionnel qui a été une source de richesse pour ce travail.

Un grand merci à Paula Cristofalo, maître de conférences à l'école des hautes études en santé publique (EHESP), pour ses précieux conseils méthodologiques. Elle a su patiemment nous mener pas à pas dans cet exercice.

Je tiens également à adresser mes plus sincères remerciements à l'ensemble des professionnels qui ont contribué à ce mémoire, par leur participation au questionnaire ou en entretien. Ils m'ont permis de réaliser une photographie du métier aujourd'hui et d'établir des perspectives intéressantes pour la décennie à venir.

Enfin, merci à mes proches pour leur soutien au quotidien et leur relecture attentive.

Sommaire

Liste des sigles utilisés	
Introduction	1
Méthodologie	4
1 L'évolution du métier de directeur des affaires médicales d'hier à aujourd'hui. 7	
1.1 Les missions du directeur des affaires médicales ont connu un développement historique progressif avec l'essor des effectifs médicaux et le développement des attentes des professionnels. 7	
1.1.1 La genèse du métier de directeur des affaires médicales s'est construite avec l'essor des effectifs médicaux. 7	7
1.1.2 Ce cheminement historique a mené aux fonctions actuelles des directeurs des affaires médicales. 8	8
1.1.3 Les attentes des médecins de la relation « client-fournisseur » avec la direction des affaires médicales..... 12	12
1.2 La photographie des directeurs des affaires médicales en 2021 et l'état des lieux du métier font le constat d'un métier complexe mais passionnant. 16	
1.2.1 L'étude des profils des directeurs des affaires médicales exerçant dans les hôpitaux publics en 2021 révèle des parcours et des conditions d'exercice hétérogènes. 17	17
1.2.2 Les caractéristiques qui forgent le métier de DAM sont, en fonction des situations et du contexte, à la fois les forces et les faiblesses de la fonction. 22	22
1.2.3 Les directeurs des affaires médicales, très impliqués dans leur travail, envisagent diversement l'avenir de leur carrière professionnelle. 26	26
2 Les perspectives d'évolution du métier de directeur des affaires médicales à l'horizon 2030. 33	
2.1 Face aux tensions sur la démographie médicale et aux évolutions législatives et sociétales, les DAM devront poursuivre leur adaptation..... 33	
2.1.1 Des perspectives d'évolution des ressources médicales peu favorables jusqu'en 2030..... 33	33
2.1.2 L'environnement de travail du DAM est en ébullition, porté par la territorialisation des métiers et les évolutions législatives..... 37	37
2.1.3 Les jeunes générations de médecins aspirent à de nouvelles attentes. 41	41
2.2 Faire évoluer les affaires médicales en s'inspirant d'acteurs différents de l'hôpital public. 44	

2.2.1	Dans les établissements privés de santé, la gestion des affaires médicales évolue aussi, entre centralisation et décentralisation et l'intégration progressive des établissements au sein de groupe.	44
2.2.2	Les bonnes pratiques des entreprises peuvent être des sources d'inspiration pour attirer et fidéliser les médecins à l'hôpital.	49
3	Face à ces constats, des préconisations pour accompagner les évolutions du métier sont envisagées par les directeurs des affaires médicales.	51
3.1	Des pistes pour améliorer le fonctionnement interne des directions des affaires médicales.....	51
3.1.1	Faire évoluer la formation et les compétences des directions des affaires médicales.	51
3.1.2	Faciliter l'exercice du métier de DAM.	53
3.1.3	Travailler en coopération en développant les partenariats sur le territoire. .	54
3.2	Des clés pour attirer, fidéliser, accompagner les parcours et favoriser l'investissement des médecins dans la vie institutionnelle.	55
3.2.1	Renforcer l'attractivité et la fidélisation des compétences.	55
3.2.2	Accompagner les parcours des médecins.....	58
3.2.3	Favoriser l'investissement des médecins dans la vie institutionnelle.	60
	Limites	61
	Conclusion	62
	Bibliographie.....	65
	Liste des annexes.....	

Liste des sigles utilisés

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
AP-HP : assistance publique - hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ASR : assistant spécialiste régional
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CGOS : comité de gestion des œuvres sociales
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
CMC : commission médicale de centrale
CMG : commission médicale de groupement
CNG : centre national de gestion
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
DAM : direction ou directeur des affaires médicales
DIRECCTE : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMS : durée moyenne de séjour
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP : école des hautes études en santé publique
EPSM : établissement public de santé mentale
ENSP : école nationale de santé publique
FHF : fédération hospitalière de France
FHP : fédération de l'hospitalisation privée
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHT : groupement hospitalier de territoire
GIE : groupement d'intérêt économique
GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GRH : gestion des ressources humaines
HPST : loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IESPE : indemnité d'engagement de service public exclusif
IA : intelligence artificielle
IPA : infirmier en pratique avancée

LMSS : loi de modernisation du système de santé
OTSS : loi d'organisation et de transformation du système de santé
PADHUE : praticien à diplôme hors union européenne
PCME : président de la commission médicale d'établissement
PET : prime d'exercice territorial
PECH : prime d'engagement dans la carrière hospitalière
PH : praticien hospitalier
PMSP : projet médico-soignant partagé
QVT : qualité de vie au travail
RPS : risques psychosociaux
RTT : réduction du temps de travail
SAS : service d'accès aux soins
SI : système d'information
SSR : soins de suite et de réadaptation
TO : taux d'occupation

Introduction

Près d'un quart des élèves directeurs d'hôpital de la promotion Louis Lareng aimeraient exercer en tant que directeur des affaires médicales (DAM) à la sortie de l'école des hautes études en santé publique (EHESP). C'est l'un des chiffres mis en lumière lors du sondage effectué auprès de notre promotion 2020-2021 dans le cadre de la procédure d'affectation. Bien que les projections de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur la démographie médicale ne présentent pas un exercice aisé pour le directeur des affaires médicales dans les années à venir, les élèves directeurs restent très attirés par cette direction. Je fais partie de ceux-là.

Pourtant, dans la décennie à venir, les DAM devront continuer à faire preuve d'adaptabilité et de créativité pour faire face aux évolutions du contexte d'exercice : enjeux de la démographie médicale, territorialisation des métiers et place au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), évolutions législatives et réglementaires, nouvelles attentes des médecins, enjeux d'attractivité et de fidélisation des compétences médicales dans un contexte d'augmentation de la demande et de maîtrise des moyens... Les défis sont nombreux.

Métier humain, technique et stratégique, les affaires médicales assurent au sein des hôpitaux la gestion du personnel médical. Il s'agit d'une direction de gestion de ressources humaines, à l'instar de la direction des soins (personnels paramédicaux) et de la direction des ressources humaines (personnel non soignant et sages-femmes). La direction des affaires médicales est parfois associée à d'autres fonctions, avec les ressources humaines ou la recherche notamment.

Depuis l'apparition progressive du métier de DAM vers la fin des années 1960, les missions et les enjeux des affaires médicales évoluent régulièrement, au gré des évolutions législatives et réglementaires, de la démographie médicale et des attentes des professionnels médicaux.

Avec un panel de missions riches et diversifiées relevant à la fois de la gestion courante, mais aussi des domaines techniques et stratégiques, le DAM est au cœur du fonctionnement de l'hôpital. En effet, le DAM participe en lien avec le Président de la commission médicale d'établissement (PCME) et le directeur général, à des missions qui relèvent d'un caractère stratégique de premier plan : pilotage de la politique des

ressources humaines médicales, organisation et structuration d'activités médicales, gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), formation, développement professionnel continu, politique d'attractivité et de fidélisation des compétences... De plus, des aptitudes relationnelles sont essentielles à la qualité des échanges quotidiens qu'il entretient avec de multiples interlocuteurs internes et externes à l'hôpital.

Ces dernières années, la direction des affaires médicales (DAM) a progressivement évolué, en passant d'une direction administrative à une « direction de service ». Les directions des affaires médicales deviennent en effet moins administratives, plus individualisées et personnalisées, proposant progressivement un service client aux médecins. Pour accompagner ce changement, la gestion des affaires médicales est transférée au fil du temps de la direction générale vers des directions spécialisées DAM. Cette gestion des affaires médicales est aussi devenue de plus en plus technique et la mise en place des GHT a accéléré les dynamiques de coopérations et de l'exercice territorial. La gestion de la fonction mutualisée de la direction des affaires médicales est montée en puissance et les relations avec les médecins évoluent.

Ainsi, la direction des affaires médicales est devenue avec le temps une direction « clients-fournisseurs » proposant un panel de services aux professionnels médicaux qu'il est intéressant de confronter aux attentes des clients, les médecins. En effet, afin de renforcer l'attractivité et la fidélisation de l'hôpital public, il convient de s'assurer que les actions de la direction des affaires médicales et de son directeur sont cohérentes avec ce qui est attendu, d'autant plus dans un contexte d'évolution de ces attentes portées par les nouvelles générations.

Face à ces multiples enjeux, les directeurs des affaires médicales sont en situation d'adaptation perpétuelle pour mener à bien leurs missions. Ils ont vu leur exercice se complexifier avec le temps en raison de la pénurie médicale et des difficultés de recrutement, des évolutions réglementaires, du poids de l'administratif et des contraintes financières, des changements sociétaux et culturels, de la concurrence accrue entre établissements... Et ils anticipent que ces difficultés vont se poursuivre malgré les tentatives de simplification et les revalorisations portées par le Ségur de la santé.

Dès lors, dans un contexte de pénurie médicale et d'évolutions législatives et sociétales importantes, que signifie être directeur des affaires médicales aujourd'hui et comment se projeter le métier en 2030 ?

Il s'agira tout d'abord d'étudier des éléments d'histoire et d'évolution de ces directions des affaires médicales, qui nous mèneront aux missions actuelles qui leur incombent. Le sondage et les échanges avec plus de 170 professionnels en poste et la collecte de chiffres clés, permettront de déterminer les profils des directeurs des affaires médicales en France aujourd'hui et de réaliser un état des lieux du métier, en identifiant ses difficultés et ses sources de satisfaction. Nous nous intéresserons à l'état d'esprit dans lequel exercent les DAM aujourd'hui et comment ils se projettent sur la suite de leur carrière professionnelle. (I)

Dans un second temps, il conviendra d'esquisser les évolutions possibles qui pourraient exercer une influence sur la profession de DAM dans la décennie à venir, avec un exercice de prospective sur des tendances qui semblent se dessiner : territorialisation des métiers et place au sein des GHT, évolutions liées à la législation, transition dans la gestion médicale, enjeux d'attractivité et de fidélisation des compétences médicales, dans un contexte d'augmentation de la demande et de maîtrise des moyens. Des entretiens et témoignages de directeurs des affaires médicales de profils différents, de médecins aux responsabilités variées, mais aussi de professionnels du secteur hospitalier privé nourriront l'étude de ces tendances. Afin de compléter cet exercice de projection, un tour d'horizon sera réalisé sur les pratiques du monde de l'entreprise, mais aussi sur les méthodes de gestion des affaires médicales dans le secteur hospitalier privé. (II)

Enfin, à partir des lectures et des rencontres menées dans le cadre de ce mémoire, nous isolerons des préconisations, à approcher comme des idées et des sources d'inspiration pour aborder la prochaine décennie. Elles concernent le fonctionnement interne des directions des affaires médicales, mais elles présentent aussi des clés pour attirer, fidéliser, accompagner les parcours des médecins, ainsi que pour favoriser leur investissement dans la vie institutionnelle. Si certaines bonnes pratiques identifiées existent aujourd'hui à des niveaux différents de généralisation, d'autres pistes restent à explorer. (III)

Méthodologie

Tout d'abord, j'ai eu l'opportunité de réaliser mon stage long à la direction des affaires médicales du CH Eure-Seine Hôpital d'Evreux-Vernon. Vivre huit mois au sein de cette direction m'a permis d'appréhender les enjeux d'une direction des affaires médicales en centre hospitalier et établissement support de GHT, situé en zone de faible densité médicale. Selon l'atlas de la démographie médicale en France 2020 du conseil national de l'ordre des médecins, le département de l'Eure présente la plus faible densité médicale en activité régulière toutes spécialités salariées, avec 60 médecins pour 100 000 habitants, pour une moyenne nationale de 121 en 2020. En évoluant au côté d'un directeur des affaires médicales, j'ai pu découvrir le quotidien de ce métier passionnant et, au fil des dossiers étudiés, développer mes connaissances sur cette direction, à la fois humaine et technique.

Pour commencer mes recherches, j'ai tout d'abord réalisé une revue de littérature en sondant la plateforme Cairn qui propose des revues, des encyclopédies et des ouvrages en sciences humaines et sociales. Ces premières lectures m'ont notamment éclairée sur l'historique du métier de directeur d'hôpital et sur la naissance du métier de directeur des affaires médicales. J'ai également consulté les moteurs de recherche sur l'Internet, afin de disposer de sources d'actualité sur le métier de DAM et ses conditions d'exercice. Enfin, j'ai pu compléter mes recherches à partir d'articles récents de revues principalement rédigées par des professionnels du secteur sanitaire, telles que la Revue hospitalière de France, Gestions hospitalières...

Puis, afin de réaliser une photographie des DAM français aujourd'hui, un questionnaire "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives" a été adressé via le réseau de la fédération hospitalière de France (FHF) à l'ensemble des directrices et directeurs des affaires médicales en poste dans la fonction publique hospitalière. Ce questionnaire, accessible en ligne pendant les mois de mai et juin 2021, a recueilli les réponses de 151 professionnels. L'objectif de ce questionnaire était de mieux connaître le profil des DAM aujourd'hui et d'établir un état des lieux de la profession : leur formation, le périmètre des responsabilités, leurs expériences, leur projection dans le métier, les atouts et les difficultés, leur état d'esprit actuel...

Ensuite, dans l'intérêt de diversifier les points de vue et d'enrichir ce travail de recherche notamment sur la partie projective, j'ai réalisé une vingtaine d'entretiens avec des professionnels de direction et des professionnels médicaux de différents établissements

sanitaires, publics et privés. Les objectifs de ces entretiens étaient de découvrir le parcours individuel de la personne interviewée, définir les missions principales d'une direction des affaires médicales - du point de vue des directeurs et du point de vue des médecins, connaître les évolutions qu'a connues le métier de DAM et la façon dont elles ont été vécues et enfin, se projeter la profession et ses conditions d'exercice dans dix ans.

Enfin, à l'issue des lectures, de l'analyse des questionnaires et des entretiens, des préconisations ont été établies, à partir des bonnes pratiques mises en place dans les établissements ou d'idées nouvelles formulées par les professionnels rencontrés. Ces préconisations se présentent comme des sources d'inspiration ou des boîtes à idées dans lequel le lecteur (DAM ou non) pourra piocher à sa guise.

1 L'évolution du métier de directeur des affaires médicales d'hier à aujourd'hui.

Apparu vers la fin des années 1960, le métier de directeur des affaires médicales s'est développé progressivement avec l'essor des effectifs médicaux, tout en s'adaptant aux attentes des professionnels (1.1). Ces évolutions ont fait en 2021 un métier polymorphe, aux périmètres et aux conditions d'exercice divers (1.2).

1.1 Les missions du directeur des affaires médicales ont connu un développement historique progressif avec l'essor des effectifs médicaux et le développement des attentes des professionnels.

Le métier de directeur des affaires médicales s'est construit avec l'essor des effectifs médicaux (1.1.1) et regroupe aujourd'hui un ensemble de missions techniques, stratégiques et humaines (1.1.2), faisant évoluer les DAM vers une direction « client-fournisseur » avec les médecins (1.1.3).

1.1.1 La genèse du métier de directeur des affaires médicales s'est construite avec l'essor des effectifs médicaux.

La profession de directeur d'hôpital a connu son essor avec le développement de l'Etat-Providence, notamment à l'issue de la Seconde Guerre mondiale. A cette époque, l'hôpital était présidé par le maire, le budget et le prix de journée étaient contrôlés par le préfet et les médecins étaient des visiteurs à l'hôpital public, leur activité principale étant réalisée en ville et dans les cliniques. L'hôpital public était une institution multiséculaire chargée de l'accueil des plus démunis.

Avec le développement des missions qui lui incombent, porté par les évolutions techniques, scientifiques et sociales, l'hôpital s'est progressivement doté d'une administration basée sur le modèle de l'administration d'Etat. La loi de décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 ont défini les missions des premiers directeurs d'hôpital nommés. « Un agent, appointé par l'établissement est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative ». Le secrétaire de la commission devint donc « directeur-économiste » dans les établissements de moins de 200 lits et « directeur » dans ceux de plus de 200 lits.

C'est ainsi qu'en 1950, on comptait environ 1000 directeurs d'hôpital, ce qui correspondait à peu près au nombre d'établissements d'alors car le statut de 1943 restreignait la fonction de directeur d'hôpital à celle de chef d'établissement. Leurs profils étaient très divers, sans identité commune. Ces directeurs exerçaient majoritairement seuls, sans équipe de direction. Il n'existait pas non plus de groupe professionnel, et ce jusqu'aux années 1960. En effet, la naissance de l'esprit de corps apparut avec l'harmonisation des pratiques de travail par le droit de gestion et la mise en place à partir de 1961 d'un stage de formation professionnelle à l'école nationale de santé publique (ENSP) basée à Rennes depuis 1960.

Ce collectif de directeurs d'hôpital a vu ses effectifs accroître grâce au nouveau statut de 1969 supprimant les quotas des effectifs de direction d'une part, et la loi du 31 décembre 1970 élargissant les compétences du directeur aux dépens du conseil d'administration d'autre part. Dès lors, les équipes de direction se sont étoffées et ont vu apparaître de nouvelles spécialités, parmi lesquelles figurent les affaires médicales.

En effet, la gestion des affaires médicales s'est développée avec l'essor des effectifs médicaux. La réforme de 1958 a tout d'abord remis en cause le caractère libéral des médecins hospitaliers, et à partir de 1965, les effectifs médicaux salariés des hôpitaux ont connu une croissance significative. Dès lors, la structuration des affaires médicales a évolué progressivement : auparavant gérées directement par le chef d'établissement, elles sont passées aux mains d'équipes renforcées en charge des affaires médicales. A cet égard, lorsqu'on évoque les « affaires médicales », appellation mystérieuse qui interroge toujours à l'extérieur de l'hôpital comme en son sein, que recouvre concrètement le domaine des affaires médicales ?

1.1.2 Ce cheminement historique a mené aux fonctions actuelles des directeurs des affaires médicales.

Les missions d'un directeur des affaires médicales sont notamment détaillées par deux sources : la fiche métier « Directeur des affaires médicales » du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière et le guide « Le métier de directeur d'hôpital » publié en 2011 par l'Association des Directeurs d'Hôpital. Le métier de directeur des affaires médicales est un métier exigeant, faisant appel à un panel de compétences et de connaissances de gestion, techniques, stratégiques, mais également à des qualités relationnelles indispensables à la gestion des ressources humaines.

En effet, le DAM accompagné de son équipe doit tout d'abord assurer un ensemble de missions relevant de la gestion courante : les carrières et la paie, la gestion des médecins juniors (internes, assistant spécialiste régional - ASR) et des médecins partagés, les recrutements médicaux, les gardes et astreintes en assurant la continuité et la permanence des soins, l'accompagnement de l'équipe de la DAM (animation de l'équipe, évaluations...).

Le DAM doit également coordonner des missions techniques notamment dans la mise en œuvre et les contrôles de processus, la maîtrise des dépenses de personnel, l'élaboration et le suivi de budgets, la production et l'exploitation de statistiques (enquêtes, bilan social...), la gestion des contentieux, le suivi des évolutions réglementaires... Il participe aussi à la gestion de projets tels que l'informatisation du temps de travail, les projets médicaux, le projet social pour les personnels médicaux.

Au cœur du fonctionnement de l'hôpital, le métier de DAM relève d'un caractère stratégique de premier plan. En effet, le DAM contribue, souvent en lien avec le PCME et le directeur général, au pilotage de la politique des ressources humaines médicales, en lien avec le projet médical de l'établissement et le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT. En outre, il accompagne l'organisation et la structuration des activités médicales et apporte son appui dans les projections et la cartographie des activités médicales. Il garantit ainsi du bon emploi des ressources humaines médicales dans le cadre d'une GPMC cohérente, avec une stratégie de formation, de développement professionnel continu et avec une politique d'attractivité et de fidélisation des compétences dont il est le principal moteur. Aussi, il prépare les séances de la CME et de certaines de ses sous-commissions avec son président et participe aux séances.

Enfin, le DAM doit pouvoir faire preuve de bonnes qualités relationnelles car son quotidien est fait d'échanges avec de multiples interlocuteurs. En effet, il reçoit régulièrement les membres de la communauté médicale pour accompagner les parcours, expliquer les droits et les devoirs, aider au développement personnel, gérer les conflits, le dialogue social, la veille sociale... Il travaille en étroite coopération avec le PCME, l'équipe de direction, les chefs de pôle et les chefs de service sur l'évolution de leurs effectifs, les fragilités, l'anticipation des projets... Enfin, il coopère avec de nombreux interlocuteurs externes : le centre hospitalier universitaire (CHU) de référence, l'agence régionale de santé (ARS), le Doyen de l'Université, la FHF et les réseaux de DAM, les institutions et les agences de l'Etat (Préfecture, Mairie, direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - DIRECCTE...), les acteurs de ville, les agences d'intérim, les acteurs locaux (crèches, associations...).

Les directeurs des affaires médicales interrogés à l'occasion de ce mémoire nous ont fait part des évolutions significatives qu'ils ont pu remarquer au cours de leur carrière concernant le métier de DAM et leur direction. Tout d'abord, ils ont relevé que la direction des affaires médicales évoluait progressivement d'une direction administrative à une « direction de service ». En effet, un changement d'orientation a été noté : les directions des affaires médicales deviennent moins administratives, moins « caisses d'enregistrement », plus proactives, individualisées et personnalisées, proposant progressivement un service client aux médecins. Auparavant, la fonction de DAM n'était pas autant investie. Elle suit actuellement l'orientation prise par les DRH. Selon les DAM interrogés, dans un tiers des établissements, les ressources médicales et les ressources humaines sont gérées au sein de la même direction. La gestion des affaires médicales est transférée au fil du temps de la direction générale vers des directions spécialisées DAM.

Ils constatent également que la gestion des affaires médicales est devenue de plus en plus technique (statutaire, praticiens étrangers, procédures, certification, veille règlementaire plus lourde, GPEC, succession de réformes du temps de travail médical : mise en place des réductions du temps de travail (RTT), temps de travail des internes, astreintes...).

Depuis 2016, la mise en place des GHT a accéléré les dynamiques de coopérations et de l'exercice territorial (consultations avancées, équipes territoriales communes...). Cette coordination territoriale est également stimulée par la montée en puissance de la gestion de la fonction mutualisée de la DAM (travail en équipe de DAM de territoire, nouvelles missions partagées). Les coopérations avec la ville se développent progressivement.

Un autre changement significatif remarqué par les DAM concerne l'évolution des relations avec les médecins. Les DAM se sentent de plus en plus reconnus comme les interlocuteurs privilégiés des médecins et notent une évolution positive dans les relations, avec plus de partages avec le corps médical, des collaborations plus poussées sur les projets et la cartographie d'activités, une nouvelle gouvernance plus constructive, une culture médico-économique et des objectifs partagés. Les médecins sont aussi force de proposition pour le financement des projets qu'ils portent par exemple. Cela montre leur adaptabilité aux réformes de financement de l'hôpital. Cependant, les DAM remarquent qu'avec l'individualisation de la gestion des parcours, les attentes évoluent, plus orientées vers des préoccupations individuelles que collectives. Les demandes d'adéquation vie professionnelle/vie personnelle sont plus prégnantes depuis une dizaine d'années environ, en phase avec les évolutions sociétales. Selon les DAM, la place donnée aux

préoccupations financières et aux négociations salariales est devenue prépondérante (« La fiche de salaire avant la fiche de poste »). Les équipes fournies sont souvent plus recherchées que les responsabilités. Devenir chef de service n'est plus un atout aussi fort que dans le passé. Les attentes mises en lumière par le rapport Claris (2020) concernant la gouvernance médicale se renforcent et les DAM estiment que les médecins ont plus de poids dans les choix et les décisions.

Le sentiment des DAM est que ces changements ont dans l'ensemble été bien perçus par la communauté médicale et les DAM, sans noter de fortes résistances au changement. L'individualisation de la gestion des parcours permet de bien connaître les activités des médecins, d'être un interlocuteur pour challenger leurs projets, tenir les budgets, savoir arbitrer en argumentant les décisions. En revanche, les chefs de service expriment le fait qu'ils ne sont pas toujours à l'aise avec les changements impliqués par la gestion et le management, notamment avec les nouvelles générations. Par ailleurs, ils manifestent aussi une résistance par rapport à la montée en charge administrative qui leur est demandée.

Enfin, les directions des affaires médicales se sont adaptées à ces changements avec souplesse, ajustements et responsabilisation de l'encadrement. Les équipes se sont réorganisées et les organigrammes de la DAM ont évolué. Ces adaptations sont également passées par la mise en place de nouveaux outils ou de nouvelles méthodes de management. Les DAM ont été marqués par les évolutions suivantes : le développement de logiciels de gestion tels que les logiciels de gestion du temps de travail, l'instauration du dialogue de gestion, la mise en place du télétravail et l'apparition de la télémédecine, le développement des activités de recherche pour les médecins, la généralisation du recours à des sociétés extérieures pour les audits et à des médiateurs extérieurs pour gérer les problématiques relationnelles et réguler les conflits. Ils notent également le développement de la formation des médecins, la mise en place de l'entretien annuel individuel, l'apparition du volet social et managérial dans le projet d'établissement et l'intérêt grandissant pour le management participatif.

L'ensemble des DAM interrogés estiment qu'ils ont vu le métier de DAM se complexifier avec le temps, en raison d'un ensemble de facteurs : pénurie médicale, difficultés de recrutement, rotation du personnel, évolutions réglementaires, poids de l'administratif et contraintes financières, changements sociétaux et culturels, gestion des injonctions paradoxales, attentes individuelles fortes, revendications, concurrence, dépendance du marché (intérim, privé, étranger), évolution de la gouvernance médicale, qualités techniques pointues, qualités relationnelles et de négociation attendues du DAM...

1.1.3 Les attentes des médecins de la relation « client-fournisseur » avec la direction des affaires médicales.

Ainsi, la direction des affaires médicales est devenue avec le temps une direction proposant un panel de services aux professionnels médicaux. On peut ici parler d'une relation « clients-fournisseurs ». En effet, au cœur d'une relation client-fournisseur, il existe un client qui sollicite un service pour répondre à un besoin, et un fournisseur qui satisfait le besoin en proposant le service. Ces échanges se font sur la base d'un contrat informel. Nous avons détaillé précédemment les services offerts par la DAM. Il est intéressant désormais de s'assurer que ceux-ci sont bien conformes aux attentes des clients, les médecins. Afin de mieux connaître les attentes des professionnels médicaux envers la direction des affaires médicales et envers le directeur des affaires médicales, nous sommes allés à la rencontre de six médecins, occupant des fonctions et des responsabilités de niveaux différents à l'hôpital, en Centre Hospitalier et en Centre Hospitalier Universitaire. Six entretiens ont été réalisés : avec un interne, avec un médecin en post 3^{ème} cycle, avec un jeune praticien hospitalier sans responsabilités institutionnelles, avec un responsable de service jeune dans ses fonctions managériales, avec un chef de pôle et avec un PCME.

A l'issue des rencontres, le premier constat à formuler est qu'en fonction du niveau d'avancement dans le parcours du médecin - de sa formation en tant qu'interne à sa prise de responsabilité - les attentes envers la DAM ou son directeur différent et évoluent.

Explorons tout d'abord de façon générale les attentes des médecins envers la direction des affaires médicales. Parmi les constats partagés par tous, le besoin d'une meilleure connaissance des missions de la DAM et de communication a été soulevé. On note par exemple que les missions de la DAM, sa localisation et ses interlocuteurs ne sont pas toujours bien identifiés. Il est apprécié de connaître l'équipe de la DAM, de clarifier les fonctions de chacun au sein de l'équipe. Pour ce faire, plusieurs pistes sont possibles. Un organigramme de la DAM pourrait être intégré à un livret d'accueil remis à chaque médecin à son arrivée, accompagné des missions de la DAM. Des rencontres régulières organisées une fois par semestre en amphithéâtre avec l'ensemble des médecins de l'établissement pourraient être l'occasion de présenter des sujets thématiques, l'équipe de la DAM et ses missions. En effet, les médecins attendent de la DAM un accompagnement, voire une proactivité dans la présentation et l'explication de leurs droits. Les médecins ne bénéficiant pas d'enseignements sur le fonctionnement de l'hôpital lors de leur formation universitaire, ces rencontres seraient à la fois l'occasion

d'organiser un temps de rencontre entre spécialités, mais aussi de leur présenter des thèmes ciblés qui les concernent (codage, formation, participation à des projets de recherche, évolution de la législation, participation à la vie institutionnelle, élections de la CME, enjeux et objectifs des différentes sous-commissions et groupes de travail impliquant des médecins...). Ces informations peuvent aussi être transmises au cours des entretiens individuels avec la DAM, mais aussi par l'élaboration de livrets - modes d'emploi par statut (par exemple, l'assistant pourrait disposer de son livret qui récapitule ses droits et ses devoirs) ou encore par niveau de responsabilités (jeune chef de service par exemple). Aussi, un accompagnement proactif sur la carrière est apprécié, notamment dans l'élaboration des dossiers (ex : praticien hospitalier - PH, assistant spécialiste régional, qui partage son temps entre un établissement périphérique et un CHU...). Enfin, préparer l'arrivée des nouveaux arrivants et communiquer sur ces arrivées font partie des attentes formulées envers la DAM.

A l'échelle des chefs de service et des chefs de pôle, des attentes complémentaires apparaissent, notamment dans le pilotage des effectifs, la GPEC et le management des ressources humaines. Cela s'illustre par exemple avec l'aide dans le calcul des effectifs médicaux, le recrutement de médecins pour créer une équipe cohérente avec les besoins du service et le projet médical, mais aussi un accompagnement des médecins dans leurs missions de management. En effet, les médecins rencontrés ont exprimé les difficultés qu'ils ont rencontrées à leur prise de responsabilités en tant que chef de service ou chef de pôle. Sans formations proposées pendant les études de médecine à ces missions de management et d'organisation, l'apprentissage se fait « sur le terrain », avec une tendance à reproduire ce qu'ils ont connu eux-mêmes dans les services. Les médecins attendent ainsi de la DAM une formation préalable à la prise de responsabilités, la mise en place de points réguliers au début de la prise de poste pour accompagner le pilotage de l'équipe, afin de les aider à répondre à des questions telles que : Comment faire un projet de service ? Un projet de formation ? Comment gérer une situation conflictuelle ?...

Par ailleurs, libérer du temps médical en confiant à la DAM un certain nombre de tâches administratives et organisationnelles chronophages telles que la constitution des plannings a été évoqué, afin que les médecins se recentrent sur leur cœur de métier.

Enfin, les médecins attendent de la DAM qu'elle reste proche des réalités de terrain, des difficultés et des contraintes que rencontrent les praticiens dans leur exercice. Ils portent une attention à la proximité de l'emplacement des locaux de l'administration, qui doivent être facilement accessibles pour favoriser les échanges.

En tant qu'internes, les attentes envers la DAM sont principalement limitées à l'accueil. Les internes entretiennent assez peu de relations avec la DAM et leurs attentes se limitent à un suivi administratif efficace, des paies réglées dans les délais et sans gardes oubliées et une présentation des possibilités de carrière hospitalière à l'issue des études de 3^{ème} cycle de médecine (assistant spécialiste régional, Docteur Junior, exercice mixte, exercice partagé...). En cas d'inexistence d'association des internes à l'hôpital, la vie de l'internat est vite réduite à peau de chagrin. Pourtant, la vie de l'internat et les liens que les futurs praticiens peuvent y tisser favorisent l'attractivité des futurs professionnels au sein de l'établissement, certains choisissant parfois de rester à plusieurs. Ainsi, sur la base des propositions formulées par les internes rencontrés, des actions de communication et de convivialité peuvent être envisagées, par exemple : favoriser la communication sur l'accueil et l'internat (fonctionnement de l'internat, accompagnement financier éventuel de type frais de déplacements...), organiser la journée d'accueil sur une journée complète en intégrant des présentations le matin, un déjeuner convivial le midi et une activité d'équipe l'après-midi. Pour animer la vie de l'internat, un président de l'internat pourrait être élu lors de cette journée d'accueil. Ainsi, en cas d'absence d'association des internes, il est attendu de la DAM de lancer une dynamique de convivialité, notamment lors de la journée d'accueil des internes.

Plus particulièrement maintenant au sujet des attentes des médecins envers le directeur des affaires médicales, il apparaît à l'issue des entretiens avec les médecins, qu'un panel de compétences et de qualités est attendu du directeur des affaires médicales. En effet, en complément de qualités intrinsèques, celui-ci doit à la fois être un bon communicant, disposer de capacités de négociation et de gestion des conflits. Il doit faire preuve de créativité pour attirer et fidéliser les compétences. Enfin, il doit avoir une bonne connaissance des activités médicales et des enjeux territoriaux, afin de prendre de façon concertée des décisions adaptées. Même s'ils estiment qu'il n'y a pas de fonction univoque dans l'exercice de directeur des affaires médicales, les médecins rencontrés attendent de ce directeur des qualités individuelles intrinsèques : une aisance relationnelle, une capacité à arbitrer, à expliquer les décisions, à « sortir de son bureau », à avoir des idées disruptives, de la disponibilité, de l'écoute et de la réactivité, notamment pour répondre à leurs questions, expliquer avec pédagogie leurs droits, les évolutions législatives et réglementaires, présenter les opportunités offertes par une carrière à l'hôpital public... Ils souhaitent que le DAM soit proactif sur les carrières en communiquant et en suivant de façon individualisée les évolutions professionnelles, les parcours, les grilles salariales, les primes.... Idéalement, ils aimeraient que les informations leur soient apportées directement et qu'ils n'aient pas besoin d'aller les chercher, notamment sur Internet ou auprès des collègues.

Autre élément attendu des médecins envers le directeur des affaires médicales : sa capacité à bien défendre les intérêts de l'établissement et à négocier. Cela concerne notamment les commissions de répartition des ressources médicales en région organisées par l'ARS (par exemple : répartition des ASR, des internes, des Docteurs Juniors). En effet, les chefs de service n'étant pas présents à ces commissions, ils comptent sur l'implication du DAM par assurer les intérêts de l'établissement. En CHU, le DAM doit évoluer entre les besoins « U » universitaires soutenus par le Doyen de l'Université et les besoins « H » hospitaliers soutenus par le PCME. Il s'agit par exemple de la participation aux négociations sur les postes financés mixtes Université/CHU. Le DAM doit instaurer une relation de travail rapprochée avec le Doyen, afin que la répartition des postes soit équilibrée : l'Université ne gérant pas les dimensions hospitalière et managériale importantes pour l'hôpital, alors que les activités de publications et d'enseignement sont prioritaires pour l'Université. Au sein de l'hôpital, les médecins comptent sur le DAM pour défendre les activités de service public, qui sont parfois identifiées comme des activités non rentables sur le plan médico-économique. Enfin, ils s'appuient sur le DAM pour assurer le rôle de relais auprès de la direction générale, pour soutenir ou non les projets. Ils attendent également que le DAM soit acteur dans l'analyse des conflits, dans la prévention et l'intervention sur les situations difficiles. A noter que les internes n'ont pas exprimé d'attentes envers le DAM, dont le rôle semble méconnu. Dans le contexte national actuel de souffrance exprimée par les représentants des internes, il semblerait opportun de mettre plus en avant le rôle d'écoute et de soutien que peut être le DAM en cas de besoin.

Du point de vue des médecins, le DAM doit également être en mesure de tout mettre en œuvre pour fidéliser les talents médicaux et les attirer. Il est pour cela attendu qu'il s'implique de façon proactive dans l'élaboration de projets d'attractivité et de fidélisation, en lien avec les médecins chefs de service. Puis, pour adapter les recrutements, le DAM doit pouvoir évaluer le besoin en personnel médical. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur le PCME (en veillant aux dérives du favoritisme), se baser sur les chiffres d'activité (taux d'occupation - TO, durée moyenne de séjour - DMS, nombre de lits, de visites, de consultations, d'actes, de PH, d'assistants, fonction d'enseignement, de recherche et publications...) et sur l'évolution passée des ressources médicales. Il est attendu que le DAM s'intéresse à l'activité médicale des médecins, aux moyens mais aussi à leur productivité, qu'il travaille à la projection dans les services pour anticiper les départs en retraite d'un chef, les futurs chefs de service. Dans l'équilibre de sa relation avec le chef de service, le DAM doit comprendre les impératifs médicaux même s'il n'est pas médecin et le chef de service doit comprendre les intérêts institutionnels.

Ainsi, il est attendu qu'il ait une bonne connaissance des projets médicaux, de leur pertinence et de leur coût, afin de privilégier le recrutement en fonction de la qualité du projet médical. Le plus possible, il est apprécié que le DAM étudie les projets en équipe, en présence des médecins. Au sujet du travail en collaboration avec les médecins, il est attendu du DAM de gérer en binôme avec le PCME les postes médicaux, en respectant les compétences de chacun. Une bonne entente au sein du binôme est essentielle. En effet, PCME et DAM ont, à eux deux, une vision transversale. Ils maîtrisent l'enveloppe contrainte et arbitrent ensemble. Les médecins attendent du DAM qu'il ait une bonne connaissance du tissu régional, des besoins de la population, de l'offre proposée sur le territoire, afin d'intervenir et d'arbitrer en fonction des priorités du projet médical, en lien avec le PCME et la direction générale. Dans le cas des situations de concurrence entre établissements publics, il est attendu des DAM du territoire une éthique pour équilibrer les besoins en ressources médicales du territoire. Enfin, de plus en plus investis au niveau territorial, certains des médecins rencontrés ont émis le souhait de mieux connaître la stratégie territoriale et les enjeux du GHT. Afin d'avoir une vision complète, il est apprécié que le DAM diversifie ses canaux d'information.

En interrogeant les DAM sur leurs perceptions des attentes des médecins envers les affaires médicales, nous constatons qu'ils sont tout à fait conscients des attendus, leurs réponses rejoignant majoritairement celles des médecins. Citons seulement les attentes des médecins que les DAM n'ont pas perçues ou pas évoquées : les actions de communication sur les missions et les interlocuteurs de la DAM, la volonté de travailler à libérer du temps aux médecins, la fine connaissance des activités et projets médicaux. Les propositions formulées par les médecins pour répondre à ces attentes spécifiques peu identifiées par les DAM seront reportées dans la partie des préconisations de ce mémoire. Intéressons-nous désormais à ceux qui portent ces directions des affaires médicales en 2021 et à l'état des lieux qu'ils font de leur métier.

1.2 La photographie des directeurs des affaires médicales en 2021 et l'état des lieux du métier font le constat d'un métier complexe, mais passionnant.

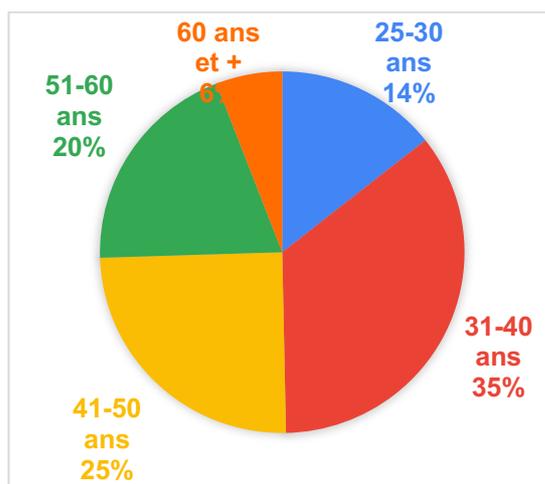
Après avoir étudié la genèse du métier de directeur des affaires médicales, défini les missions qui leur incombent et les attentes des médecins, intéressons-nous aux profils des directeurs des affaires médicales en France (1.2.1), à l'état des lieux du métier (1.2.2), à l'état d'esprit actuel des DAM et à leur projection professionnelle pour les années à venir (1.2.3).

1.2.1 L'étude des profils des directeurs des affaires médicales exerçant dans les hôpitaux publics en 2021 révèle des parcours et des conditions d'exercice hétérogènes.

Afin de mieux connaître les DAM qui œuvrent au sein des hôpitaux publics en 2021, décryptons désormais la photographie des directrices et directeurs des affaires médicales en étudiant leurs : formations, périmètre des responsabilités et des équipes, expériences, projection dans le métier... Afin de réaliser cette photographie et ce diagnostic, un questionnaire a été adressé entre les mois de mai et juillet 2021 à tous les DAM en poste dans un établissement public de santé français. Sur environ 600 directeurs des affaires médicales estimés en France en 2021 (selon le nombre de structures hospitalières publiques recensées par la FHF), 151 ont répondu au questionnaire, soit 25% des DAM en poste. Cet échantillon significatif nous permet d'esquisser de façon fidèle les profils actuels des DAM français.

Selon les résultats des questionnaires, le métier de DAM est majoritairement féminin. Sur les 151 répondants, 58% des DAM sont des femmes et 42% des hommes. Ce taux de féminisation des affaires médicales est légèrement supérieur au taux de féminisation des directeurs adjoints (54%). La direction des affaires médicales attire tout au long de la carrière des directeurs d'hôpital. La pyramide des âges des DAM trouve sa médiane à 40 ans, ce qui correspond à un peu moins de la moitié de la carrière professionnelle.

Fig. 1 : diagramme des tranches d'âge des DAM



En revanche, la durée de l'expérience en tant que DAM sur l'ensemble de la carrière est inférieure à six ans pour trois-quarts des personnes interrogées et inférieure à deux ans pour un tiers. Ces chiffres qui semblent dire que les DAM restent peu sur ce poste sont à étudier au regard de l'ancienneté moyenne des directeurs d'hôpital dans le corps des DH

qui est de 16 ans selon le centre national de gestion (CNG). Ainsi, rencontrer un DAM avec plus de dix ans d'expérience dans son domaine d'expertise est un privilège, puisqu'ils ne représentent que 15% du panel.

Avant d'exercer en tant que DAM, 59% des répondants étaient en poste sur une autre direction hospitalière dans leur établissement ou dans un autre établissement public de santé. Il s'agit du premier poste de directeur adjoint pour 19% des DAM interrogés, dont la grande majorité est issue de l'EHESP et la moitié a moins de 30 ans. Ces chiffres confirment que le métier de DAM est attractif en sortie d'école. 16% des répondants étaient DAM dans un autre hôpital. De façon minoritaire avec 2% respectivement, les DAM interrogés viennent du secteur sanitaire privé ou sont détachés dans le corps des DH. 1% était auparavant chefs d'établissement ou responsables en ARS.

Avec seulement 6% de contractuels, la direction des affaires médicales est une direction fonctionnelle gérée par des personnels statutaires, parmi lesquels on compte notamment 86% de directeurs formés à l'EHESP, 2% de directeurs issus du tour extérieur et 3% d'attachés d'administration hospitalière de l'EHESP. Les contractuels sont de formations diverses, majoritairement issus de masters de droit, masters social et santé et masters ressources humaines.

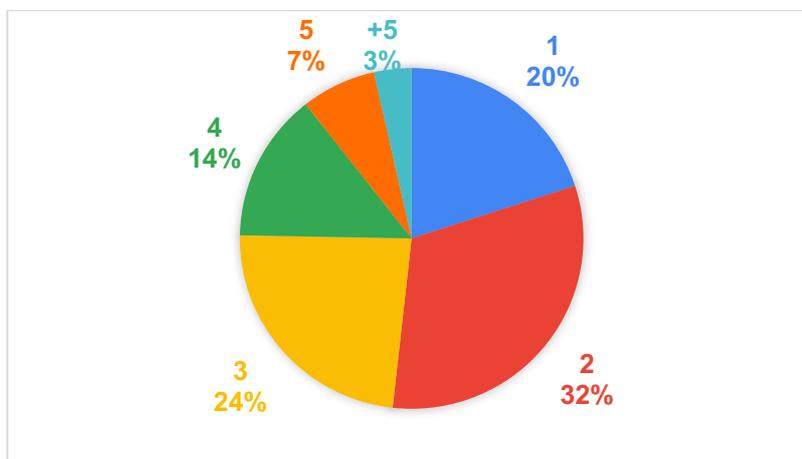
Les personnes interrogées exercent pour les trois quarts en centre hospitalier (CH), 22% en centre hospitalier universitaire (CHU), 3% en centre hospitalier spécialisé (psychiatrie) et 1% dans un établissement de l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP). A noter qu'en comparaison avec la composition du secteur hospitalier public français, les professionnels exerçant en CHU sont surreprésentés dans les répondants à ce questionnaire puisque de nombreux DAM de CHU ont participé à l'enquête (34 personnes exercent en CHU sur les 151 répondants).

En ce qui concerne le périmètre des activités du directeur en charge des affaires médicales, le premier constat à formuler est que rares sont les directeurs en charge des affaires médicales uniquement (16%). En effet, ceux-ci cumulent plusieurs missions en supplément des affaires médicales, dans le détail : 37% des directeurs des affaires médicales sont également directeurs de pôle, 30% en charge de la recherche clinique, 29% des ressources humaines, 28% des coopérations territoriales, 17% des affaires générales, 9% des relations avec les usagers et 9% de la communication, 7% des affaires juridiques, 7% des coopérations internationales, 7% de la qualité. La richesse et la diversité des missions du DAM rend cohérente l'ensemble de ces associations. Certains établissements ont favorisé la synergie des missions confiées en associant des directions

ayant un fort impact sur l'attractivité médicale (recherche clinique, communication, coopérations internationales), d'autres sur la qualité des prestations rendues aux usagers (qualité, relations avec les usagers, affaires juridiques), sur la constitution d'un pôle de gestion des ressources humaines (DAM et DRH), ou encore permettant la bonne connaissance des activités médicales et du territoire (direction de pôle, coopérations territoriales). Des associations plus rares ont été citées, comme : la stratégie et la gestion des autorisations (4%), la gestion de projets transversaux (3%), les filières de soins et parcours patients (3%), la direction de site (3%) et les systèmes d'information (2%). Enfin, les responsabilités suivantes ont été citées une fois, en cumul des affaires médicales : responsable des structures médico-sociales, adjoint au directeur, affaires financières, achats et sécurité. Notons que 4 chefs d'établissement (soit 3% du panel) assurent eux-mêmes la gestion des affaires médicales.

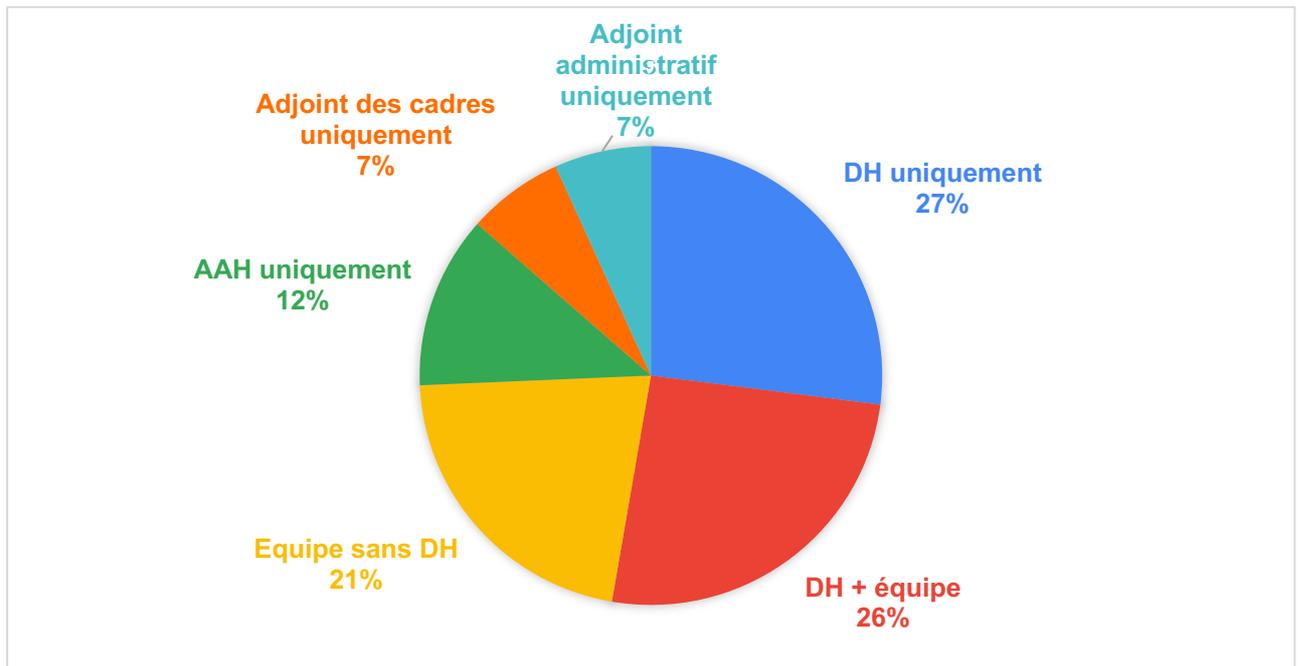
Les directeurs des affaires médicales interrogés exercent en majorité en direction commune (56%). Soulevons que près de la moitié des DAM concernés gèrent de 3 à plus de 5 établissements. Cette tendance s'amplifie avec la dynamique territoriale enclenchée par les GHT et illustre la territorialisation du métier de DAM.

Fig. 2 : nombre d'établissements en direction commune



15% des directeurs exerçant en direction commune n'ont pas de relais sur les établissements concernés. En regardant dans le détail des réponses, il est étonnant de constater que ces directeurs sans relais exercent pourtant sur un nombre élevé d'établissements en direction commune (de 3 à plus de 5). Pour les 85% de directeurs qui bénéficient de relais sur site, la nature de ces relais diffèrent : 53% peuvent compter sur un directeur d'hôpital, accompagné ou non d'une équipe. Il est rare que ces équipes de proximité soient très fournies. On compte pour 86% des directions communes une ou deux personnes. Seuls 14% des directeurs ayant un relais en direction commune bénéficient du support de 3 à 4 personnes sur place.

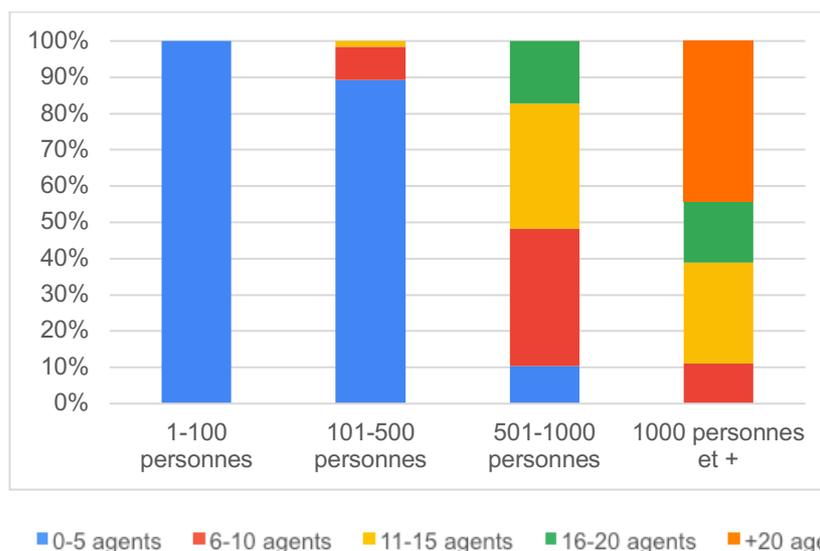
Fig. 3 : nature des relais en direction commune



En grande majorité (75%), les DAM exercent comme seul directeur aux affaires médicales. Exercent à deux DAM concerne surtout les CHU, même si 13 DAM sur les 32 CHU ont déclaré exercer seul. Lorsqu'ils pratiquent à plusieurs, c'est souvent à deux, rarement à trois.

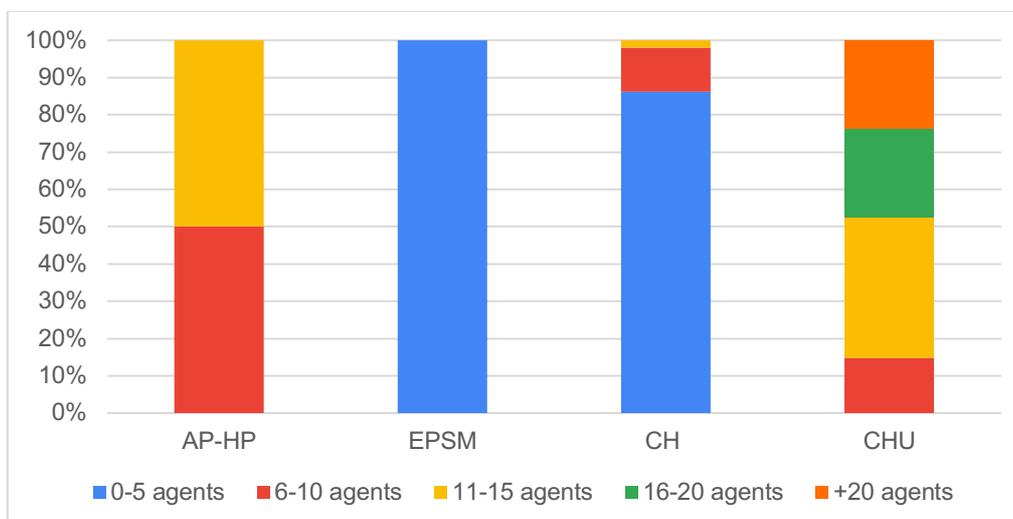
La taille des équipes de la DAM varie en fonction de la communauté médicale et de la typologie de l'établissement. Retenons qu'au regard des réponses et en y apportant une grande précaution (les postes occupés ne correspondant pas toujours aux postes autorisés), une communauté médicale allant jusqu'à 500 professionnels nécessite en moyenne une équipe des affaires médicales calibrée à cinq agents. Au-delà de 500 professionnels, les tailles des équipes DAM sont disparates. Elles vont de moins de 5 agents à plus de 20 agents pour une communauté médicale de 500 à 1000 personnes et de 6 à plus de 20 agents pour plus de 1000 professionnels médicaux. Les variations de tailles d'équipes par rapport au dimensionnement de la communauté médicale peuvent s'expliquer par la charge de travail supplémentaire induite par les efforts d'attractivité déployés dans les zones sous denses ou à forte concurrence (recherche de logement, de places en crèche, démarches administratives supplémentaires pour les médecins étrangers...).

Fig. 4 : taille des équipes DAM en fonction de la dimension de la communauté médicale



Les équipes DAM supérieures à 10 agents concernent les CHU et l'AP-HP. Les établissements de santé mentale et les CH fonctionnent avec des équipes allant jusqu'à 5 agents. Les quelques CH dont les équipes sont plus étoffées sont des établissements support de GHT en charge de missions supplémentaires pour les directions communes.

Fig. 5 : dimension des équipes DAM en fonction de la typologie d'établissement



Les DAM favorisent le travail en réseau. Seule une minorité du panel (4%) exerce de façon isolée, sans contact avec ses homologues. Les groupes de DAM régionaux, les groupes de DAM de territoire et la conférence des DAM de CHU sont les plus attractifs. Un tiers des répondants fait régulièrement appel à son réseau informel basé sur les contacts professionnels. Si ce travail en réseau est particulièrement apprécié, c'est certainement parce que six DAM sur dix estiment ne pas avoir été suffisamment formés à leur prise de poste de DAM. Ainsi, les DAM portent une attention particulière à l'enrichissement et l'actualisation de leurs connaissances. Pour les entretenir, 86% des DAM interrogés plébiscitent les analyses de la FHF. Le Journal Officiel est également une

source importante d'apports, tout comme les réunions de DAM (régionales, de CHU, de GHT), le réseau professionnel et la formation continue. Plusieurs font également appel aux connaissances en interne, des agents de l'équipe de la DAM, de la veille juridique et accèdent à de nombreuses informations via leurs recherches personnelles (presse et revues professionnelles, documentation des assureurs, WEKA, le fichier permanent de l'EHESP...). Même si 42% d'entre eux recourent à la formation continue pour entretenir leurs connaissances, ils sont 84% à déclarer avoir des difficultés à se libérer pour y participer. D'ailleurs, 94% des DAM verraient un intérêt au développement de formations en distanciel pour actualiser leurs connaissances.

Les réponses apportées, par les 151 participants au questionnaire, nous ont permis d'établir les profils de ceux qui œuvrent en 2021 en tant que directeurs et directrices des affaires médicales dans les hôpitaux publics. En complément de leurs réponses, des entretiens plus approfondis avec des DAM vont désormais nous permettre d'établir un état des lieux du métier, en étudiant ses atouts et ses difficultés, mais aussi ce qui le rend attractif ou rebutant.

1.2.2 Les caractéristiques qui forgent le métier de DAM sont, en fonction des situations et du contexte, à la fois les forces et les faiblesses de la fonction.

Dans cet état des lieux, nous établirons, à partir du retour d'expérience des DAM, les forces et les faiblesses du métier. Nous étudierons tout d'abord les sources de satisfaction et les éléments d'attractivité du poste de DAM, puis les difficultés et les contraintes qui pourraient dissuader des collègues à exercer en tant que DAM.

Les sources de satisfaction des DAM sont multiples. La plus partagée (trois quarts des DAM interrogés par questionnaire) concerne la richesse des relations humaines que procure la fonction. Viennent ensuite, pour la majorité d'entre eux, des atouts que l'on peut rattacher plus largement au métier de directeur d'hôpital : la fierté de contribuer au service public hospitalier et le sentiment d'utilité. La bonne entente avec l'équipe managée procure une satisfaction au travail pour plus de la majorité d'entre eux. Près de la moitié prend plaisir à mener des projets stimulants ou innovants, notamment dans un environnement de bonne entente avec les collègues de l'équipe de direction. Pour quatre DAM sur dix, les sources de satisfaction touchent aux différentes palettes d'un métier afférent aux ressources humaines : recruter des personnels compétents, fidéliser les professionnels, les accompagner dans leur carrière, la définition de leurs projets et leurs formations, construire l'avenir, participer à l'amélioration des conditions de travail et tenir le rôle d'intermédiaire entre les médecins et la direction. Leur plaisir au travail vient, par exemple, dans le soin mis dans la prise de contact et la manière de recevoir les

candidats, de leur envoyer une image positive de l'établissement, qui pèsera dans leur choix. La réussite de nouveaux recrutements, tels que les internes qui souhaitent rester en poste au sein de l'établissement, ou les campagnes d'ASR et de Docteurs Juniors, font partie de la liste des petits plaisirs du DAM. Par ailleurs, 30% des DAM déclarent particulièrement apprécier exercer en proximité avec des professionnels médicaux, que ce soit avec des professionnels en début de carrière ou avec plus d'expérience, parfois de très haut niveau, à la pointe dans leur domaine. Pour certains, connaître les médecins individuellement et recevoir leur reconnaissance est précieux. Ils perçoivent en effet les remerciements de la communauté médicale comme un facteur de motivation. Exercer en tant que DAM permet aussi à certains de satisfaire leur intérêt personnel pour le domaine médical. D'autre part, la résolution de situations complexes est une source de satisfaction citée par quelques DAM, notamment lorsqu'ils réussissent à mettre en place un nouveau fonctionnement à force de conviction. Aussi, plusieurs ont cité la satisfaction d'exercer dans une direction "stratégique", au cœur de l'activité hospitalière, liée au projet d'établissement et impliquée dans les projets d'envergure. Enfin, pour les DAM qui sont en charge de plusieurs directions, la possibilité de changer de sujets et de créer de la synergie est perçue comme une opportunité. En conclusion, ces sources de satisfaction mènent sept DAM sur dix à recommander un poste de DAM à un collègue DH.

Les DAM interrogés ont été pour la moitié d'entre eux personnellement attirés sur leurs postes actuels pour trois motifs principaux : une opportunité proposée par le chef d'établissement, une situation géographique en accord avec leur projet de vie et un souhait d'exercer en tant que DAM (ou chef d'établissement). En effet, certains sont arrivés à la DAM « par hasard », grâce à une opportunité offerte au détour d'un échange satisfaisant avec le chef d'établissement ou le directeur en charge des affaires médicales. Le souhait d'exercer en tant que DAM est motivé par plusieurs raisons : la volonté de s'investir dans les projets médicaux et les projets de soins, en articulation avec la stratégie de l'établissement et les besoins de la population. Le sentiment d'évoluer au cœur de la mission de l'hôpital semble donner du sens dans le quotidien du DAM. La diversité des missions du DAM, parfois avec une dimension universitaire, et le développement des directions des affaires médicales pour s'adapter, sont des facteurs d'attractivité du métier, tout comme la relation de travail privilégiée avec le PCME et la direction générale. Enfin, un tiers des DAM a été attiré par la dynamique de l'équipe de direction et de l'établissement en général, et 15% d'entre eux par la communauté médicale.

Intéressons-nous désormais aux difficultés rencontrées par les DAM interrogés dans le cadre de ce mémoire. La première contrainte citée à 69% par les DAM concerne les difficultés de recrutement liées à la démographie médicale. Viennent ensuite les négociations salariales permanentes avec les médecins (citée à 60%), les sur-sollicitations, successions d'urgences à traiter, l'exigence d'immédiateté des interlocuteurs (53%), la concurrence accrue des établissements privés ou publics (44%), le déséquilibre vie professionnelle / vie privée ressentie par les DAM avec un sentiment de présentéisme à assurer (41%), les changements continus et le manque de clarté de la réglementation (39%), l'instabilité et le turnover des équipes médicales (35%). Ces difficultés d'attractivité et de fidélisation des équipes médicales sont liées aux contraintes citées. Elles sont fondées sur plusieurs éléments. Tout d'abord, elles touchent à la permanence des soins à l'hôpital public qui n'attire plus les professionnels et rebute même lorsque les effectifs des équipes médicales sont restreints. Les DAM ressentent un changement de culture avec des professionnels généralement moins investis dans l'institution et plus difficiles à motiver. Ils déclarent les recrutements médicaux plus souvent portés sur le niveau de rémunération (toutes générations) et moins sur les projets de service. L'état de la démographie médicale et les nouvelles préoccupations des professionnels incitent à proposer des rémunérations qui vont parfois au-delà des possibilités réglementaires, afin d'attirer les médecins dans les régions sous-denses. La fidélisation est difficile car la mobilité est importante. Cela entraîne pour un quart des répondants une pression ressentie, qui s'illustre par exemple dans la gestion d'injonctions paradoxales, telles que la nécessité d'assurer la continuité et la permanence des soins dans un contexte de pénurie médicale, tout en respectant les textes régissant l'intérim médical, le statut des praticiens étrangers, le niveau de rémunération des praticiens et les attentes des nouvelles générations de médecins.

Un quart des DAM soulève un manque de compétences et d'expertise « affaires médicales » de l'équipe de la DAM. En effet, la conception historique des DAM est très statique, avec le suivi des grades et des échelons. Mais aujourd'hui, la DAM doit gérer à la carte l'évolution des statuts et les nouvelles attentes des jeunes générations. Cela entraîne le développement d'une notion nouvelle de « service client » et la personnalisation des parcours, dont la gestion est chronophage. En effet, les parcours des médecins sont de plus en plus diversifiés, tronqués, avec des allers-retours avec le secteur privé. Les équipes des DAM ne sont pas toujours assez formées à ces changements, à cette agilité et peu de moyens sont investis sur la formation de ces agents. Avec une rotation relativement significative des équipes DAM (cité par 19% des DAM comme une difficulté), une formation de base de gestionnaire DAM serait bien utile, mais elles sont restreintes voire inexistantes. En effet, le métier de gestionnaire des

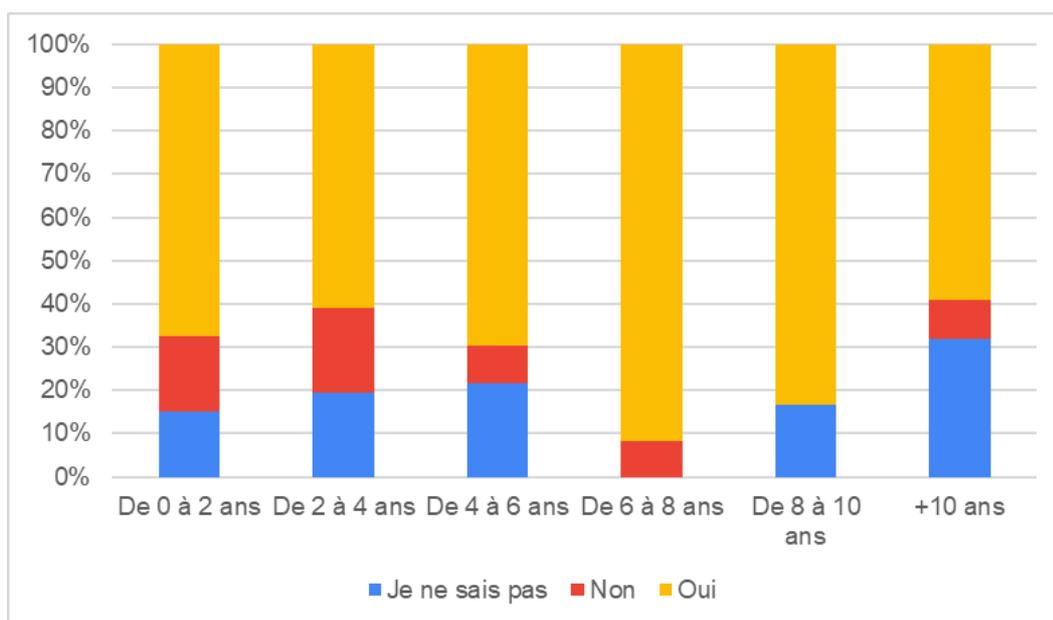
affaires médicales est spécifique à hôpital public, les volumes de formation sont donc peu importants et la standardisation des formations est compliquée par la spécificité des logiciels de paie des établissements notamment. De plus, le pilotage et le suivi de la masse salariale, courants à la DRH, se développent progressivement au sein des DAM. Cependant, les équipes DAM manquent parfois de moyens de contrôle de gestion adaptés.

Le manque de visibilité sur l'avenir de la fonction de DAM, notamment au sein des GHT et les lacunes dans les coopérations inter-hospitalières sont citées comme une difficulté par un quart des répondants. Il s'agit par exemple d'une faiblesse dans l'animation territoriale des GHT assurée par les CHU et les Universités, ressentie par les GHT associés.

Les relations conflictuelles sont citées comme une difficulté supplémentaire par deux répondants sur dix. L'appui plus rapproché des ARS et du CNG dans la gestion de certaines situations difficiles serait apprécié par certains DAM rencontrés. La perte de sens (18%), le manque de moyens pour accomplir sa mission (17%) et le manque de soutien de la part de l'institution, des collègues ou du chef d'établissement (7%) sont des difficultés peu partagées.

Ainsi, trois DAM sur dix ne recommanderaient pas leur métier, et cela indépendamment de leur propre durée d'expérience en tant que DAM, comme l'illustre le graphique suivant.

Fig. 6 : recommandation du poste de DAM en fonction de la durée de l'expérience en tant que DAM



En effet, ils identifient des contraintes qui pourraient dissuader des collègues à exercer en tant que DAM. Un premier volet concerne les qualités et appétences personnelles, notamment celle de travailler en bonne intelligence avec la communauté médicale. En effet, la catégorie des professionnels médicaux est à appréhender de façon attentionnée, avec patience, écoute, maîtrise de soi, diplomatie et humilité. Comme dans tout métier de management des ressources humaines, l'aisance dans les rapports humains est donc essentielle. Il faut savoir échanger avec des individus aux caractères variés, parfois porteurs de revendications, savoir gérer les conflits et les ennuis en prenant du recul. Cela nécessite d'avoir un minimum de confiance en soi, afin de trouver le bon positionnement et d'accompagner en proximité le praticien dans ses demandes : être un interlocuteur respectueux mais ferme. Des contraintes afférentes au métier de DAM sont aussi précisées, telles que l'énergie importante déployée face à la pénurie médicale, le recours accru à l'intérim, les revendications salariales, le poids de la « charge mentale » notamment lié à assurer la continuité médicale, mais également la complexité de gestion des situations individuelles (conflits de personnes, personnalités particulières inaptes au travail en équipe, complexité des procédures disciplinaires non gérées par l'établissement mais par le CNG...).

Ainsi, les caractéristiques qui forgent le métier de DAM peuvent, en fonction des situations et du contexte, être à la fois les forces et les faiblesses de la fonction. Comme tout métier relatif à la gestion des ressources humaines, les relations humaines peuvent apporter autant de satisfaction (projets dynamiques, valeurs partagées, co-construction, reconnaissance des expertises...), que de soucis qui portent atteinte au moral du DAM (conflits, pression, sur-sollicitations...). Ces conditions de travail ont un impact sur l'état d'esprit des DAM et leur projection personnelle dans le métier, que nous allons maintenant étudier.

1.2.3 Les directeurs des affaires médicales, très impliqués dans leur travail, envisagent diversement l'avenir de leur carrière professionnelle.

Intéressons-nous désormais à l'état d'esprit actuel des DAM et à leur projection dans la prochaine étape de leur carrière professionnelle. Notons que les informations ont été recueillies à l'été 2021, en période de pandémie de la Covid-19 et que la mobilisation supplémentaire nécessitée par la crise peut avoir un impact sur l'état de forme des directeurs mobilisés.

Près de trois quarts des DAM interrogés se sentent impliqués dans leurs fonctions. Si la majorité des DAM se sent fatiguée, la moitié d'entre eux se dit motivée. Un quart des DAM est stressé et « sous l'eau ». Seulement deux DAM sur dix se considèrent enthousiastes et confiants et un DAM sur dix se déclare épanoui. Un DAM sur dix se reconnaît découragé ou anxieux et 5% des DAM s'estiment incompris. Ainsi, ces déclarations révèlent que les DAM s'impliquent en grande majorité dans leurs missions, souvent avec motivation, mais au prix de fatigue et de stress. Cette implication importante, les conditions de travail et l'environnement dans lesquels ils évoluent impactent leur enthousiasme et leur épanouissement au travail.

D'autre part, ils sont un tiers à avoir eu envie de baisser les bras au cours de la semaine, un tiers le mois dernier ou avant, et un tiers n'a jamais songé à renoncer.

Fig. 7 : "Sisyphe", peinture de Tiziano Vecellio (1549)



« Il faut imaginer Sisyphe heureux » (citation reprise par un DAM)

Sisyphe pousse en haut de la montagne une lourde pierre, qui finit toujours par retomber. Ce mythe, repris par Albert Camus, illustre la tentative d'achever un travail interminable.

Les motifs qui ont amené le tiers des DAM à songer à renoncer sont pluriels. Le principal concerne la pression et la charge de travail : « dans les 6 mois qui suivaient la prise de poste : tourbillon des informations communiquées, des sujets à gérer, difficulté de prise de recul entre l'urgent et l'important, le central et l'accessoire... », « pression de la PCME pour un recrutement juridiquement impossible », « difficulté à gérer le changement de direction générale : demandes des médecins pressantes et nombreuses à la faveur de ce changement, trop de projets à conduire et difficulté à maintenir la qualité/délai de réponse », « succession d'urgences à traiter avec le sentiment d'un mécontentement permanent

de la communauté médicale et de moyens dérisoires par rapport aux tâches », « profonde lassitude relative à certains sujets qui reviennent sans cesse », « moment de tension important pour compléter la permanence des soins », « sentiment de ne pas pouvoir atteindre les objectifs », « trop de journées de 14h, la santé en pâtit, la vie de famille aussi », « charge de travail trop lourde; réformes trop nombreuses, le COVID », « au terme de la 13ème heure de réunion d'affilée, il était 21H30 et j'avais débuté la première réunion à 8H15 », « sentiment de ne plus avoir le temps de faire du travail correct dans de bonnes conditions », « dépassée par le volume des sollicitations et démotivée par le retard accumulé, stressée par la précarité de la couverture médicale de nos activités peu attractives pour les médecins », « périmètre trop large »...

Vient ensuite le sentiment d'impuissance et d'impasse créé par la difficulté à trouver des solutions, à négocier, à mettre en place des organisations, à gérer les injonctions paradoxales ou à voir des perspectives positives dans les dossiers. Quelques-uns reconnaissent des difficultés en début de carrière ou estiment la gestion des ressources humaines à l'hôpital à bout de souffle.

Les difficultés de recrutement, d'attractivité et de fidélisation des médecins pèsent sur les DAM, dans un contexte de démographie médicale complexe : « situation de crise au sein du service des urgences, en lien avec un sous-effectif qui ne permet pas d'assurer les lignes de garde prévues à la maquette ; difficulté à trouver des solutions pérennes, et plus encore à faire face aux flambées conflictuelles simplement liées à la gestion de planning », « le recrutement de médecins sur les hôpitaux périphériques est difficile à réaliser malgré une recherche constante d'attractivité. Cela conduit inmanquablement à déroger sur les modes de recrutement (praticien à diplôme hors union européenne - PADHUE) et de rémunération », « équipe médicale d'un service en grande difficulté et absence de solution à court terme (sentiment d'impuissance) ».

Au-delà des difficultés liées à la démographie médicale, la concurrence du secteur privé épuise également les DAM : « parce que le public ne fera jamais le poids face au privé, que l'on met des "pansements" et que la législation ne nous permet pas de recruter des médecins dans de bonnes conditions. Donc fuite de nos ressources médicales, impossibilité de recruter... », « impuissance face à la débauche des cliniques commerciales / iniquité de moyens dans la « boîte à outils » : être DAM c'est être ZEN et philosophe », « difficulté d'attractivité de la carrière hospitalière par rapport au privé, corporatisme, obligation de déroger au droit car sinon la continuité de service ne fonctionne pas, manque de solidarité et d'esprit d'équipe de la communauté médicale, manque de transversalité entre les directions, individualisme des directeurs d'hôpitaux ».

Un autre élément de lassitude concerne les attentes de certains médecins principalement orientées vers leur rémunération, dans un rapport de force poussant à la surenchère et à la négociation permanentes, parfois au-delà des limites réglementaires. Les DAM rencontrent parfois des difficultés à expliquer aux médecins pourquoi rester dans la légalité quand les CH environnants, y compris en direction commune, dérèglent le système (intérim, cliniciens...). Ils regrettent aussi un « trop grand écart entre les attentes des médecins (rémunération, temps de travail diminué) et la réalité hospitalière (budget déficitaire, niveau d'activité) » et un discours d'opposition.

Les conflits font effectivement partie des facteurs de renoncement à la mission de DAM, qu'ils concernent des relations tendues voire agressives avec un médecin, entre médecins ou un conflit syndical majeur et non constructif : « mail envoyé au PCME pour se plaindre d'un manque de réponse à un mail envoyé moins de 48h avant, pour un sujet non urgent et non stratégique ».

Le manque de soutien et de reconnaissance touche particulièrement les DAM, que ce soit de la part de la hiérarchie « incompréhension des difficultés de la DAM de la part de la hiérarchie, mauvaise circulation de l'information, périmètre de poste trop large et trop hétérogène, et moyens à ma disposition non adaptés », « manque de clarté dans les attentes du DG », de la part du Directoire ou de la part de la communauté médicale : « La suite du COVID est très difficile, la crise nous a beaucoup mobilisés en tant que directeurs, sans qu'on soit reconnus pour notre contribution (au contraire ! en plus de l'image d'empêcheur de tourner rond, nous sommes la seule profession dont la contribution n'a jamais été reconnue même par nos propres tutelles !). Les équilibres institutionnels sont très perturbés (ex: accès direct des médecins aux ARS, non prise en compte des avis des directions) et ce sentiment est majoré par la communication des Ministères qui s'adressent avant tout aux corps professionnels sans information aux directions qui se trouvent en porte à faux (cf. élections CME, Ségur etc.). L'importance donnée au corps médical donne aussi lieu à du chantage et du manque de considération du travail des directions. ».

Le manque d'expertise et la fragilité de l'équipe de la DAM peuvent également être des facteurs de découragement : « équipe très fragile, composée notamment de personnes en reclassement et manquant de compétences clefs (en informatique, en rédaction basique, en manipulation de chiffres...) », « nombreux arrêts maladie dans l'équipe, en raison d'une impression de surcharge de travail », « à l'annonce du départ d'une collaboratrice pour des motifs professionnels sur lesquels je n'ai pas vraiment prise

(relations interservices tendues, difficultés techniques, complexification des tâches...) malgré un management de proximité bienveillant et porteur de sens ». Enfin, la gestion de la pandémie de la Covid-19 a généré beaucoup de lassitude et entraîné la mise à l'arrêt d'autres projets.

S'ils reconnaissent des moments d'agacement ou de découragement, un tiers des DAM interrogés n'a cependant jamais songé à baisser les bras. Ceux-ci invoquent notamment leur sens des responsabilités ou leur tempérament de battant, mais c'est surtout leur capacité à prendre du recul et de la distance sur leur exercice professionnel qui les aide à relativiser leur métier, qu'ils jugent ingrat. Ils s'attachent à assurer d'autres sources d'accomplissement personnel en dehors du travail et gardent toujours en tête la possibilité de s'orienter vers d'autres fonctions s'ils en ressentent le besoin. « Donner le meilleur de soi, sans trop d'état d'âme, parce que c'est un travail et ce n'est qu'un travail ».

Par ailleurs, nous avons demandé aux DAM de nous raconter quand était la dernière fois que leur travail leur avait apporté satisfaction, et pour quelles raisons. 30% d'entre eux ont éprouvé de la satisfaction au cours de leur journée, un quart au cours de la semaine, 20% la semaine passée, 12% le mois dernier et 5% avant. Plus inquiétant, 5% n'ont aucun souvenir en tête d'un moment de satisfaction au travail.

Incontestablement, la première source de satisfaction des DAM est la réussite d'un recrutement, d'autant plus lorsqu'il est de qualité et stratégique dans une spécialité en tension ou déterminant pour l'avenir d'une spécialité ! La fidélisation réussie de jeunes médecins sur des disciplines en tension est aussi très appréciée.

Puis, la satisfaction procurée par les projets et dossiers qui avancent est largement partagée, surtout lorsqu'ils ont été laborieux et complexes à mener : « plannings des urgences complets pour la période estivale », « mise en place d'un projet de renfort étudiant à la régulation dans le cadre du projet service d'accès aux soins - SAS utile pour le CHU, d'utilité publique évidente et valorisant pour mes équipes », « mon poste est polyvalent et est source de satisfaction dans la dimension projets. Ex: obtention de sources de financement pour financer un projet d'offre de soins. » , « élaboration d'un plan de fidélisation et d'attractivité médicales concerté avec la CME », « bonne gestion des services covid »...

Résoudre un problème est également une source de satisfaction assez partagée dans le quotidien d'un DAM. Il s'agit par exemple de trouver des solutions à des situations de tension permanente sur les effectifs médicaux, d'organisation médicale, de continuité

médicale ou de permanence des soins. Cela contribue à la conviction d'être utile, au coeur d'enjeux majeurs, et de bien défendre les intérêts de l'établissement.

Puis, nombreux sont les DAM à s'assouvir de la richesse des relations de travail, de reconnaissance, d'échanges positifs avec les médecins, les collègues du GHT, les agents, l'équipe de la DAM... Voici quelques illustrations : « confiance des interlocuteurs médecins et renvoi d'une image de bienveillance de la DAM, sentiment d'appartenance à la même galère pendant le COVID », « relations constructives et respectueuses avec certains praticiens ou managers médicaux, avec lesquels je partage des valeurs et une vision du service public hospitalier », « remerciements d'un chef de service accompagné dans son management et qui se sent épanoui », « échange avec un praticien a priori insatisfait qui s'est soldé par une fin d'entretien constructive qui a permis de valider son engagement dans l'établissement », « J'ai de formidables collègues intéressants au sein de mon équipe de direction. J'ai un bon nombre d'interlocuteurs médecins passionnants. », « j'ai observé les résultats directs et concrets de mon action et les agents m'en ont remercié », « visio avec les collègues du GHT qui confirme l'intérêt d'une approche coordonnée des affaires médicales », « sentiment d'être reconnue dans mon expertise », « l'équipe DAM est compétente et soudée », « lors d'un point avec mon équipe, nous avons ensemble défini la conduite à tenir sur un sujet »...

Certains n'ont malheureusement pas pu citer un moment de satisfaction au travail, pollués par trop de sujets à traiter, de conflits médicaux et la sensation de ne pas pouvoir aller au fond des choses. Quelques-uns souffrent d'un manque de reconnaissance de la part de la communauté médicale, des tutelles et d'un « sentiment de bizarrerie » de la gestion des ressources humaines (GRH) médicale au sein de l'équipe de direction.

En prenant en compte ces déclarations et l'état des lieux du métier aujourd'hui, étudions les perspectives de carrière professionnelle des DAM interrogés, et plus particulièrement ce qu'ils envisagent pour leur prochain poste.

Fig. 8 : Echéance du prochain poste



Nous constatons que les perspectives d'échéance du prochain poste sont diversifiées, souvent en cohérence avec la durée de l'expérience en tant que DAM. La tendance principale est que trois DAM sur dix ne savent pas à quelle échéance interviendra leur prochain poste. Ces répondants sont en général très expérimentés dans le domaine des affaires médicales. 15% n'envisagent pas de prochain poste, souvent pour faire valoir leurs droits à la retraite. Près de trois DAM sur dix, souvent au début de leur expérience de DAM, ne chercheront pas à changer de poste avant deux ans ou plus et se projettent ainsi plus longtemps dans leurs fonctions actuelles. Près de deux sur dix envisagent de changer de poste durant l'année à venir, notamment en raison de leur expérience plus fournie en tant que DAM (six ans de moyenne pour ceux qui chercheront dans les six mois et quatre ans de moyenne pour ceux qui chercheront dans un an). Pour ce prochain poste, 27% des DAM voudraient exercer sur une autre direction fonctionnelle. 27 % ne savent pas ce qu'ils feront ensuite. 17% n'envisagent pas de quitter leur poste actuel de DAM. 16% ont l'ambition de devenir chef d'établissement. Ils sont 13% à viser un poste ailleurs qu'à l'hôpital. Exercer en tant que DAM dans un autre hôpital satisferait 12% d'entre eux. Enfin 7% feront valoir leurs droits à la retraite. Si l'on applique un focus sur les projections des « jeunes DAM » (19% du panel total des DAM interrogés) pour lesquels le poste de DAM est le premier poste en tant que directeur adjoint, on pose les constats suivants : la moitié aimerait exercer sur une autre direction fonctionnelle, 30% aimeraient être DAM dans un autre hôpital, 20% envisagent un poste ailleurs qu'à l'hôpital, 15% n'envisagent pas de quitter leur poste actuel de DAM. Nous constatons donc que la majorité oriente le début de carrière vers une diversification des compétences et une autre part vers la spécification en tant que DAM. Notons également que la part des DAM envisageant de quitter l'hôpital est plus élevée chez les directeurs dont la DAM est le premier poste en tant que directeur adjoint (20%), que sur l'ensemble du panel (13%).

Ainsi, dans cette première partie, nous nous sommes intéressés à l'apparition et à l'évolution du métier de DAM dans le passé, jusqu'à établir un état des lieux actuel du métier. Nous avons défini les missions du DAM et nous les avons confrontées aux attentes des médecins envers la direction des affaires médicales et envers le directeur des affaires médicales. Nous avons établi un profil détaillé des DAM exerçant dans les hôpitaux publics en 2021, en nous intéressant à leurs parcours, aux conditions pratiques de leur exercice, mais également à ce qu'ils ressentent et éprouvent au quotidien. Nous allons désormais nous prêter à un exercice de projection sur la décennie à venir et envisager des possibilités d'évolution du métier de DAM, en fonction de changements dans le contexte d'exercice, des nouvelles attentes des professionnels et en s'inspirant des pratiques qui se développent ailleurs qu'à l'hôpital public.

2 Les perspectives d'évolution du métier de directeur des affaires médicales à l'horizon 2030.

A partir de la littérature et des échanges menés avec de nombreux professionnels, prêtons-nous désormais à un exercice de projection du métier de DAM dans la décennie à venir. Nous nous intéresserons tout d'abord aux changements envisagés du contexte, de l'environnement de travail et des évolutions sociétales (2.1). Puis, les outils et les méthodes des secteurs publics et privés étant parfois partagés, nous étudierons des pratiques externes à l'hôpital public (établissements de santé privés, monde des entreprises) qui pourraient être des sources d'inspiration et d'évolution pour la gestion des affaires médicales à l'hôpital (2.2).

2.1 Face aux tensions sur la démographie médicale et aux évolutions législatives et sociétales, les DAM devront poursuivre leur adaptation.

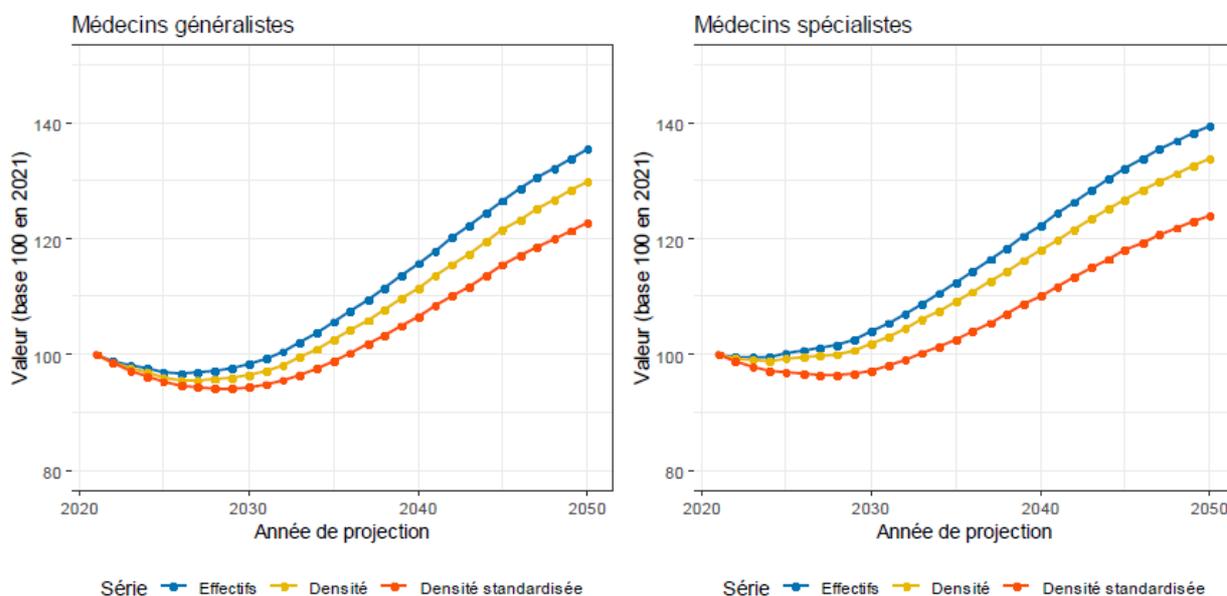
Le métier de DAM a connu ces dernières années des évolutions significatives que nous avons développées en première partie. Les DAM devront fort probablement continuer à s'adapter dans la décennie à venir, en raison des contraintes liées à la démographie médicale (2.1.1), de la territorialisation progressive des métiers, des évolutions législatives et de leur application (2.1.2), et des nouvelles attentes des médecins (2.1.3).

2.1.1 Des perspectives d'évolution des ressources médicales peu favorables jusqu'en 2030.

En mars 2021, la DREES a établi un état des lieux actuel et prospectif des données démographiques des professions médicales suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens. Ces travaux de projection sont basés sur une hypothèse de comportements des professionnels et de législation constante par rapport à la dernière décennie. Ces tendances sont utiles aux DAM, car elles permettent d'appréhender les difficultés de recrutement des ressources médicales dans les années à venir. Ainsi, l'analyse de la DREES fait les constats suivants.

En ce qui concerne les médecins, les projections tablent sur une diminution des effectifs jusqu'en 2024 avec l'atteinte d'un point bas de 209 000 médecins en activité, soit une diminution de 2.7% par rapport à 2020. Puis, entre 2024 et 2030, les effectifs augmenteront légèrement, avant de repartir à la hausse jusqu'en 2050, portés par l'augmentation de l'exercice salarié. Un point d'alerte important est à soulever : la densité médicale standardisée, c'est-à-dire l'évaluation de la densité médicale en fonction des besoins en soins selon l'âge de la population, diminuerait de façon significative. En effet, au sujet des densités standardisées, le retour au niveau de 2021 pour les médecins généralistes n'interviendrait qu'en 2036 (après une diminution de 6% entre 2021 et 2028) et en 2033 pour les médecins spécialisés (4% de diminution entre 2021 et 2028).

Fig. 9 : Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, projetés entre 2021 et 2050

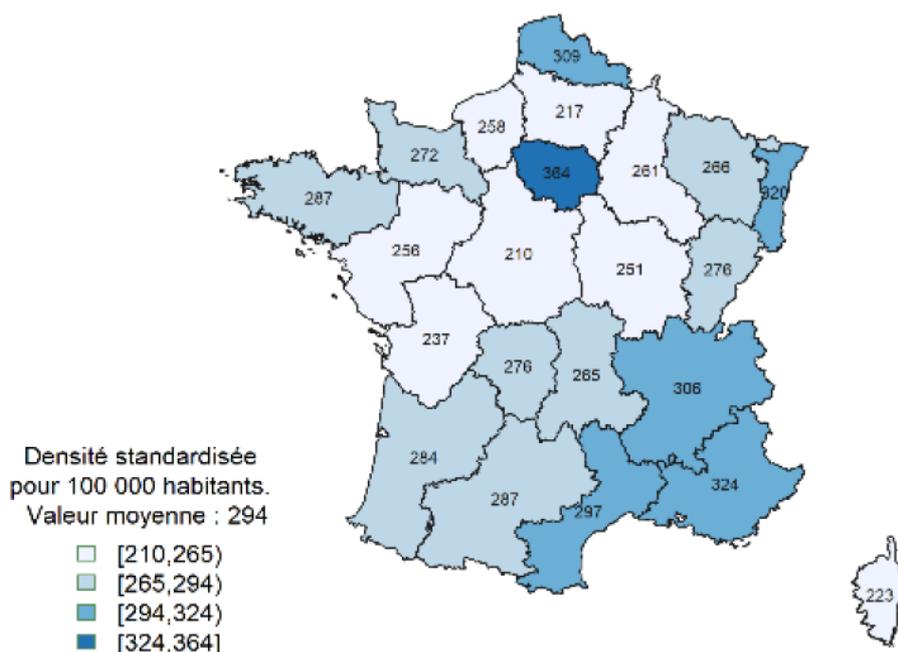


Champ > Professionnels actifs de moins de 70 ans, inscrits à l'Ordre, France entière.
Sources > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie.

Ces niveaux de densités des effectifs ne sont possibles qu'avec la poursuite du recrutement de médecins à diplômes étrangers. A hauteur de 1 200 entrées en moyenne par an, ces recrutements permettent de mieux faire face au creux des effectifs. En effet, sans eux, le niveau actuel en densité médicale ne serait retrouvé qu'en 2041, au lieu de 2035 avec eux.

Le rapport soulève également des disparités de densité régionale standardisée avec des régions sous-dotées et des régions bénéficiant d'une offre abondante (comme l'Ile-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Fig. 10 : Densité régionale standardisée de médecins en 2030



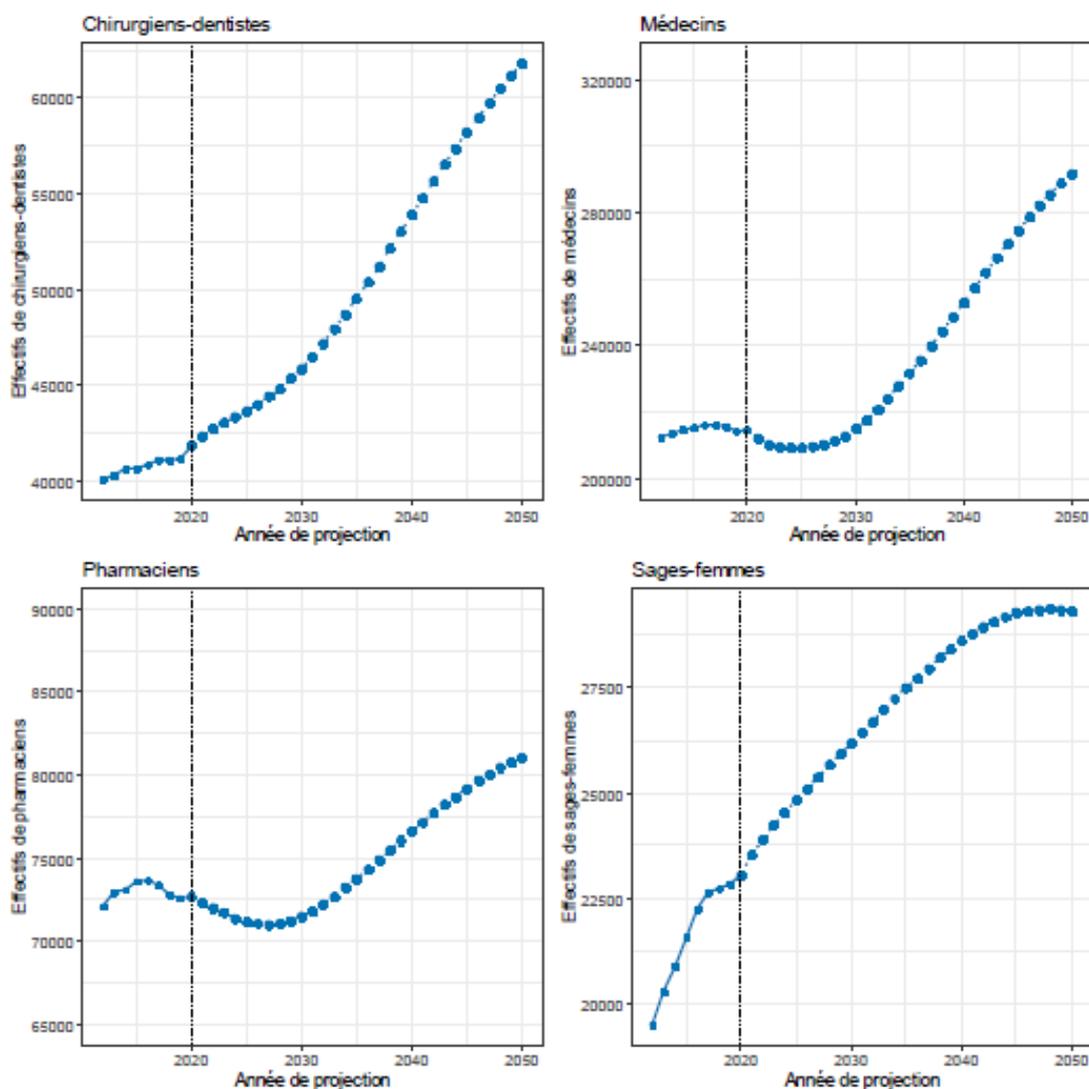
Champ > Médecins en activité de moins de 70 ans, France entière.

Sources > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN). Projections de population de l'Insee. Consommations de soins calculées à partir des données 2018 de l'Assurance maladie.

Ces projections sont cohérentes avec les constats actuels. La baisse du nombre de médecins généralistes (densité de 140 pour 100 000 habitants aujourd'hui) creuse les inégalités entre régions, même si cette baisse est compensée par la hausse du nombre de médecins spécialistes (densité de 178 pour 100 000 habitants). Chez les médecins, la DREES confirme l'arrivée importante de médecins à diplômes étrangers, le fait que la profession se féminise et rajeunit. L'exercice libéral diminue au profit de l'exercice mixte, qui associe les activités libérales et salariées. Le salariat hospitalier augmente pour les médecins spécialistes (qui exercent pour 43% d'entre eux à l'hôpital) et pour les médecins généralistes (20% des médecins généralistes exercent à l'hôpital).

Pour les pharmaciens, la DREES anticipe une légère baisse des effectifs jusqu'en 2027 (71 000 pharmaciens, soit -2% par rapport à 2020), puis une légère croissance avant de retrouver le niveau de 2020 en 2033. Les effectifs de chirurgiens-dentistes devraient poursuivre une croissance soutenue (+10% de professionnels en 2030 par rapport à 2020), portée notamment par l'arrivée de praticiens étrangers. Enfin, pour les sages-femmes, la croissance des effectifs devrait s'opérer à un rythme modéré d'ici 2030, avec un passage de 23 000 sages-femmes en 2020 à 26 200 en 2030 (soit une augmentation des effectifs de 14%).

Fig. 11 : Effectifs observés et projetés pour les quatre professions médicales et pharmaceutique entre 2012 et 2050

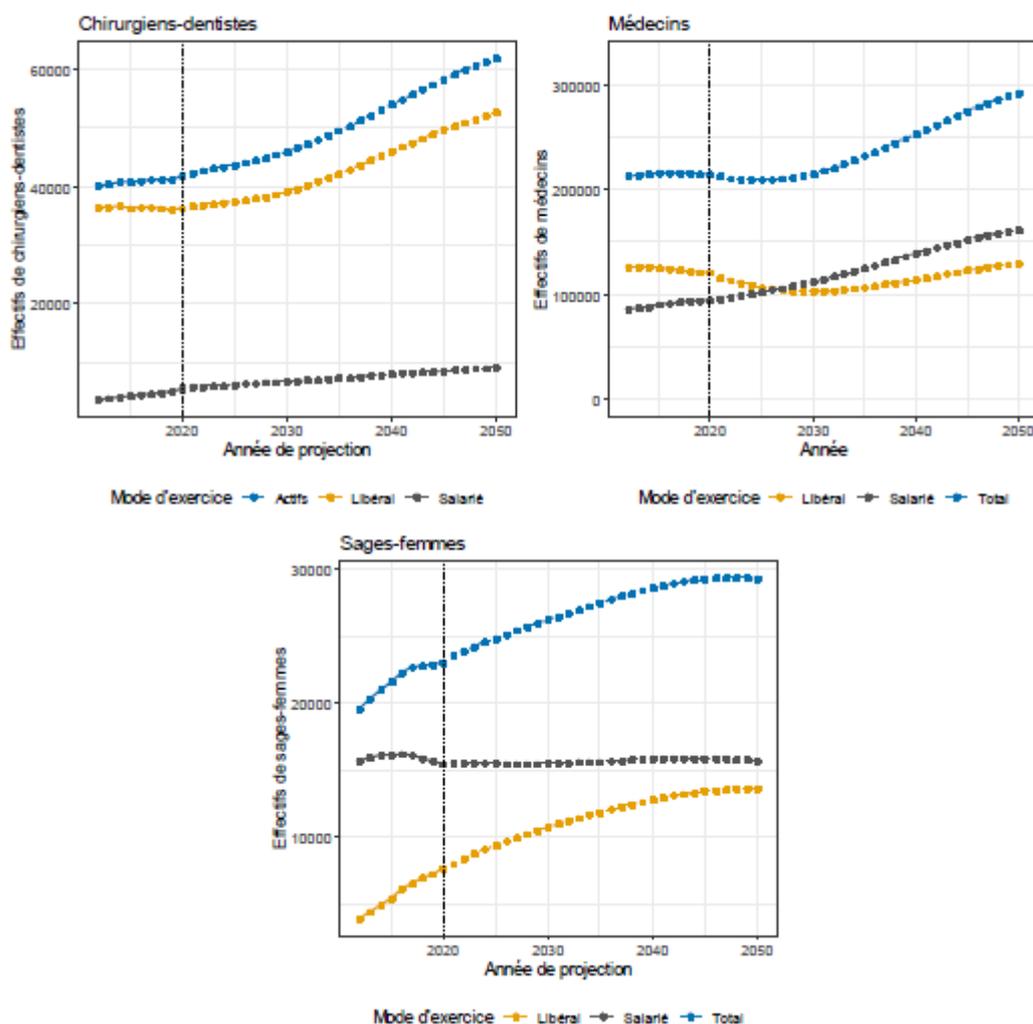


Champ > Professionnels de santé en activité de moins de 70 ans, France entière.

Sources > Modèles de projection DREES, alimentés par les données sur les professionnels de santé inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales pour les médecins (SISE, ECN).

Sur les quatre professions médicales observées, les projections suivantes sont formulées. Tout d'abord, la féminisation des professions médicales se poursuit : 50% de médecins sont des femmes en 2021, elles seront 57% des effectifs en 2030. On comptera 53% de chirurgiens-dentistes femmes en 2030 et 68% chez les pharmaciens. Les sages-femmes resteront très majoritairement des femmes. Autre constat, l'exercice salarié poursuivra son développement : il restera majoritaire chez les sages-femmes, deviendra majoritaire chez les médecins et restera rare pour les chirurgiens-dentistes. En 2030, il y aura davantage de médecins salariés que de médecins libéraux ou à exercice mixte.

Fig. 12 : Effectifs des trois professions médicales par mode d'exercice entre 2012 et 2050



Note > Pour les médecins, l'exercice mixte ou en tant que remplaçant est regroupé avec l'activité libérale.
 Champ > Professionnels de santé en activité de moins de 70 ans, France entière.
 Sources > Modèles de projection DREES, alimentés par les données sur les professionnels de santé inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales pour les médecins (SISE, ECN).

Face à ces difficultés liées à la démographie médicale, les ressources se mutualisent au sein des territoires et le législateur tente d'apporter aux établissements des leviers d'attractivité et de fidélisation des carrières à l'hôpital public.

2.1.2 L'environnement de travail du DAM est en ébullition, porté par la territorialisation des métiers et les évolutions législatives.

On assiste en effet à de profonds changements qui se poursuivront dans les années à venir : l'exercice médical s'étend sur les territoires (équipes territoriales, postes partagés, consultations avancées...), la représentation des médecins évolue (commission médicale

de groupement - CMG) et les fonctions de DAM se rapprochent, voire fusionnent au sein des GHT. Ces évolutions impliquent à la fois des changements pour les médecins et pour les DAM.

Les médecins rencontrés ont conscience qu'ils seront à l'avenir de plus en plus amenés à exercer sur les différents sites du GHT. Ils y reconnaissent des avantages comme celui de connaître les équipes et le fonctionnement de chaque site, d'harmoniser les protocoles de prise en charge ou encore d'organiser des staffs communs. En revanche, ils ne souhaitent pas multiplier les sites d'intervention au-delà de deux, afin de ne pas perdre de temps dans les déplacements. Autrement, « quitte à changer d'hôpital, autant faire de l'intérim ». Aussi, avec des spécialités de plus en plus pointues, ils ressentent le besoin d'être ensemble sur le même site, afin de faciliter la formation continue et le compagnonnage. L'interopérabilité des systèmes d'information (SI) entre établissements doit être fonctionnelle, pour leur permettre de partager les dossiers patients, l'agenda... Afin de limiter la pénibilité liée à la mobilité, les établissements supports devront assurer de bonnes conditions d'accueil dans l'établissement d'accueil. Il pourrait également être intéressant d'aborder le sujet de l'exercice territorial dès la formation des médecins, car l'exercice sera partagé, au moins sur un temps de la carrière. Des solutions de travail à distance pourraient utilement être étudiées (télémédecine, télétravail...) pour assouplir les conditions d'exercice.

Par ailleurs, la fonction de DAM poursuit sa mue avec une harmonisation des pratiques au sein des GHT, sur la permanence des soins, le temps de travail, les rémunérations, l'attractivité et le recrutement, la GPMC, la répartition des ressources, les procédures, les équipes de territoire, la CMG, les projets en cohérence avec le PMSP... La territorialisation des DAM au niveau des GHT et le développement des directions communes impliquent, pour la DAM de l'établissement support, de gérer un périmètre plus important, avec davantage de déplacements, moins de proximité avec les équipes et de temps dédié à la stratégie. Les prochaines années serviront à poursuivre la construction de la territorialisation du métier de DAM sur les GHT. Pourtant, la territorialisation est vécue par certains DAM comme un sujet difficile ou sans avenir. En effet, ces évolutions ne vont pas sans soulever d'inquiétudes, notamment sur le rôle et le maintien des DAM dans les établissements parties. Par exemple, la loi dite RIST du 26 avril 2021 attribue la création d'un nouveau poste de PH au sein du GHT au directeur de l'établissement support de GHT. De plus, si les DAM sont centralisées sur l'établissement support, qui assurera le relais de proximité auprès des médecins ? Par ailleurs, des élus exercent également une pression pour que les établissements restent dans leur organisation historique.

La territorialisation est envisagée vers le GHT, mais aussi auprès des structures publiques/privées, sanitaires et médico-sociales. La gestion de la pandémie de Covid-19 a, sur certains territoires, montré l'efficacité de ces coopérations. Lors de la 1^{ère} vague du Covid-19 par exemple, le CH du Mans a été un guichet unique pour les 508 structures du territoire, également ouvert aux structures médico-sociales et aux établissements privés. A l'avenir, les partenariats sont envisagés comme beaucoup plus forts. Au-delà du GHT, il serait ainsi opportun de disposer d'un moyen de travailler ensemble, par exemple, un comité départemental avec toutes les fédérations représentées pour partager les difficultés, les propositions. A titre d'illustration, le CH du Mans a fortement développé ses liens avec la ville, en faisant participer un médecin de l'hôpital dans chaque groupe projet de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), en proposant des postes d'assistant partagé avec l'hôpital, en faisant participer les médecins libéraux à la régulation du SAS, en proposant des lignes d'avis directs pour les médecins libéraux... Les échanges semblent cependant plus restreints avec les cliniques.

Ces changements, liés à la territorialisation, s'intègrent dans des évolutions législatives et sociétales progressives auxquelles le directeur des affaires médicales a dû s'adapter et élargir ses missions. La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 a notamment développé la territorialisation et la gradation de l'offre de soins. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont renforcé le dialogue et le suivi des objectifs établis par les ARS et, dans le même sens, la contractualisation interne, notamment avec les contrats de pôles. La loi de modernisation du système de santé dite LMSS de 2016 a créé les GHT qui entraînent : rapprochements, réorganisations, directions communes, voire fusions. Puis, la loi d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS) de 2019 a modifié à la hausse le nombre d'étudiants, réformé l'accès aux études de médecine, le second cycle et le 3^{ème} cycle.

Plus récemment, ont été négociés les accords du Ségur (2020) basés sur trois axes. Ils visent tout d'abord à pallier aux insuffisances des moyens dédiés aux revalorisations des carrières médicales hospitalières. Certaines revalorisations ou mesures d'attractivité financière sont déjà intervenues. Elles concernent l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE), la fusion des quatre premiers échelons de la grille des PH et la création de trois échelons supplémentaires en fin de grille, la prime d'exercice territorial (PET) et l'élargissement des bénéficiaires de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH). Ces mesures ont un impact positif plus fort sur les débuts et les fins de carrière, mais cela suffira-t-il à attirer les jeunes praticiens à s'engager à l'hôpital public ? En effet, la revalorisation des rémunérations est l'un des leviers d'attractivité mais elle ne peut être suffisante sans une qualité de vie au travail (QVT) et de bonnes

conditions d'environnement de travail (travail à distance, intégration des activités non cliniques aux tableaux de service, matériel adapté, accès aux équipements et plateaux techniques...). Enfin, l'accord du Ségur vise à développer et valoriser les compétences tout au long de la carrière (généralisation de l'entretien professionnel annuel et de l'entretien de carrière tous les cinq ans au CNG).

La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification précise ces nouvelles mesures. Elle oblige la formalisation d'un projet managérial et de gouvernance, afin d'accompagner à la prise de responsabilité et de former au management les responsables médicaux. Elle vise à réduire les iniquités structurelles entre les contraintes de l'exercice médical hospitalier public et l'exercice libéral, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, les écarts de rémunération et la complexité des prises en charge.

L'ordonnance du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières réforme l'activité libérale. Elle permet dès 80% de temps de travail un accès facilité aux activités libérales intrahospitalières, favorise l'exercice mixte public/privé et supprime le statut de clinicien. L'objectif visé est qu'à temps de travail et ancienneté similaires, le statut de praticien titulaire soit plus attractif que celui des contractuels. Des travaux sont en cours sur la création d'un statut unique de PH et d'un statut de contractuel. Enfin, l'intérim médical actuellement régi par le décret du 24 novembre 2017 sera plus encadré. Le Ségur vise en effet à renforcer les contrôles par les ARS et les comptables publics prévus par la loi dite RIST du 26 avril 2021. Cependant, les stratégies de contournement des dispositifs rendront probablement son application difficile.

En effet, l'application de certaines mesures pose question aux DAM. De leur point de vue, l'évolution du statut de PH va complexifier le suivi car les parcours seront de plus en plus individualisés et les contrats à petites quotités de temps vont se multiplier. Ceci aura selon eux un impact sur le collectif et on peut s'attendre à ce qu'il y ait moins de personnes investies dans l'institution, plus centrées sur la carrière individuelle. Cette individualisation des parcours et probablement ce moindre investissement dans la vie institutionnelle pourraient entraîner des difficultés supplémentaires à assurer la continuité et la permanence des soins. Cet argument est cependant nuancé par la reconnaissance d'une demi-journée hors clinique hebdomadaire. Les DAM saluent également les avancées sur la reconnaissance des valences, les mesures de QVT, la revalorisation de l'IESPE, l'amélioration de l'attractivité du statut de PH... Pourtant, malgré le Ségur qui peut freiner les départs vers le libéral ou le privé, les DAM s'attendent tout de même à faire face aux difficultés liées à la démographie médicale, les pyramides des âges

défavorables, l'hyperspécialisation, les contraintes administratives, le manque de concordance des temps entre équipes... En effet, le Ségur est surtout perçu par certains comme une réforme « rustine » de l'hôpital public, mais pas du système de santé. Elle permettra de limiter les départs et de satisfaire les médecins qui étaient déjà attachés à l'hôpital public, mais sera-t-elle suffisante pour les attirer ? Au-delà de ces évolutions législatives, il faudra selon eux prendre en compte les nouvelles attentes des médecins pour espérer les attirer et les fidéliser à l'hôpital public.

2.1.3 Les jeunes générations de médecins aspirent à de nouvelles attentes.

Issues des générations Y (1983-2001) et Z (depuis 2001), les attentes des nouvelles générations de médecins diffèrent de leurs aînés (baby-boomers et génération X allant de 1965 à 1983). Elles font émerger des thématiques collectives de QVT et d'attractivité, de gestion des conflits, de conciliation médicale, de participation aux décisions... Par conséquent, se pose la question du management de ces nouvelles générations.

Nous avons interrogé de jeunes médecins (interne, ASR, praticien contractuel, jeune PH...) sur leurs attentes au travail. Ils favorisent un meilleur équilibre vie professionnelle/vie personnelle, une qualité de vie au travail, et assument un moindre investissement que leurs aînés en ce qui concerne leur présence au travail. Ils se disent moins prêts à des « sacrifices ». Ils veillent le mieux possible au respect de leur temps de travail et à l'utilisation efficiente et qualitative de ce temps : exercice en bi-site au maximum afin de ne pas perdre de temps en déplacements, limitation des tâches dédiées à l'administratif, répartition des gardes... Le travail en équipe est aussi important, que ce soit au sein d'équipes hospitalières ou en centres de santé. Certains y voient aussi une meilleure protection face aux risques juridiques liés à leur exercice professionnel. Enfin, ils aspirent à plus de reconnaissance (sans parfois pouvoir exprimer la forme attendue de cette reconnaissance). Elle passe par exemple par des rémunérations du secteur public attractives par rapport à l'exerce libéral, par l'attribution d'un véhicule de service pour les déplacements...

Selon les études de B. Pauget et A. Dammak menées entre 2011 et 2013 à l'hôpital, les types de dirigeants auxquels aspirent les nouvelles générations à l'hôpital évoluent. En effet, ils sont plutôt à la recherche d'un manager leader que d'un chef. Un bon manager doit être en capacité de coacher et accompagner, inspirer, écouter et dynamiser par un bon relationnel et de la bienveillance. Il est un chef d'orchestre accessible dans l'échange,

et favorise le management participatif. Les jeunes générations aspirent à des formes d'organisation renouvelées dans le secteur sanitaire et social. Ils souhaitent passer d'une organisation basée sur la production de soins de masse à une organisation fondée sur les connaissances, la reconnaissance de leurs expertises, le renforcement des coopérations et le développement des connaissances. Au cours de la décennie, avec le départ progressif des baby-boomers, il faudra accompagner le renouvellement de nouveaux managers, issus de plus jeunes générations. Il est important de s'intéresser aux attentes des nouvelles générations, de surcroît dans les spécialités en tension, afin de mieux les connaître, les faire connaître, tenter d'adapter les organisations et former les professionnels.

Les DAM ont conscience de devoir faire évoluer les organisations pour s'adapter à ces nouvelles attentes. Ils prêtent attention à la QVT, même si certains estiment l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle difficile à assurer, en raison de la demande importante en soins et de la démographie médicale actuelle. Ils ont connaissance des évolutions attendues sur les conditions de travail et les rémunérations. Certains estiment que la réforme du temps de travail des urgentistes se transposera à plusieurs spécialités. Les internes exigent d'ailleurs actuellement auprès du Ministère des solidarités et de la santé que leur temps soit comptabilisé en heures. Les parcours des professionnels seront de plus en plus personnalisés : avec plus d'allers-retours entre le secteur privé et le secteur public, davantage de prolongation de carrière à l'hôpital, mais aussi des carrières plus courtes, plus de temps partiel, d'exercices ville-hôpital... Les DAM s'attendent aussi à traiter des demandes individuelles plus nombreuses sur la rémunération. De plus, ils reconnaissent que l'exercice territorial, partagé entre sites ou établissements peut être attractif, mais a ses limites en nombre de sites, le bi-site étant retenu comme raisonnable. La permanence des soins, moins attractive, est à alléger. Puis, ils ont conscience que les établissements en difficulté devront être très innovants pour attirer les médecins, d'autant plus lorsqu'ils ne disposent pas d'un plateau technique complet. Il faudra alors s'attacher à actionner un ensemble de leviers pour tenter de répondre aux nouvelles attentes : proposer des projets de recherche, d'encadrement et d'enseignement, assurer un accompagnement psychologique et un soutien pour le management des équipes, travailler sur des éléments de différenciation (qualité de l'accueil, places en crèche, aide à la recherche de logement, valorisation des avantages liés aux congés et RTT, ...), élaborer un projet social avec le personnel médical... La conduite de projets peut intéresser les jeunes médecins, qui s'impliquent et découvrent l'hôpital par la gestion de projets. C'est une façon pratique de commencer à s'investir dans la vie hospitalière et de mieux la comprendre. Afin de développer les organisations basées sur la qualité des relations humaines plébiscitées par les jeunes générations, il peut être bienvenu de

favoriser les moments de convivialité, par exemple en organisant une soirée barbecue avec les internes ou des moments conviviaux entre médecins, également au niveau territorial. Enfin, dans le but de toucher les jeunes générations, il semble indispensable que l'établissement soit présent sur les canaux de communication adéquats, les réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter, Instagram, tchats en ligne....

Un sujet actuellement débattu est à considérer lorsque l'on étudie l'évolution des attentes des médecins et de la gestion des personnels médicaux : il s'agit de la place des médecins dans la gouvernance hospitalière. Les médecins rencontrés dans le cadre de ce mémoire ont exprimé des avis partagés quant à la place qu'ils envisagent pour leurs pairs dans la gouvernance des hôpitaux. Plusieurs aimeraient renforcer le rôle de la CME, en donnant davantage leur avis sur des sujets stratégiques pour l'établissement. Ils s'intéressent au pilotage de l'établissement, mais reconnaissent qu'ils ont peu de temps à y consacrer, car parallèlement ils souhaitent limiter ce temps hors clinique pour offrir plus de disponibilité aux patients. Ils sont unanimes pour dire qu'ils n'imaginent pas de médecins exercer dans les directions. Des médecins plus expérimentés dans le fonctionnement de la vie hospitalière considèrent même que l'avenir de l'hôpital ne repose pas sur la participation des médecins à la gouvernance. En effet, ils estiment que les médecins doivent participer aux mesures visant à offrir des conditions de travail et de prise en charge de qualité, mais pas à prendre des décisions relevant du pilotage de l'établissement, pour lesquelles ils ne sont pas formés. Il semblerait que la vision des médecins sur leur place dans la gouvernance évolue avec leur investissement et leur niveau de connaissance de l'institution.

« Le chef d'établissement est le commandant du porte-avions Charles de Gaulle et les chefs de pôle sont les pilotes de chasse. » (un chef de pôle en CHU).

Les DAM rencontrés sont autant partagés que les médecins sur le sujet de la place des médecins dans la gouvernance. D'une part, certains DAM estiment que la place des médecins dans la gouvernance et la prise de décisions est essentielle. Ils jugent le rôle du PCME très important et pensent qu'une relation de confiance et une bonne entente avec le directeur et le DAM sont indispensables au bon fonctionnement de l'établissement. Le PCME doit être reconnu auprès de la communauté médicale. Ils favorisent la codécision avec le PCME et les chefs de pôle sur le cœur d'activité, la stratégie, estiment leur présence essentielle dans les projets et les présentations à l'ARS. Certains envisagent aussi l'intégration de médecins au comité de direction. La richesse de la diversité des points de vue et l'apport d'expertises différentes apportent une complémentarité utile à la prise de décisions. Enfin, s'ils estiment que donner plus de pouvoir aux médecins

n'enlève pas de pouvoir au directeur, ils rappellent que la responsabilité juridique reste au directeur, qui rend compte personnellement à l'ARS.

D'autre part, si certains DAM n'ont pas de réticence à « partager le pouvoir » avec les médecins (dans la définition des priorités notamment), ils estiment qu'il est peu probable que ceux-ci s'investissent réellement dans la gouvernance. En effet, ils pensent que les médecins sont peu intéressés par ces missions, peu enclins à arbitrer entre leurs confrères et qu'ils laisseront le soin à la direction d'assumer cette fonction. Des DAM rencontrés jugent que l'investissement dans la gouvernance dépendra de la dynamique de l'établissement et de sa taille universitaire. Enfin, ils pensent qu'avec la loi dite RIST du 26 avril 2021, déclinée du Ségur de la santé et l'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, des changements sont à prévoir dans les circuits de décisions des médecins. L'implication des chefs de service sera notamment renforcée, probablement au détriment de la place des chefs de pôle. Une instruction sur la gouvernance médicale « Claris » est attendue.

Ainsi, face aux difficultés de recrutement liées à la démographie médicale et aux nouvelles attentes des médecins, l'enjeu pour les hôpitaux publics sera d'optimiser l'attractivité et la fidélisation des compétences médicales, dans un contexte d'augmentation de la demande et de maîtrise des coûts.

2.2 Faire évoluer les affaires médicales en s'inspirant d'acteurs différents de l'hôpital public.

Ouvrir l'horizon au-delà des hôpitaux publics, permet d'entrevoir de nouvelles possibilités, de surcroît si l'on s'intéresse aux établissements privés de santé (2.2.1) et aux entreprises privées en recherche d'attractivité et de fidélisation des talents (2.2.2)

2.2.1 Dans les établissements privés de santé, la gestion des affaires médicales évolue aussi, entre centralisation et décentralisation et l'intégration progressive des établissements au sein de groupe.

Afin d'élargir cette étude du métier de DAM, nous sommes allés à la rencontre des homologues des DAM en établissements privés de santé (un groupe privé rassemblant plus de quarante cliniques, une association à but non lucratif regroupant plusieurs cliniques et une clinique autonome). Ces responsables en charge des affaires médicales sont « directeurs du recrutement médical », « directeurs des affaires médicales » ou

« médecins-directeurs de clinique ». Leurs formations sont diverses (écoles de commerce, facultés, études de médecine...) et leurs parcours allient souvent des expériences dans les secteurs public et privé, groupement d'intérêt économique (GIE), groupement de coopération sanitaire (GCS)... La place des dirigeants dans le secteur privé est ouverte à tout type de profils. Au sujet de leur périmètre d'action et de l'organisation de leurs missions, plusieurs fonctionnements existent : une gestion des affaires médicales entièrement centralisée au niveau du groupe privé ; une gestion de certaines missions au niveau du groupe, associée à une décentralisation du recrutement au niveau des directeurs de clinique et des médecins ; et enfin, pour les cliniques autonomes qui n'ont pas été absorbées au sein d'un groupe, une gestion au niveau du directeur de la clinique directement.

Dans le cas d'un groupe privé de cliniques non lucratif, la gestion des affaires médicales est entièrement centralisée au niveau du groupe au sein d'une direction de la stratégie médicale regroupant la gestion des recrutements, la politique salariale, les internes et externes, la recherche clinique, les mises à disposition, les consultations avancées, mais aussi les études médico-économiques et l'analyse des projets médicaux en lien avec un directeur médical. En effet, la direction de la stratégie médicale est ici fusionnée avec la gestion des projets médicaux et gérée en binôme avec un médecin - directeur médical, chargé des projets médicaux. Le relais au sein des établissements du groupe est assuré par les assistantes de direction qui s'occupent des contrats à durée déterminée (CDD) et des congés. Les contrats à durée indéterminée (CDI) sont établis au niveau du groupe, avec le soutien des agents de la DRH qui gèrent aussi les dossiers des médecins.

Dans un autre groupe privé lucratif, certaines missions sont gérées au niveau du groupe, et d'autres sont décentralisées au niveau des directeurs de clinique et des médecins. La gestion des affaires médicales opère donc à deux niveaux distincts. La direction du recrutement médical est en charge de définir la politique du recrutement médical et la digitalisation des process de recrutement (outils et pilotage), de l'attractivité et de la fidélisation, de donner aux directeurs généraux les moyens de la mise en œuvre de cette politique au sein des établissements, de coordonner la communication du recrutement corporate au niveau médical et de porter le projet d'intranet médical. La direction assure également la négociation des tarifs avec les cabinets de recrutement et les annonceurs, le déploiement d'outils pour les cliniques et le développement d'un site carrière sur le site corporate. Quelques médecins « VIP » sont reçus au niveau de la direction du groupe, afin d'optimiser les chances de les recruter et de faire des liens attractifs et synergiques entre les établissements. Le recrutement des médecins est décentralisé au niveau des directeurs des établissements qui recrutent en fonction du projet médical et de l'équipe

sur le site. La règle est que les médecins cooptent leurs confrères via leurs réseaux. Lorsque les recrutements par les cliniques sont difficiles (remplacement, successeurs de spécialité, difficulté d'attractivité, mission de service public à assurer), le groupe peut venir en soutien en communiquant, en activant le réseau, notamment via le syndicat de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ou via la participation à des congrès médicaux. Le groupe peut aussi mutualiser les ressources disponibles et mieux faire connaître les besoins entre cliniques pour favoriser la mobilité interne.

Un autre modèle existe avec la gestion par le directeur de la clinique, sans responsable des affaires médicales dédié. La cooptation entre médecins est la source première de recrutement. Lorsque des spécialités ne sont pas représentées au sein de la clinique et qu'un recrutement est souhaité, c'est au PDG, au PCME ou à toute bonne volonté d'activer ses réseaux. Cette méthode est préférée à celle de recourir à des sociétés de chasseurs de têtes, qui est jugée comme plus compliquée et moins efficace. Un « bon médecin » à recruter est un médecin en sortie de clinicat au CHU.

Un ensemble d'atouts attirent les médecins en cliniques privées. Les médecins apprécient notamment que les circuits de décision soient plus courts qu'à l'hôpital public, que l'accès au décideur soit plus aisé et que la gestion administrative moins lourde. A titre d'illustration, pour l'acquisition d'un matériel de coelioscopie estimé à 150 000 euros, deux à trois semaines suffisent. Certains recherchent ainsi la qualité de fonctionnement, la taille humaine et la réactivité. Le rôle d'entrepreneur est aussi attrayant : être « son propre patron », développer sa clientèle et être intéressé au résultat, bénéficier d'une exclusivité sur son activité et avoir la possibilité de céder sa place à un autre médecin, choisir la personne en charge du secrétariat et en changer si souhaité. Les médecins installés en libéral sont liés par un contrat d'exercice avec les cliniques et il n'y a pas de rapport hiérarchique. Seulement quelques-uns sont salariés (soins de suite et de réadaptation - SSR, missions de service public...). Les responsables rencontrés reconnaissent d'ailleurs être moins à l'aise avec les profils salariés qui leur apportent des difficultés pour stabiliser l'équipe ou manager les médecins. En ce qui concerne les contraintes soulevées par les médecins dans le privé par rapport au public, on retrouve le souci de devoir « s'occuper de tout », de gérer son propre secrétariat, de se sentir seul devant le malade plutôt qu'au côté d'une institution, d'assumer seul un éventuel procès... Mieux accompagner les professionnels dans ces problématiques pourrait être un levier d'attractivité pour le secteur privé. Enfin, en fonction de la taille des équipes, assurer les gardes de 24 heures est parfois perçu comme plus lourd qu'à l'hôpital public.

A l'instar de ce que les DAM ont identifié à l'hôpital public, les mentalités et les attentes des médecins évoluent aussi au sein des hôpitaux privés. Auparavant, les médecins recherchaient une belle clinique, où ils seraient seuls dans leur spécialité pour capter le maximum de clientèle et travailler beaucoup. Aujourd'hui, les jeunes médecins visent préférentiellement à gagner leur vie sans contraintes, sans travailler trop tard, avec du temps et des vacances fréquentes. Les attentes sur l'équilibre de vie et sur la rémunération sont plus importantes que par le passé. La notion d'esprit d'équipe est moins présente, plus individualiste. Les cliniques tentent de s'adapter à ces nouvelles attentes, mais reconnaissent de vraies difficultés pour remplacer les médecins en fin de carrière. Au départ d'un médecin, il est parfois nécessaire d'en recruter deux ou trois pour maintenir un même niveau d'activité. La GPEC et les plans d'attractivité et de fidélisation sont donc essentiels pour assurer une bonne planification de ces départs et lutter contre les difficultés de recrutement. En plus des tensions sur les ressources médicales, la GRH devient également un sujet stratégique, par exemple avec les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE). Cette tension sur les ressources entraîne plus de bienveillance et d'intérêt des médecins envers ces professions, ce qui favorise les interactions entre professions. Par ailleurs, il y a une vingtaine d'années, la grande majorité des praticiens étaient actionnaires. Aujourd'hui, les médecins sont de moins en moins intéressés pour entrer au capital et avec l'arrivée des groupes, l'actionnariat est plus compliqué et plus cher. Les débats sur la gouvernance et l'investissement dans la vie des établissements se rapprochent. A l'instar de ce qui existe dans les GHT, dans certains cas, une CME est en place dans chaque établissement du groupe, ainsi qu'une commission médicale de centrale (CMC) avec un président au niveau du groupe. Notons que le directeur médical en charge des projets médicaux et le Président de la CMC participent au comité de direction. Ailleurs, un comité de direction médical, regroupant quelques médecins de chaque clinique, est en charge du projet médical (stratégie médicale, coopérations avec le public, consultations avancées...) et de son animation. La dynamique qu'on y observe est relative en fonction de ceux qui participent – tous les médecins sont invités à la CME – mais les sujets ne sont pas toujours pertinents pour toutes les spécialités. Les sujets peuvent y être abordés en toute transparence, par exemple les rémunérations, et les médecins participent aux décisions. La place des médecins dans la gouvernance dans le secteur privé semble avoir trouvé un bon équilibre.

Le métier de responsable des affaires médicales évolue aussi beaucoup dans le privé avec le développement de l'intégration des établissements au sein de groupes. L'offre se concentre progressivement autour de grands groupes (RAMSAY, ELSAN et VIVALTO Santé...) aux politiques de recrutement médical différentes. A l'instar des GHT, les groupes opèrent des actions de mutualisation des activités médicales et administratives

entre établissements. Des pôles d'excellence sont constitués, en regroupant les activités. Des consultations avancées et des activités opératoires avancées en ambulatoire amènent les médecins à exercer sur plusieurs établissements pour assurer un volume suffisant. La mobilité est parfois difficile pour les médecins. Aussi pour faciliter l'exercice, les outils se développent et les pratiques se numérisent. A titre d'exemple, un outil développé au sein d'un groupe privé permet, à tous, de savoir quels médecins sont « chassés » et par qui. Une CVthèque est en ligne pour favoriser la cooptation. Les groupes essaient d'être visionnaires sur les nouvelles technologies, l'intelligence artificielle (IA), les projets architecturaux immobiliers rendus possibles par la libération des locaux vidés par l'ambulatoire, les plateaux techniques se densifient en réponse à la concurrence des établissements des territoires...

Si l'on s'intéresse aux perspectives d'avenir et au sujet des évolutions législatives, les professionnels du privé rencontrés estiment que les mesures du Ségur n'auront que peu de retentissement sur le secteur privé. En effet, suite aux revalorisations salariales des grilles du public, les médecins hésitants se sont probablement engagés dans le secteur public. Cependant, les responsables rencontrés s'attendent à ce que les conditions de travail dans le public ne changent pas fondamentalement et que les attentes stimulées par le Ségur entraînent au contraire un effet de désillusion. A l'avenir, pour répondre aux nouvelles attentes et faire face à la pénurie médicale, les responsables des affaires médicales du privé misent sur un développement fort de l'exercice mixte qui offrira aux professionnels les atouts des deux secteurs. Il faudra imaginer comment s'allier et se coordonner pour construire les passerelles et les coopérations. S'ouvrir sur le territoire semble inévitable, avec le réseau de ville, le réseau de soins primaires... reste à définir comment, avec qui et sur quels sujets. Pour cela, une meilleure connaissance des acteurs serait profitable. Pour libérer du temps médical, les travaux sur la simplification administrative, la délégation de tâches médicales (notamment avec le développement des infirmiers de pratiques avancées – IPA), ainsi que le déploiement de nouveaux outils portés par la dynamique des startups (tels que Doctolib, Trello, la visio...) se poursuivront.

Ainsi, mieux comprendre le fonctionnement des établissements privés permet à la fois de s'inspirer d'éventuelles bonnes pratiques, mais aussi de mieux se connaître car l'avenir nous amènera fort probablement à travailler de façon plus rapprochée. Il faudra inventer ensemble les solutions pour assurer les soins des patients, tout en répondant aux nouvelles attentes des médecins dans un contexte de pénurie médicale.

D'autres secteurs peinent à attirer les talents. Penchons-nous désormais sur les stratégies développées par les entreprises pour recruter et fidéliser sur des métiers en tension.

2.2.2 Les bonnes pratiques des entreprises peuvent être des sources d'inspiration pour attirer et fidéliser les médecins à l'hôpital.

Hôpitaux comme entreprises, les difficultés rencontrées pour attirer et fidéliser les ressources humaines, dont le recrutement est sous tension, peuvent être similaires. Ainsi, il semble intéressant d'étudier les actions mises en place par les entreprises privées, comme source d'inspiration.

Le premier constat que partagent les hôpitaux et les entreprises dans leur gestion des ressources humaines est le suivant : la rémunération est un élément important d'attractivité mais elle ne suffit pas. En effet, plusieurs éléments complémentaires entrent également en considération dans le choix de la structure professionnelle : l'opportunité d'enrichir son expérience et de continuer à se former, la QVT et l'environnement de travail, un bon équilibre vie professionnelle/vie privée, une personnalisation des parcours...

Un premier ensemble de mesures vise à ce que chaque professionnel de l'hôpital partage la culture et les valeurs de l'établissement. Il faut tout d'abord définir ces valeurs collectivement et les faire connaître. Puis, le projet institutionnel est élaboré en prenant ces valeurs pour socle et en intégrant le plus possible les professionnels. Des méthodes inspirées du lean santé québécois permettent de synthétiser en une page le projet d'établissement : les valeurs, le « vrai nord », les piliers de développement pour atteindre cet objectif cible et les actions prioritaires à mener dans l'année. Chaque agent est sensibilisé à ce projet collectif clair et concis, et la mission de chacun est valorisée en s'intégrant dans le projet commun institutionnel.

En cohérence avec ce travail, l'établissement peut utilement entreprendre de valoriser sa « marque employeur » avec une politique de communication dynamique et moderne, pour favoriser l'attractivité, en développant l'image de marque et la réputation de l'établissement. De plus en plus d'hôpitaux se sont lancés dans cette démarche marketing. Avec la mise en place de campagnes de communication ciblées vers les internes (« Adopte un PU-PH » et « Céline choisit son internat »), le CHU d'Angers est passé en 2016 de la 24^{ème} place dans le classement des CHU choisis par les internes à la 13^{ème} place, en seulement un an. Une fois les professionnels recrutés, il peut être pertinent de s'appliquer à organiser un circuit d'intégration des médecins. Cela passe, par exemple, par la mise en place d'un système de parrains ou de marraines chargés de faciliter l'intégration du nouvel arrivant, ou encore l'instauration d'un accompagnement personnalisé dans les premiers mois de la prise de poste. Puis, afin d'ouvrir les horizons du personnel pour innover, prendre du recul sur le quotidien, s'inspirer d'autres cultures, il peut être intéressant de faire régulièrement intervenir des personnalités à témoigner.

Aussi, selon une enquête de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) menée en 2013, 87% des salariés estiment que l'intérêt du travail est lié à la QVT. Afin de monitorer la qualité de vie au travail, il est nécessaire d'évaluer fréquemment la satisfaction des médecins. Des applications existent pour suivre l'état de bien-être des agents. Le CH de Troyes a mis en place un outil et suit les résultats de ces sondages au fil de l'eau. Le CHU de Montpellier développe actuellement un jeu d'évaluation de l'encadrement par les équipes.

Une autre mesure de QVT consiste à favoriser la convivialité et la cohésion en organisant des temps de rencontres et d'échanges, des activités entre médecins, en y intégrant la direction. Ces moments passent, par exemple, par l'organisation de cérémonies annuelles de remise de médailles du travail ou de départs en retraite, ou encore de valorisation de hauts potentiels comme la récompense de jeunes chercheurs. Le CHU de Reims a, par exemple, organisé en 2017 une « Semaine des Talents » qui met à l'honneur sur les différents sites, les meilleurs projets et initiatives portés par les professionnels. Par ailleurs, pour offrir des bulles de respiration aux équipes, il est important de soigner l'environnement de travail, notamment avec des espaces et du mobilier moins impersonnels, en s'inspirant d'univers différents du milieu hospitalier. Enfin, afin de favoriser le développement de projets de QVT portés par les médecins, il peut être opportun de proposer à la CME une sous-commission « QVT et attractivité médicale » et si possible y dédier un budget pour mettre en œuvre des actions du groupe de travail.

Enfin, quelques mesures de management issues du secteur des entreprises peuvent être utilement déployées à l'hôpital. Celles-ci passent par exemple par la mise en place d'un accès facilité des médecins à la direction de l'établissement, en organisant des temps conviviaux, ouverts et informels. Cela peut également prendre la forme de formations communes interprofessionnelles médecins/directions. Par exemple, le CH Eure-Seine organise des séminaires de direction et des formations intégrant les responsables médicaux et l'équipe de direction. Enfin, il peut être bienvenu de communiquer régulièrement et avec pédagogie aux médecins en organisant des rencontres institutionnelles de présentation de l'avancement des grands projets de l'hôpital, de la situation financière... A titre d'illustration, le CHU de Rouen organise plusieurs fois par an des amphithéâtres d'actualité institutionnelle ouverts aux cadres et aux médecins.

Ainsi, à partir des perspectives envisagées pour l'avenir et des sources d'inspiration étudiées, tentons désormais de rassembler un ensemble de préconisations qui pourraient utilement accompagner le DAM pour relever les défis de la prochaine décennie.

3 Face à ces constats, des préconisations pour accompagner les évolutions du métier sont envisagées par les directeurs des affaires médicales.

A partir des lectures et des entretiens menés avec les professionnels dans le cadre de ce mémoire, isolons une synthèse de préconisations visant à définir des pistes pour améliorer le fonctionnement interne des directions des affaires médicales (3.1) et des clés pour attirer, fidéliser, accompagner les parcours et favoriser l'investissement des médecins dans la vie institutionnelle (3.2). Ces actions n'ont pas vocation à être uniquement portées par des DAM.

3.1 Des pistes pour améliorer le fonctionnement interne des directions des affaires médicales.

Pour améliorer le fonctionnement interne des DAM, plusieurs pistes sont envisageables. Elles visent à faire évoluer la formation et les compétences des directions des affaires médicales (3.1.1), faciliter l'exercice du DAM (3.1.2) et travailler en coopération en développant les partenariats sur le territoire (3.1.3).

3.1.1 Faire évoluer la formation et les compétences des directions des affaires médicales.

Les équipes des affaires médicales ne sont pas toujours assez formées et peu de moyens sont investis sur la formation de ces agents. Ce métier étant spécifique à hôpital public, il n'existe pas de formation de base de gestionnaire affaires médicales car le volume de formation est peu important et les logiciels de paie sont différents selon les établissements.

Concernant l'équipe de la DAM :

Objectifs	Actions
- Améliorer la technicité des équipes DAM, s'adapter à l'évolution des souhaits des médecins et aux évolutions de la réglementation.	- Proposer des formations spécifiques à destination des professionnels DAM (catégorie C y compris), l'offre de formation DAM étant très peu fournie aujourd'hui. - Développer les échanges entre équipes DAM

<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'évolution de la DAM vers une direction « prestataire de service » (moins administrative), avec un service individualisé de conseils, de réponses, de parcours. 	<p>d'établissements différents, pour favoriser la formation entre pairs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer de nouveaux outils de gestion (par exemple la gestion du temps de travail informatisé) pour libérer du temps à valeur ajoutée sur le recrutement, l'attractivité, la stratégie... - Etudier les nouveaux outils prédictifs de « GRH augmentée » qui permettent d'anticiper les départs, évaluer les risques psychosociaux (RPS), les maladies professionnelles, recruter...
<ul style="list-style-type: none"> - Mieux faire connaître les missions et interlocuteurs de la DAM. - Faire évoluer l'image de la DAM auprès des médecins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer l'organigramme de la DAM à un livret d'accueil remis à chaque médecin à son arrivée. - Elaborer des livrets - modes d'emploi par statut et par niveau de responsabilités. - Organiser des rencontres une fois par semestre en amphithéâtre avec l'ensemble des médecins de l'établissement pour présenter des sujets thématiques, faire connaître l'équipe de la DAM et ses missions. - Généraliser les entretiens individuels avec la DAM.

Plus spécifiquement pour le directeur des affaires médicales :

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité de négociations des contrats de recrutement. - Avoir une fine connaissance des activités médicales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la formation aux affaires médicales à l'EHESP en acquérant des compétences particulières en négociation, une meilleure connaissance des activités médicales. - Développer les formations en distanciel pour permettre à tous d'y assister.

3.1.2 Faciliter l'exercice du métier de DAM.

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> - Simplifier la gestion des situations individuelles (conflits de personnes, personnalités particulières inaptés au travail en équipe...) et renforcer l'appui à la gestion des cas difficiles (ARS, CNG). - Donner des outils aux DAM pour lutter contre les difficultés de remplacement. - Favoriser la cooptation entre médecins comme voie de recrutement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recourir aux médiateurs de la commission régionale et étudier la possibilité de mettre en place une cellule d'écoute et de soutien avec des médecins médiateurs pour les situations individuelles. - Renforcer le rôle du CNG et les outils pour aider les établissements dans les situations disciplinaires compliquées. - Créer des agréments pour les sociétés d'intérim médical (CNG) et créer des pools régionaux de praticiens hospitaliers remplaçants (ARS). - Donner plus d'autonomie aux DAM avec des capacités indemnitaires liées à la démographie médicale des régions. - Mettre à disposition des médecins du GHT une CVthèque des candidats potentiels.
<ul style="list-style-type: none"> - Assurer des relais de proximité en direction commune. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un référent local DAM en proximité des médecins.
<ul style="list-style-type: none"> - S'entourer de professionnels spécialisés. 	<ul style="list-style-type: none"> - S'entourer d'avocats spécialisés dans les affaires médicales. - Professionnaliser les approches (avec des psychologues si identification de RPS). - Associer la DAM à une direction des projets médicaux (pilotée par un médecin) ? - Proposer la participation du PCME au CODIR.

3.1.3 Travailler en coopération, en développant les partenariats sur le territoire.

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> - Développer les partenariats territoriaux, notamment avec les GHT, mais également avec les structures publiques/privées, sanitaires et médico-sociales, la médecine de ville et les CPTS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inventer de nouvelles passerelles public/privé/ville, créer un comité départemental avec toutes les fédérations représentées pour mieux travailler ensemble. - Stimuler une plus grande implication des médecins des CH au sein du CHU de référence (travaux communs, connaissance des équipes) et du CHU vers les CH lorsque c'est possible. - Participer aux travaux des CPTS.
<ul style="list-style-type: none"> - Développer les coopérations entre établissements publics sur les postes partagés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter très tôt les assistants spécialistes régionaux vers les établissements périphériques pour découvrir les établissements (avantage pour le CHU : adressage des patients vers le CHU, plutôt que vers les établissements privés). - Aborder la question du territoire dès la formation des médecins car l'exercice sera partagé, au moins sur un temps de la carrière.
<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en réseau de DAM. - Participer activement au sein de la DAM de GHT. 	<ul style="list-style-type: none"> - S'intégrer dans un réseau de DAM. - Partager les bonnes pratiques et les outils performants entre établissements, sécuriser les processus RH. - Harmoniser les pratiques au sein du GHT.

3.2 Des clés pour attirer, fidéliser, accompagner les parcours et favoriser l'investissement des médecins dans la vie institutionnelle.

Etudions désormais des pistes d'actions pour renforcer l'attractivité et la fidélisation des compétences (3.2.1), accompagner les parcours des médecins (3.2.2) et favoriser leur investissement dans la vie institutionnelle (3.2.3).

3.2.1 Renforcer l'attractivité et la fidélisation des compétences.

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> - Travailler sur la différenciation et valoriser ses atouts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner l'installation (logement, accueil des enfants en crèche, kit d'accueil, aide aux tâches administratives pour les praticiens étrangers, ouverture d'une salle de garde, d'une salle de sport...) - Améliorer les conditions d'accueil et d'intégration dans l'équipe (réunion de présentation de l'institution pour les nouveaux praticiens, informations pratiques, livret d'accueil, accueil par le chef de service et communication sur l'arrivée...). - Proposer une aide à la recherche clinique, valoriser la possibilité d'enseigner, participer à des projets scientifiques stimulants. - Mettre en avant les plus-values de l'hôpital public et donner du sens à l'engagement : comment l'hôpital répond aux nouvelles attentes, les congés, les RTT, la formation, la pluridisciplinarité, les activités variées, la possibilité d'exercice multisite, l'exercice ville-hôpital, les différentes primes accessibles (PECH, PET, IESPE)... Présenter les grands projets de l'établissement lors d'amphithéâtres ouverts à tous.
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'environnement matériel et les conditions de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer lorsque possible : place de parking, bureau, équipement informatique, internat confortable, chambres de garde, restauration... - Préférer un système d'information (SI) commun aux

	<p>établissements du département, pour permettre aux praticiens partagés de disposer d'un même outil de travail, de partager les dossiers patients informatisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposer d'un matériel de qualité adapté et d'un plateau technique complet. - Favoriser les espaces et le mobilier moins impersonnels pour créer des bulles de respiration pour le personnel. - Faire intervenir des personnalités pour ouvrir l'horizon. - Libérer du temps pour travailler à la fluidification et à l'organisation des filières de prise en charge. - Veiller à ne pas multiplier les lieux d'exercice des médecins au-delà de deux. - Définir des projets de service structurés et clairs, une politique de qualité et de pertinence des soins. Elaborer un projet managérial et de gouvernance. - Offrir des temps ouverts et informels avec la direction.
<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la QVT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurer des temps informels, organiser des temps de convivialité entre médecins d'un GHT ou plus largement au niveau territorial, par exemple une soirée en présence de tous les médecins arrivés dans l'année et des responsables médicaux, dans un lieu externe à l'hôpital. - Veiller à la qualité de l'ambiance et du travail en équipe, aux relations avec les autres services, la direction... - Veiller le mieux possible au respect du temps de travail et à une meilleure prise en compte vie professionnelle/vie personnelle. - Former les médecins au management participatif, en veillant à identifier les meilleurs profils de managers, qui ne sont pas toujours les meilleurs cliniciens.

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un management de proximité médical avec le développement des entretiens annuels fixant des objectifs individuels à chaque praticien. - Etudier la possibilité de mieux appréhender les risques psychosociaux (application de suivi du bien-être des médecins par exemple) et mettre en place un dispositif de médiation des conflits. - Créer une sous-commission de la CME « QVT et attractivité médicale » avec un budget dédié.
<ul style="list-style-type: none"> - Apporter de la souplesse aux conditions d'exercice en innovant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Etudier la mise en place du télétravail des médecins. - Développer la télémédecine. - Etudier les opportunités offertes par les outils connectés et partagés au sein des territoires (Doctolib, Trello, la visio...). - Donner la possibilité de se former en ligne et par simulation.
<ul style="list-style-type: none"> - Libérer du temps médical. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le recours aux IPA. - Veiller à favoriser les outils informatiques performants. - Travailler à la fluidification des organisations.
<ul style="list-style-type: none"> - Offrir aux internes des perspectives de carrière à l'hôpital public dès l'internat. - Développer une communication spécifique à destination des internes. - Favoriser la communication sur l'accueil et l'internat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter aux internes : « être médecin à l'hôpital public, les statuts, les possibilités de carrière à l'hôpital public ». - Être actif sur les réseaux sociaux. - Organiser la journée d'accueil sur une journée complète en intégrant des présentations le matin, un déjeuner convivial, une activité d'équipe l'après-midi. - Pour animer la vie de l'internat, élire un président de l'internat lors de la journée d'accueil. - Mettre plus en avant le rôle d'écoute et de soutien que peut être le DAM en cas de besoin.

<ul style="list-style-type: none"> - Faire des médecins les premiers promoteurs de leur établissement. - Développer la marque employeur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser à l'enjeu d'image : chacun des médecins est la vitrine de son établissement à l'extérieur. - Mettre en œuvre des actions de « marque employeur » (en lien avec la DRH, à l'échelle du GHT...) : valeurs, projet d'établissement, campagnes de communication adaptées, intégration, parrainage...
<ul style="list-style-type: none"> - Partager la dynamique du plan d'attractivité et de fidélisation des personnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer du soutien de la direction générale, du président de la CME, ainsi que du comité de direction qui contribuera à la mise en œuvre des actions. - Etudier la possibilité d'élargir le plan attractivité et fidélisation au GHT.

3.2.2 Accompagner les parcours des médecins.

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner et suivre les parcours, recueillir le retour de chacun. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les étudiants et internes pendant les études médicales sur le fonctionnement d'un hôpital, leur offrir des projections de parcours et respecter la réglementation pendant les stages. - Mettre en place des entretiens réguliers pour accompagner dans la prise de responsabilités. - Assurer un suivi régulier entre les médecins et la DAM et notamment un mois après la prise de fonction. - Généraliser l'entretien annuel individuel d'objectifs entre le chef de service et le praticien, le chef de pôle et le chef de service, le PCME et le chef de pôle, pour fidéliser les praticiens et les intégrer aux projets institutionnels. - Accompagner l'évolution des parcours décloisonnés des médecins (exercice mixte : public/privé, ville/hôpital, diversification des activités...)

<ul style="list-style-type: none"> - Former en cohérence avec les objectifs du projet médical et l'évolution des métiers (hyperspécialisation des métiers, avancées de la robotique, des nouvelles technologies et de l'IA). - Accompagner le changement lié au management des nouvelles générations. - Faire de la formation une occasion de mieux se connaître. 	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la cohérence des formations des médecins avec le projet de service. - Organiser des formations communes médecins / direction. - Sensibiliser la communauté médicale au fonctionnement, à l'économie et au financement du système de santé. - Former si nécessaire les chirurgiens aux avancées des blocs opératoires (robots, réalité augmentée...), les médecins à l'IA pour le diagnostic, les prescriptions, les pharmaciens à la blockchain, aux robots pour la traçabilité et la pharmacovigilance. - Assurer la professionnalisation des chefs de pôle et des responsables de service, en les formant au management des équipes, formations personnalisées adaptées au profil des praticiens. - Organiser régulièrement un cycle de formation des chefs de service, en regroupant dans une formation commune et par région, une promotion de médecins d'hôpitaux différents.
--	--

3.2.3 Favoriser l'investissement des médecins dans la vie institutionnelle.

Objectifs	Actions
<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'engagement et encourager les initiatives. 	<ul style="list-style-type: none"> - Détecter les « talents » parmi les médecins et leur proposer de s'investir dans la vie institutionnelle. - Confier des projets à de jeunes médecins sans responsabilité institutionnelle pour leur permettre de mieux connaître l'hôpital et s'investir. - Encourager les initiatives en favorisant l'autonomie et en allégeant les lourdeurs de validation dans le développement d'une activité, un projet, une spécialité... - Etudier l'opportunité de favoriser l'investissement des médecins dans un projet d'attractivité médicale de type « Attracted to (H)us » conçu par et pour les médecins du CHU de Strasbourg et primé par la FHF.
<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le suivi des informations de la CME. 	<ul style="list-style-type: none"> - En complément du procès-verbal complet de la CME, diffuser aux médecins un « flash info » format recto-verso, de synthèse.
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître l'investissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser le travail fourni, par exemple en publiant les résultats dans le magazine interne, sur les réseaux sociaux... - Etudier la possibilité d'une prime, de temps dédié à la fonction administrative... - Intéresser financièrement à la qualité, à la quantité de travail, avec un contrôle sur la pertinence des soins. - Organiser une fois par an une cérémonie annuelle de remise de médailles du travail, de départs en retraite, de valorisation des hauts potentiels (jeunes chercheurs)...

Limites

Certains biais peuvent être identifiés dans la réalisation de ce travail de recherche.

Tout d'abord, la temporalité de l'enquête réalisée par questionnaire auprès des DAM est susceptible d'apporter un biais aux résultats. En effet, l'état d'esprit ressenti par les directeurs peut être impacté par une longue période de crise liée à la pandémie de Covid-19. Il est possible que les réponses liées à un état de fatigue ou à un découragement soient plus fréquentes au moment de l'enquête qu'en période habituelle.

De plus, les répondants exerçant en CHU (22% du panel) sont particulièrement bien représentés dans cette étude en raison de la présentation spécifique du questionnaire auprès de la conférence des DAM de CHU au cours de laquelle les membres se sont engagés à participer.

L'absence de cartographie précise sur le corps des directeurs d'hôpital, et plus particulièrement sur les directeurs des affaires médicales, n'a pas permis de confronter les constats soulevés dans l'enquête : nombre de directeurs des affaires médicales en France, attractivité du poste (en sortie d'école, à la mutation), durée moyenne sur un poste de DAM, périmètre du poste... Ces informations auraient notamment permis de déterminer plus précisément le ratio de représentativité du panel des 151 répondants.

Enfin, la représentativité des avis et des points de vue des professionnels exerçant dans le secteur privé est affaiblie par la difficulté à obtenir des échanges avec les professionnels. De plus, afin de multiplier les sources de benchmark et d'inspiration, il aurait été intéressant de discuter avec des responsables des affaires médicales à l'étranger, mais les personnes sollicitées n'ont pas donné suite à mes requêtes.

Conclusion

Apparu vers la fin des années 1960, le métier de directeur des affaires médicales s'est développé progressivement avec l'essor des effectifs médicaux et regroupe aujourd'hui un ensemble de missions techniques, stratégiques et humaines, faisant évoluer la DAM vers une direction « client-fournisseur ». Un changement d'orientation a en effet opéré, les DAM proposant progressivement un service client adapté aux attentes des médecins : besoin d'une meilleure connaissance des missions de la DAM et de communication, d'un accompagnement renforcé des parcours, de gestion des conflits, de bien défendre les intérêts de l'établissement et négocier, de tout mettre en œuvre pour fidéliser les talents et les attirer, d'avoir une bonne connaissance des projets médicaux...

Ces évolutions en font en 2021 un métier polymorphe, aux périmètres et aux conditions d'exercice divers. Le métier de directeur des affaires médicales est en effet un métier exigeant, de plus en plus technique et stratégique, faisant appel à un panel de compétences et de connaissances de gestion, mais également à des qualités relationnelles indispensables à la gestion des ressources humaines. A ce sujet, les DAM ont constaté une évolution positive des relations avec les médecins : ils se sentent de plus en plus reconnus comme les interlocuteurs privilégiés des médecins. Un autre changement significatif a été remarqué par les DAM depuis la mise en place des GHT en 2016, il s'agit de l'accélération des dynamiques de coopération et de l'exercice territorial et de la montée en puissance de la fonction mutualisée de la DAM. Les DAM ont le sentiment que ces changements concernant la gestion des affaires médicales ont dans l'ensemble été bien perçus par la communauté médicale, sans noter de fortes résistances au changement. Si elles reconnaissent que l'exercice s'est complexifié avec le temps, les directions des affaires médicales se sont, elles aussi, adaptées avec souplesse à ces changements.

L'étude des profils des DAM exerçant dans les hôpitaux publics en 2021 révèle des parcours et des conditions d'exercice hétérogènes. Pour réaliser cette photographie et ce diagnostic, un questionnaire a été adressé entre les mois de mai et juillet 2021 à tous les DAM en poste dans un établissement public de santé français. Celui-ci révèle notamment que le métier de DAM est majoritairement féminin, attire tout au long de la carrière et situe sa médiane à 40 ans. Avec seulement 6% de contractuels, la direction des affaires médicales est une direction fonctionnelle gérée par des personnels statutaires. Rares sont les directeurs en charge des affaires médicales uniquement, les DAM cumulant pour 84% d'entre eux plusieurs casquettes. Ils exercent en majorité en direction commune, comme seul directeur des affaires médicales, et favorisent le travail en réseau.

Les sources de satisfaction des DAM sont multiples, mais la plus partagée concerne la richesse des relations humaines. La première contrainte touche aux difficultés de recrutement liées à la démographie médicale. Viennent ensuite les négociations salariales permanentes avec les médecins, les sur-sollicitations et l'exigence d'immédiateté des interlocuteurs. Ainsi, trois DAM sur dix ne recommanderaient pas leur métier.

Si le métier de DAM a connu ces dernières années des évolutions significatives, les DAM devront, dans la décennie à venir, continuer à s'adapter. Les enjeux principaux porteront sur les contraintes liées à la démographie médicale, la territorialisation progressive des métiers, les évolutions législatives et les nouvelles attentes des médecins. On assiste en effet à de profonds changements qui sont appelés à se poursuivre : l'exercice médical s'étend sur les territoires (équipes territoriales, postes partagés, consultations avancées...), la représentation des médecins évolue (CMG, enjeux de gouvernance médicale) et les fonctions de DAM se rapprochent, voire fusionnent au sein des GHT. Les générations Y et Z de médecins font émerger des thématiques collectives de QVT et d'attractivité, de gestion des conflits, de conciliation médicale, de participation aux décisions... Des attentes auxquelles les hôpitaux publics devront répondre, notamment en formant les médecins managers, pour rester attractifs.

En effet, l'enjeu pour les hôpitaux publics et privés sera d'optimiser l'attractivité et la fidélisation des compétences médicales dans un contexte d'augmentation de la demande et de maîtrise des coûts. Le défi sera aussi d'apprendre à mieux se connaître, public, privé et ville, car l'avenir nous amènera à travailler de façon plus rapprochée. Il faudra inventer ensemble les solutions pour assurer les soins des patients, tout en répondant aux nouvelles attentes des médecins, dans un contexte de pénurie médicale. Pour les hôpitaux comme pour les entreprises, les difficultés rencontrées pour attirer et fidéliser les ressources humaines se rapprochent. La rémunération est un élément important d'attractivité, mais plusieurs éléments complémentaires entrent également en considération : l'opportunité d'enrichir son expérience et de continuer à se former, la QVT et l'environnement de travail, une personnalisation des parcours... Les bonnes pratiques issues de l'entreprise sont riches d'inspiration, tout comme celles des DAM en exercice. Toutes ces idées offrent des pistes pour améliorer le fonctionnement interne des directions des affaires médicales et des clés pour attirer, fidéliser, accompagner les parcours et favoriser l'investissement des médecins dans la vie institutionnelle.

Il conviendrait d'élargir la réflexion sur l'attractivité du métier de directeur d'hôpital, qui voit le nombre de candidats aux concours diminuer d'années en années. Les questions de la reconnaissance du métier et de l'amélioration des conditions de travail, dont les nombreuses contraintes ont été mises en lumière au cours de cette recherche, représentent un réel enjeu dans le maintien de la qualité du service public hospitalier.

Bibliographie

Littérature scientifique :

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

GUIBERT G., DE MONTALEMBERT P., VERDIER F., 2011, « Du directeur économe au directeur entrepreneur : l'éveil d'une profession (1960-1983) » dans Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession, p. 29 – 39

HENAFF Q., 2021, « Accord relatif au personnel médical, un bilan certain mais mitigé sur l'attractivité médicale », Revue hospitalière de France, 600, p. 29-35

HOLCMAN R., 2017, « La gouvernance interne de l'hôpital » dans Management hospitalier, p. 207 - 246

OLLIVIER R., BOHIC N., 2018, « Manager dans un cadre réglementaire et un contexte spécifique » dans Le management en santé, p. 143 – 164

PAUGET B., DAMMAK A., 2015, « Les jeunes générations dans l'entreprise : l'exemple de l'hôpital... », Regards 2015/2, 48, p. 185 - 189

SCHWEYER F-X., 2005, « Les carrières des directeurs d'hôpital », Revue française d'administration publique, 116, p. 623 – 638

SCHWEYER F-X., 2006, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », Revue européenne des sciences sociales (XLIV), p. 45 - 60

2010, Les nouveaux défis des professions de santé, Les Tribunes de la santé, 26, Presses de Sciences Po, Revue coéditée par les Éditions de Santé, p. 152

Littérature professionnelle :

BAGUET F, 2015, « Rapport Le Menn, Attirer les médecins à l'hôpital et les garder », *Gestions Hospitalières* [en ligne], n°549 [visité le 08.06.2021], disponible sur Internet : <http://gestions-hospitalieres.fr/attirer-les-medecins-a-lhopital-et-les-garder/>

CALMES G., 2019, « Qualité de vie au travail et attractivité médicale », *Gestions Hospitalières* [en ligne], n°584, [visité le 07.06.2021], disponible sur Internet : <http://gestions-hospitalieres.fr/qualite-de-vie-au-travail-et-attractivite-medicale/>

COPIN J-Y, 2021, « Personnel médical à l'hôpital, Vers l'attractivité retrouvée ? », *Gestions Hospitalières* [en ligne], n°606 [visité le 07.06.2021], disponible sur Internet : <http://gestions-hospitalieres.fr/personnel-medical-a-lhopital/>

GONALONS R., 2020, « Attirer et fidéliser médicaux et paramédicaux, S'inspirer des start-up ? », *Gestions Hospitalières* [en ligne], n°595 [visité le 07.06.2021], disponible sur Internet : <http://gestions-hospitalieres.fr/attirer-et-fideliser-medicaux-et-paramedicaux/>

JEAN A., 2019, « Quelle GRH dans l'hôpital de demain ? », *Gestions Hospitalières* [en ligne], n°582, [visité le 08/06/2021], disponible sur Internet : <http://gestions-hospitalieres.fr/auteurs/jean-amelie-directrice-des-affaires-medicales-et-de-la-strategie-ch-darras/>

« « Marque employeur » à l'hôpital : pourquoi et comment faire ? », *Santé RH* [en ligne], n°101, [visité le 08.08.2021], disponible sur Internet : https://www.sante-rh.fr/-marque-employeur-a-l-hopital-pourquoi-et-comment-faire_679F55853B78B9.html

Littérature grise :

ANGUIS M., BERGEAT M., PISARIK J. et al., mars 2021, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », Les dossiers de la DREES, n° 76

Association des Directeurs d'Hôpital, 2011, Le métier de directeur d'hôpital [Consulté le 29 février 2021]. Disponible à l'adresse : http://www.adh-asso.org/adhneowp/wp-content/uploads/2016/08/GUIDE-DH_2011.pdf

Centre National de Gestion, 2021, Directeurs d'hôpital (DH) Eléments statistiques sur les directeurs d'hôpital statutaires - situation au 1er janvier 2020. [Consulté le 9 juin 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/Doc_Stats_DH2020_VF.pdf

Conseil national de l'ordre des médecins, 2020, Atlas de la démographie médicale en France –situation au 1^{er} janvier 2020 [Consulté le 15 juillet 2021]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. [Consulté le 29 février 2021]. Disponible à l'adresse : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=220>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Professionnels rencontrés et interrogés dans le cadre de ce mémoire

ANNEXE 2 : Questionnaire "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives" adressé à l'ensemble des directrices et directeurs des affaires médicales en poste dans la fonction publique hospitalière (mai/juillet 2021).

ANNEXE 3 : Résultats du questionnaire "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives" adressé à l'ensemble des directrices et directeurs des affaires médicales en poste dans la fonction publique hospitalière (mai/juillet 2021).

ANNEXE 4 : Guide d'entretien utilisé comme support aux échanges avec les professionnels (mai/juillet 2021).

ANNEXE 1 :

Professionnels rencontrés et interrogés dans le cadre de ce mémoire

1) Directeurs des affaires médicales en poste :

CH de Bobigny (AP-HP)

- Mme Aude Martineau, Directrice des affaires médicales [entretien réalisé le 21 mai 2021]

CH Epinal et Remiremont

- Amandine Weber, Directrice des affaires médicales du GHT [entretien réalisé le 30 juin 2021]

CH Eure-Seine Hôpital Evreux Vernon

- Christine Alexandre-Marc, Directrice des affaires médicales [entretien réalisé le 15 juillet 2021]

CH du Mans

- Véronique Jean, Directrice des affaires juridiques, Secrétaire Générale du GHT 72, coopérations et affaires médicales [entretien réalisé le 3 juin 2021]

CHU d'Angers

- Karine Gillette, Directrice adjointe à la direction des affaires médicales – Pôle développement médical [entretien réalisé le 8 juin 2021]

CHU de Rouen

- Vincent Mangot, Directeur des affaires médicales [entretien réalisé le 20 mai 2021]

Pôle santé du Villeneuvois

- Marie-Pascale Gay, Directrice des affaires médicales [entretien réalisé le 27 mai 2021]

EPSM Morbihan (Saint-Avé)

- Sonia Lemarie, Directrice des affaires médicales – Directrice des ressources humaines [entretien réalisé le 16 juin 2021]

EPSM Nouvel Hôpital de Navarre (Evreux)

- Richard Duforeau, Directeur des affaires médicales [entretien réalisé le 28 mai 2021]

2) Ex Directeurs des affaires médicales :

CHU de Tours

- Violaine Mizzi, Direction de la Stratégie, de la Coopération et des Territoires [entretien réalisé le 28 mai 2021]

Cour des comptes

- Julie Maillard-Cadennes, Magistrate [entretien réalisé le 10 juin 2021]

3) Professionnels médicaux :

CH Eure-Seine Hôpital Evreux Vernon

- Dr Florian Andriamirado, praticien hospitalier référent du SAMU27- SMUR Evreux/ Vernon [entretien réalisé le 21 juillet 2021]
- Dr Andrea Fiordaliso, responsable du département d'information médicale [entretien réalisé le 27 mai 2021]
- Gwenaël Gilbert, représentant des internes [entretien réalisé le 18 juin 2021]
- Dr Marine Leflon, assistante spécialiste régionale en gynécologie médicale [entretien réalisé le 21 juin 2021]
- Dr Elise Machevin, gynécologue, cheffe du pôle Femme Mère Enfant [entretien réalisé le 3 juin 2021]

CHU de Rouen

- Pr Loïc Marpeau, gynécologue, ancien Président de CME du CHU de Rouen [entretien réalisé le 4 juin 2021]

4) Professionnels de la fonction hospitalière privée :

Fédération de l'Hospitalisation Privée de Normandie

- Dr Dominique Poels, Président FHP Normandie [entretien réalisé le 14 juin 2021]

Groupe AHNAC (association à but non lucratif)

- Céline Couttenier, DAM [entretien réalisé le 27 mai 2021]

Groupe Vivalto Santé (privé lucratif)

- Laurence Volmier, directrice du recrutement médical groupe [entretien réalisé le 1 juin 2021]

ANNEXE 2 :

Questionnaire "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives" adressé à l'ensemble des directrices et directeurs des affaires médicales en poste dans la fonction publique hospitalière (mai/juillet 2021).

Ce questionnaire, relayé par les réseaux de la FHF, a été adressé aux DAM en poste dans la fonction publique hospitalière, via un questionnaire en ligne accessible du 12 mai au 12 juillet 2021. 151 professionnels ont contribué à ce questionnaire.

Questionnaire "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives"

Ce questionnaire s'adresse aux directrices et directeurs des affaires médicales (DAM) en poste.

L'objectif est d'élaborer une photographie des directrices et directeurs des affaires médicales en 2021 : formation, périmètre des responsabilités, expériences, projection dans le métier...

Merci beaucoup pour votre participation à ce questionnaire, qui alimentera mon mémoire de l'EHESP "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives".

1) Mieux vous connaître :

Je suis :

- Une femme
- Un homme

Votre tranche d'âge :

- 25 – 30 ans
- 31-40 ans
- 41 – 50 ans
- 51 -60 ans
- + 60 ans

Votre statut :

- Statutaire
- Contractuel

Etes-vous diplômé(e) de l'EHESP ? Sinon, merci de préciser votre formation.

- Oui, je suis diplômé(e) de l'EHESP
- Autre :

2) Au sujet de votre poste actuel

Votre établissement d'exercice

- J'exerce en CH - Centre Hospitalier.
- J'exerce en CHU - Centre Hospitalier Universitaire.

- J'exerce dans un établissement de l'AP-HP.
- Autre :

Quel est le périmètre de vos responsabilités, en plus des affaires médicales ?

- + Ressources humaines
- + Recherche clinique
- + Affaires juridiques
- + Affaires générales
- + Directeur de pôle
- + Coopérations territoriales
- + Coopérations internationales
- + Qualité
- + Relations avec les usagers
- + Communication
- Affaires médicales uniquement
- Autre :

Exercez-vous en direction commune ?

- Oui
- Non

En cas de direction commune, combien d'établissements sont concernés ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- +5

Avez-vous des relais sur les établissements concernés par la direction commune ?

- Oui
- Non

Le cas échéant, qui sont ces relais sur les établissements en direction commune ?

- Directeur d'hôpital (DH)
- Attachée d'administration hospitalière (AAH)
- Adjoint des cadres hospitaliers (ACH)
- Adjoint administratif (AA)

Quel est le nombre moyen de relais sur chaque établissement ?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- +6

Au global, quelle est la dimension de la communauté médicale que vous gérez (hors internes) ?

- 1-100 personnes
- 101-500 personnes
- 501-1000 personnes
- +1000 personnes

Quel est la taille de l'équipe en charge des affaires médicales, hors directeur ? *

- 0-5 agents

- 6-10 agents
- 11-15 agents
- 16-20 agents
- +20 agents

Êtes-vous le seul directeur au sein de la DAM ? *

- Oui
- Non

Si vous êtes plusieurs DAM, combien êtes-vous ?

- 2
- 3
- Autre :

Si vous êtes plusieurs DAM, vous êtes... ?

- DAM
- DAM adjoint

Avez-vous intégré un réseau de DAM ? (plusieurs choix possibles) *

- Commission des DAM de CHU
- Groupe de DAM régional
- Groupe de DAM de territoire
- Réseau informel, basé sur mes contacts professionnels
- Aucun et j'aimerais intégrer une communauté de DAM.
- Aucun et cela ne me manque pas.
- Autre :

Qu'est-ce qui vous a attiré sur votre poste actuel ? (plusieurs choix possibles) *

- Je souhaitais exercer en tant que DAM
- La dynamique de l'équipe de direction et de l'établissement en général
- La communauté médicale
- Une situation géographique en accord avec mon projet de vie
- Une opportunité proposée par le chef d'établissement
- Autre :

Conseillerez-vous un poste de DAM à un/e collègue DH ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

3) Au sujet de votre expérience professionnelle

Quelle est la durée de votre expérience en tant que DAM sur l'ensemble de votre carrière ? *

- De 0 à 2 ans
- De 2 à 4 ans
- De 4 à 6 ans
- De 6 à 8 ans
- De 8 à 10 ans
- +10 ans

Quel poste occupiez-vous juste avant votre poste actuel ? *

- Il s'agit de mon premier poste en tant que directeur adjoint.
- J'étais DAM dans un autre hôpital.

- J'étais en poste sur une autre direction hospitalière (dans mon établissement ou un autre établissement public de santé).
- J'étais en charge des affaires médicales en établissement sanitaire privé.
- J'étais en poste dans une autre direction du sanitaire privé.
- Autre :

A quelle échéance envisagez-vous votre prochain poste ? *

- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- +2 ans
- Je n'envisage pas de prochain poste.
- Je ne sais pas.

Au sujet de votre prochain poste : *

- Je n'envisage pas de quitter mon poste actuel.
- J'aimerais être DAM dans un autre hôpital.
- J'aimerais exercer sur une autre direction fonctionnelle.
- J'envisage un poste de chef d'établissement.
- J'envisage un poste ailleurs qu'à l'hôpital.
- Je ferai valoir mes droits à la retraite dans les prochains mois.
- Je ne sais pas.

4) Votre formation

Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment formé à votre prise de poste de DAM ? *

- Oui
- Non

Comment entretenez-vous vos connaissances ? *

- Journal Officiel
- Analyses FHF
- Réunions DAM de GHT
- Réunions DAM régionales
- Réunions DAM de CHU
- Réseau professionnel
- Formation continue
- Autre :

Arrivez-vous facilement à vous libérer pour suivre des actions de formation continue en présentiel ? *

- Oui
- Non
- Non concerné

Voyez-vous un intérêt au développement de formations en distanciel pour actualiser vos connaissances ? *

- Oui
- Non
- Non concerné

5) Vos principales difficultés et vos sources de satisfaction

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre métier de DAM ?

(plusieurs choix possibles) *

- Relations conflictuelles
- Déséquilibre vie professionnelle / vie privée
- Perte de sens
- Manque de moyens pour accomplir sa mission
- Manque de compétences, d'expertise affaires médicales de l'équipe DAM
- Turnover de l'équipe de la DAM
- Manque de soutien institutionnel/collègues/chef...
- Difficultés de recrutement liées à la démographie médicale
- Concurrence accrue (des établissements privés ou publics)
- Instabilité/turnover des équipes médicales
- Lacunes dans les coopérations inter-hospitalières
- Manque de visibilité sur l'avenir de la fonction de DAM, notamment au sein des GHT
- Réglementation : changements continus, manque de clarté
- Sur-sollicitation, succession d'urgences à traiter, exigence d'immédiateté des interlocuteurs
- Négociations salariales permanentes
- Pression ressentie
- Autre :

Quelles sont vos sources de satisfaction dans votre métier de DAM ? (plusieurs choix possibles) *

- Richesse des relations humaines
- Sentiment d'utilité
- Fierté de contribuer au service public hospitalier
- Bonne entente avec les collègues
- Bonne entente avec l'équipe managée
- Recruter des personnels compétents
- Accompagner les professionnels dans leur carrière et la définition de leurs projets
- Fidéliser les professionnels
- Projets stimulants
- Construire l'avenir
- Remerciements de la communauté médicale
- Participer à l'amélioration des conditions de travail
- Tenir le rôle d'intermédiaire entre les médecins et la Direction
- Autre :

6) Votre état d'esprit du moment...

Dans quel état d'esprit vous sentez-vous actuellement ? (plusieurs choix possibles) *

- Motivé
- Enthousiaste
- Confiant
- Épanoui
- Impliqué
- Découragé
- Anxieux
- Fatigué
- Stressé
- Sous l'eau
- Incompris

A quand remonte la dernière fois que vous avez eu envie de baisser les bras ? *

- Aujourd'hui
- Cette semaine
- La semaine dernière
- Le mois dernier
- Avant
- Jamais

Et pourquoi ?

- Votre réponse

A quand remonte la dernière fois que vous avez été satisfait de votre travail ? *

- Aujourd'hui
- Cette semaine
- La semaine dernière
- Le mois dernier
- Avant
- Je n'ai aucun souvenir en tête

Et pourquoi ?

- Votre réponse

Avez-vous un commentaire à partager ?

- Votre réponse

Si vous souhaitez me laisser vos coordonnées pour un entretien plus détaillé, c'est maintenant...

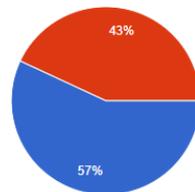
- Votre réponse

Merci pour votre participation !

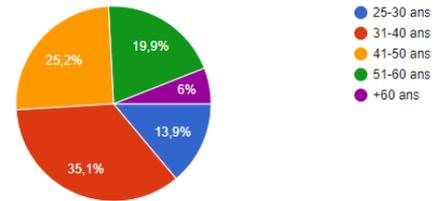
ANNEXE 3 :

Résultats du questionnaire "Être directeur des affaires médicales en 2030, état des lieux et perspectives" adressé à l'ensemble des directrices et directeurs des affaires médicales en poste dans la fonction publique hospitalière (mai/juillet 2021).

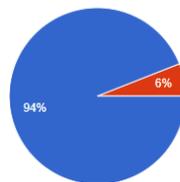
Vous êtes
151 réponses



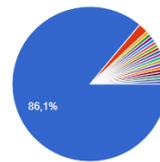
Votre tranche d'âge
151 réponses



Votre statut
151 réponses

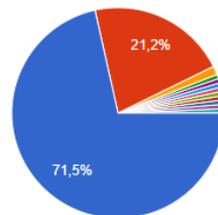


Etes-vous diplômé(e) de l'EHESP - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ? Sinon, merci de préciser votre formation.
151 réponses



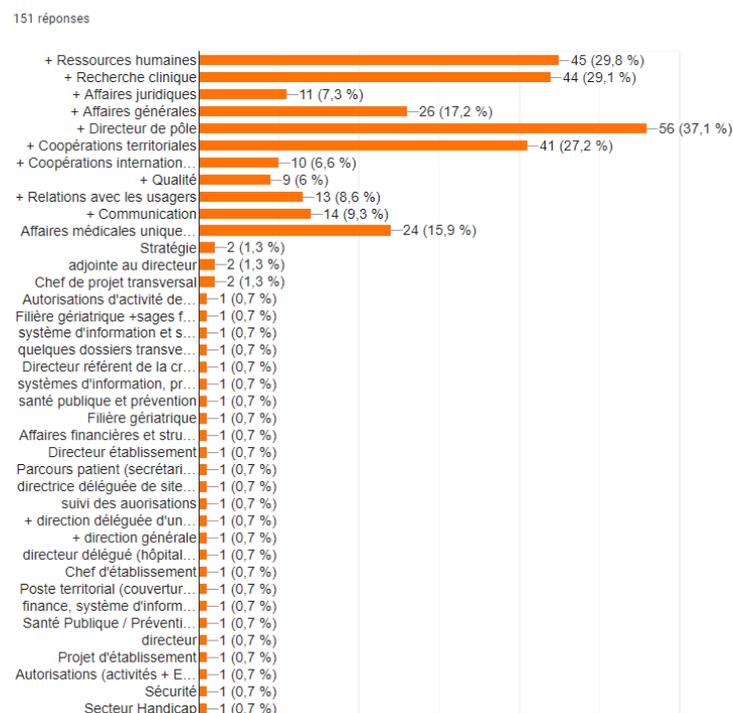
Oui, je suis diplômé(e) de l'EHESP
 Tour extérieur
 BTS
 Master DROIT et GRH
 DEA droit et histoire de l'art Panthéon...
 Attachée d'Administration Hospitalière...
 Titulaire du grade d'AAH sur une fonct...
 M2 MOSS MH

Votre établissement d'exercice
151 réponses



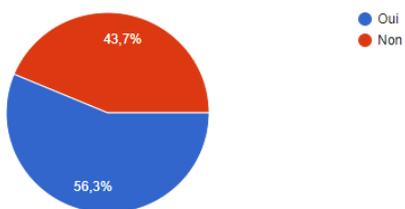
J'exerce en CH - Centre Hospitalier.
 J'exerce en CHU - Centre Hospitalier...
 J'exerce dans un établissement de l'A...
 Centre Hospitalier Régional
 CHS
 J'exerce en centre hospitaliser spécial...
 CH spécialisé en santé mentale
 DAM de territoire d'un GHT

Quel est le périmètre de vos responsabilités, en plus des affaires médicales ? (plusieurs choix possibles)
151 réponses



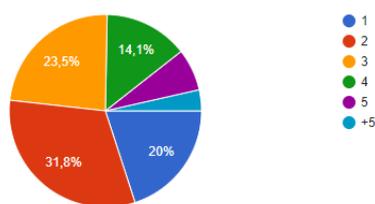
Exercez-vous en direction commune ?

151 réponses



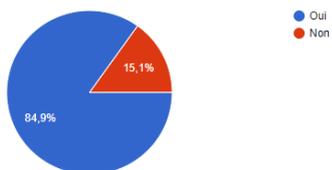
En cas de direction commune, combien d'établissements sont concernés ?

85 réponses



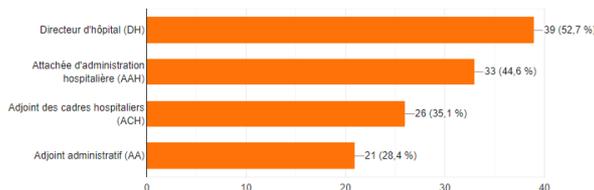
Avez-vous des relais sur les établissements concernés par la direction commune ?

86 réponses



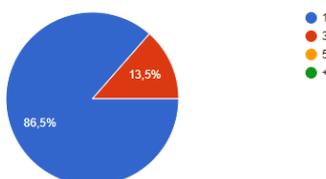
Le cas échéant, qui sont ces relais sur les établissements en direction commune ?

74 réponses



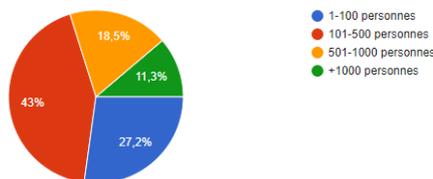
Quel est le nombre moyen de relais sur chaque établissement ?

74 réponses



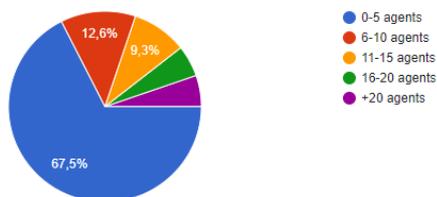
Au global, quelle est la dimension de la communauté médicale que vous gérez (hors internes) ?

151 réponses



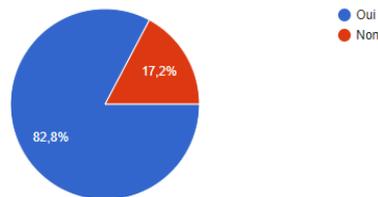
Quel est la taille de l'équipe en charge des affaires médicales, hors directeur ?

151 réponses



151 réponses

Etes-vous le seul directeur au sein de la DAM ?



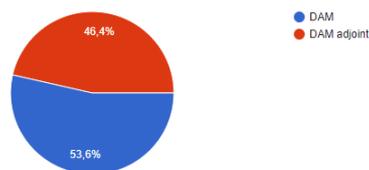
Si vous êtes plusieurs DAM, combien êtes-vous ?

26 réponses



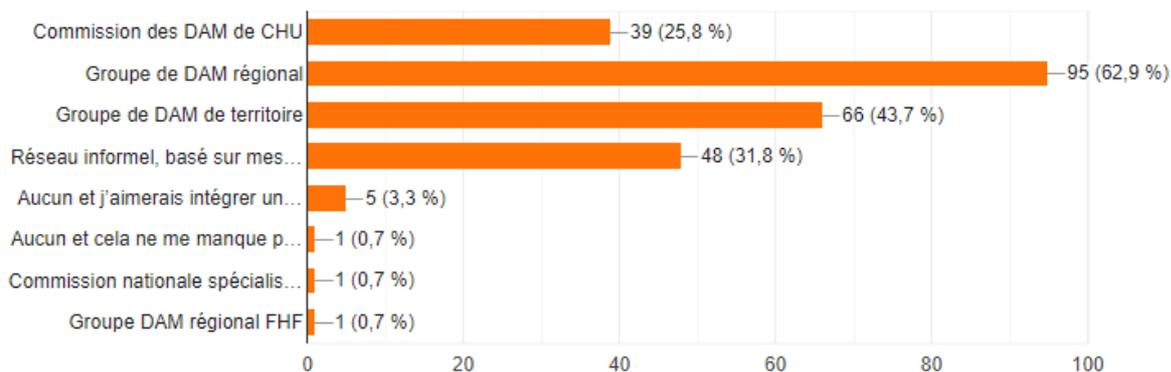
Si vous êtes plusieurs DAM, vous êtes... ?

28 réponses



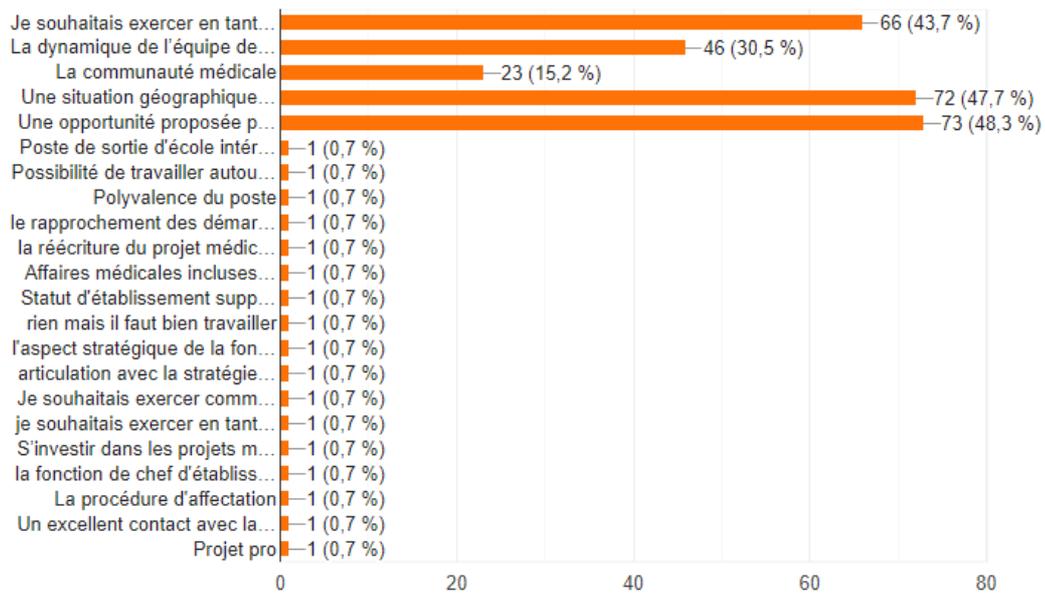
Avez-vous intégré un réseau de DAM ? (plusieurs choix possibles)

151 réponses



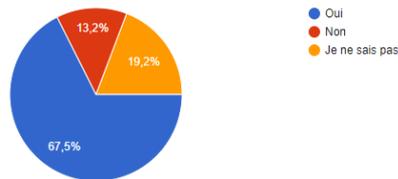
Qu'est-ce qui vous a attiré sur votre poste actuel ? (plusieurs choix possibles)

151 réponses



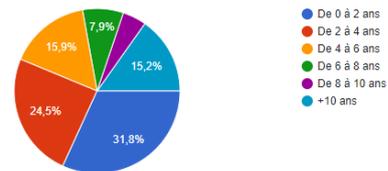
Conseillerez-vous un poste de DAM à un/e collègue DH ?

151 réponses



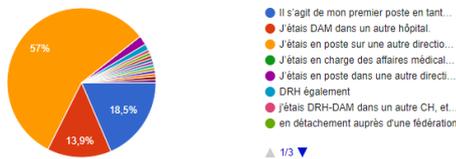
Quelle est la durée de votre expérience en tant que DAM sur l'ensemble de votre carrière ?

151 réponses



Quel poste occupiez-vous juste avant votre poste actuel ?

151 réponses



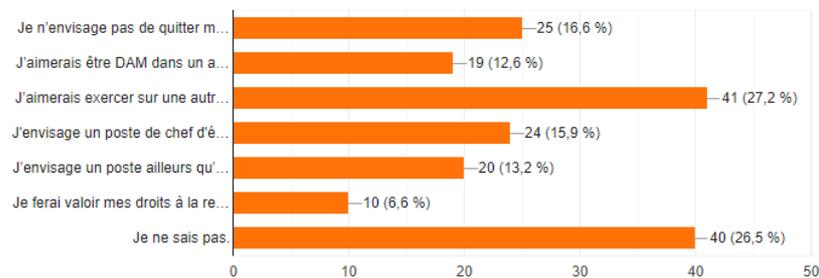
A quelle échéance envisagez-vous votre prochain poste ?

151 réponses



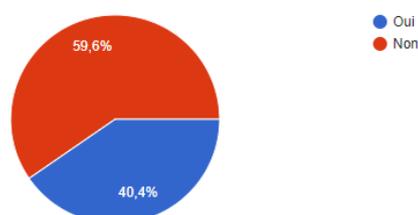
Au sujet de votre prochain poste :

151 réponses



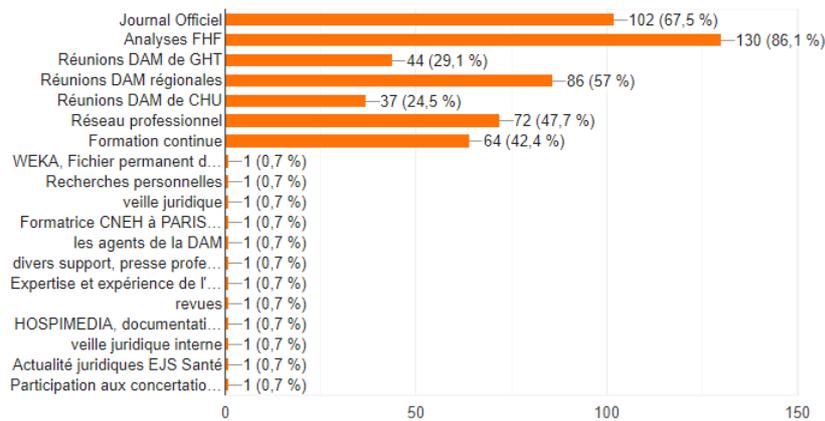
Avez-vous le sentiment d'avoir été suffisamment formé à votre prise de poste de DAM ?

151 réponses



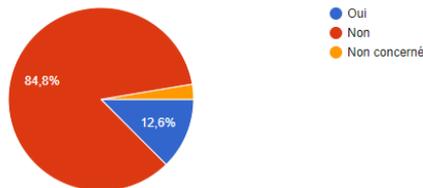
Comment entretenez-vous vos connaissances ?

151 réponses



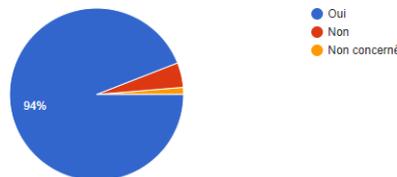
Arrivez-vous facilement à vous libérer pour suivre des actions de formation continue en présentiel ?

151 réponses



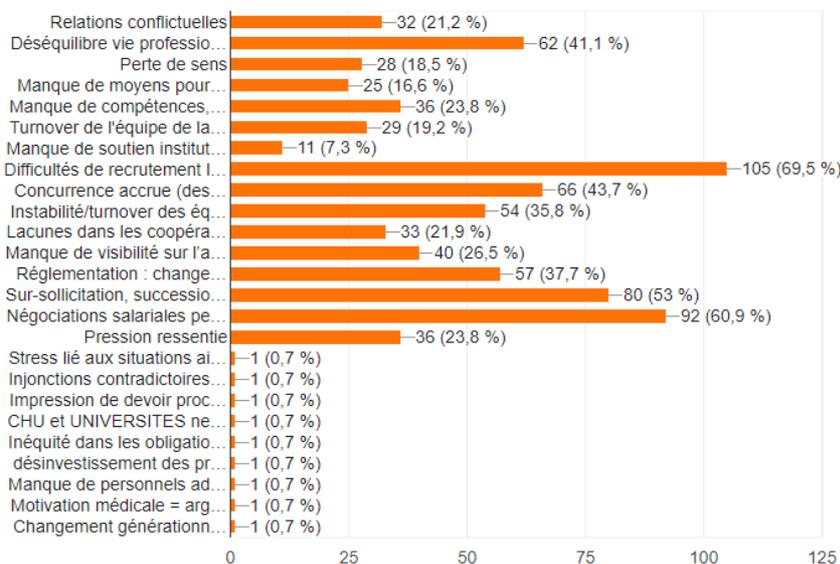
Voyez-vous un intérêt au développement de formations en distanciel pour actualiser vos connaissances ?

151 réponses



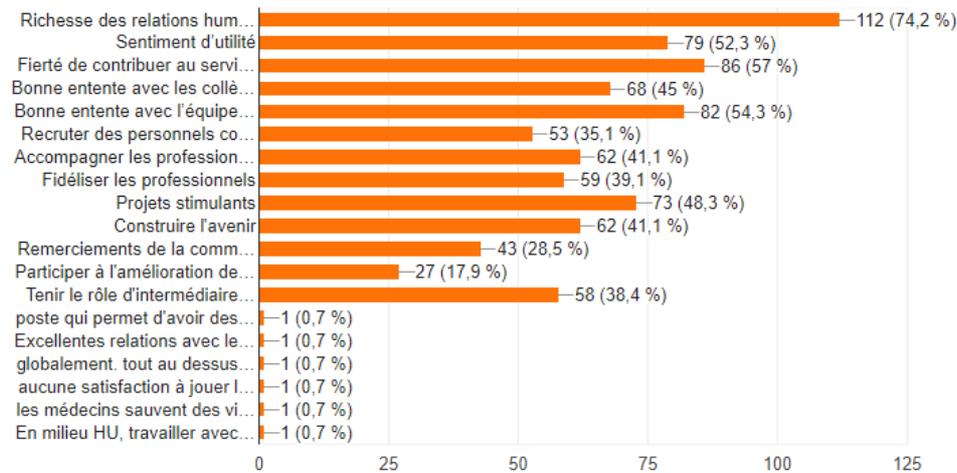
Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre métier de DAM ? (plusieurs choix possibles)

151 réponses



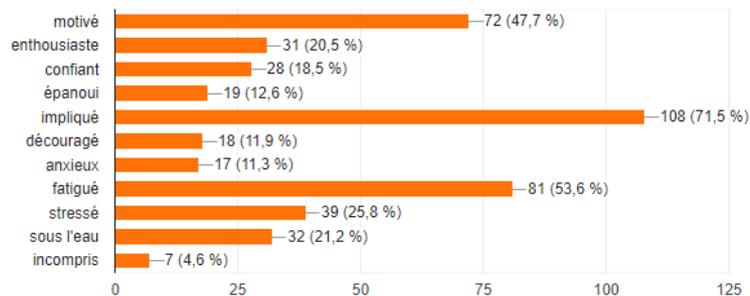
Quelles sont vos sources de satisfaction dans votre métier de DAM ? (plusieurs choix possibles)

151 réponses



Dans quel état d'esprit vous sentez-vous actuellement ? (plusieurs choix possibles)

151 réponses



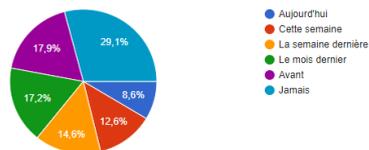
Et pourquoi ?

83 réponses

- Fatigue
- je ne me décourage pas !
- Impuissance face à la débauche des cliniques commerciales / inéquité de moyens dans la « boîte à outils » : être DAM c'est être ZEN et philosophe
- Pression de la PCME pour un recrutement juridiquement impossible
- Disproportion entre les efforts consentis et l'objectif à atteindre, absence de reconnaissance de la communauté médicale, caractère assez vain de certaines démarches bureaucratiques,
- par sens des responsabilités
- Trop grand écart entre les attentes des médecins (rémunération, temps de travail diminué) et la réalité hospitalière (faible activité, budget déficitaire). Aucune prise en compte des médecins de la réalité économique. Discours d'opposition systématique et stérile.

A quand remonte la dernière fois que vous avez eu envie de baisser les bras ?

151 réponses



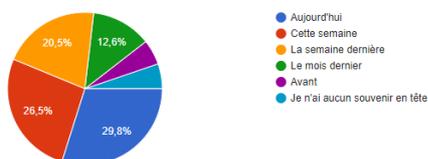
Et pourquoi ?

88 réponses

- Trop de conflits médicaux
- retour positif d'une candidate
- Confiance des interlocuteurs médecins et renvoi d'une image de bienveillance de la DAM / sentiment d'appartenance à la même galère pendant le COVID
- Un bon recrutement normal
- un recrutement de PH effectif !
- conviction d'être utile
- Réussite d'un recrutement médical au sein d'une équipe en souffrance.
- projets qui avancent
- Mon poste est polyvalent et est source de satisfaction dans la dimension projets par exemple (affaires

A quand remonte la dernière fois que vous avez été satisfait de votre travail ?

151 réponses



Avez-vous un commentaire à partager ?

38 réponses

Le métier de DAM est usant dans les établissements périphériques, qui ont peu de moyens, une désertification médicale, et des enjeux politiques locaux importants. Des particularités sont à noter pour certains établissements hospitaliers frontaliers, qui doivent composer avec un fort pourcentage de médecins étrangers.

on peut travailler n'importe où et faire face à n'importe quel problème, tant qu'on a une équipe et des collègues avec qui on travaille bien et en qui on a confiance

La lacune des DAM: être un recruteur avant d'être "un gestionnaire de carrière". Arriver à faire venir des médecins, valoriser l'attractivité de l'établissement pour amener un candidat à s'y intéresser. Les GHT devraient être une opportunité pour les hôpitaux de développer des compétences de "chasseurs de tête". La fin du numéris clausus est un écran de fumée: la fac de médecine ne forme pas forcément davantage. Les hôpitaux peinent à attirer des médecins issus du privé, qui peuvent être intéressés par l'exercice à l'hôpital mais perdent en rémunération.

Métier passionnant mais qui demande une grande prise de recul et une résistance à la pression !

ANNEXE 4 :

Guide d'entretien utilisé comme support aux échanges avec les professionnels (mai/juillet 2021).

Mémoire EDH EHESP

« Être directeur des affaires médicales aujourd'hui et en 2030 Etat des lieux et perspectives »

Période de réalisation des entretiens : mai – juillet 2021.

Au préalable : me présenter, présenter mon sujet de mémoire

Objectifs de l'entretien :

- Découvrir le parcours individuel de la personne interviewée
- Définir les missions principales d'une direction des affaires médicales
- Recueillir sa perception des attentes de la communauté médicale envers une DAM
- Etablir l'état des lieux de la profession, ses atouts et ses difficultés
- Connaître les évolutions qu'a connu le métier de DAM et la façon dont elles ont été vécues
- Se projeter la profession et ses conditions d'exercice dans 10 ans

1) Pour mieux vous connaître : pourriez-vous parler de vous ?

1. Identité de la personne rencontrée :
2. Quel est votre poste actuel (établissement, périmètre) ?
3. Quelle est votre formation ?
4. Parlez-moi svp de votre parcours professionnel ?
5. Combien d'années représente votre expérience en tant que DAM sur l'ensemble de votre carrière ?
6. Si vous avez quitté le métier de DAM, pourriez-vous nous expliquer pourquoi ?

2) La direction des affaires médicales : missions et attentes perçues

1. Quelles sont selon vous les principales missions d'une direction des affaires médicales ?
2. Quelles seraient à votre avis les attentes des médecins d'une direction des affaires médicales ?
3. Pensez-vous que ces missions ou que les attentes des médecins soient différentes dans les hôpitaux privés ?

3) Etat des lieux du métier : quels sont aujourd'hui les atouts et les difficultés du métier de DAM ?

1. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre métier de DAM ?
2. Quelles sont vos sources de satisfaction dans votre métier de DAM ?
3. Qu'est-ce qui vous a attiré sur ce poste ?
4. Est-ce que cet atout est toujours valable aujourd'hui ?
5. Qu'est-ce qui selon vous pourrait dissuader des collègues à exercer en tant que DAM ?

4) Evolution du métier de DAM dans le temps : depuis le début de votre carrière et jusqu'à aujourd'hui, comment avez-vous perçu le métier de DAM évoluer ?

1. Quels changements avez-vous remarqué ? Sur quelles périodes ?
2. Comment ont-ils été vécus (par vous, la communauté médicale...) ?
3. La mise en place de nouveaux outils ou de nouvelles méthodes de management vous a-t-elle particulièrement marqué ?
4. De votre point de vue, le métier s'est-il simplifié/complexifié ? En quoi ?

5) Prospective du métier de DAM en 2030 : projetez-vous en 2030, quelles évolutions dans le métier de DAM imaginez-vous ?

1. Comment imaginez-vous la territorialisation du métier et la place du DAM au sein des GHT ?
2. Au regard de l'évolution actuelle des lois, du Ségur de la santé etc., voyez-vous des changements significatifs à venir, qui pourraient impacter le métier ou ses conditions d'exercice ?
3. Pensez-vous que la façon de gérer les ressources médicales aura évolué, notamment au regard des attentes des nouvelles générations de médecins ?
4. Comment imaginez-vous la place des médecins dans la gouvernance ?
5. Dans un contexte d'augmentation de la demande et de maîtrise des moyens, quels seront selon vous les leviers d'attractivité et de fidélisation des compétences médicales ?

6) A l'issue de l'entretien, identifions ensemble d'éventuelles préconisations

BOURGET

Mathilde

Décembre 2021

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2020-2021

Être directeur des affaires médicales aujourd'hui et en 2030 Etat des lieux et perspectives

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, RENNES

Résumé :

Ce mémoire s'adresse à tous ceux qui s'intéressent au métier de directeur des affaires médicales, tel qu'il est aujourd'hui et tel qui pourrait évoluer dans la décennie à venir.

Ce travail de recherche vise à apporter des éclairages aux questions suivantes : qui sont les directeurs des affaires médicales en 2021 ? Quelles sont les missions qui leur incombent ? A quoi ressemble leur quotidien, avec ses difficultés et ses sources de satisfaction ? Quelles sont leurs conditions d'exercice ? Dans quel état d'esprit se sentent-ils et comment envisagent-ils la suite de leur carrière ?

Avec l'évolution de la DAM vers une direction « client-fournisseur », ce travail explore en détail les attentes des médecins de la direction des affaires médicales, et plus spécifiquement du directeur des affaires médicales. Ceci afin d'évaluer la concordance des services proposés par ceux qui œuvrent au sein des directions des affaires médicales avec les attentes des professionnels.

Certaines évolutions ont des répercussions significatives sur le métier de DAM, parce qu'elles concernent directement son fonctionnement ou parce qu'elles touchent à la population médicale. Les professionnels anticipent une poursuite de ces tendances dans la décennie à venir : tensions importantes sur la démographie médicale, territorialisation des métiers, évolutions législatives, nouvelles attentes des jeunes générations de médecins...

Afin de s'adapter au mieux à ces transformations, les professionnels pourront s'inspirer d'un ensemble d'idées ou de bonnes pratiques issues des secteurs hospitaliers public et privé, mais aussi du monde de l'entreprise. Parce que c'est en alliant nos forces que nous ferons face, ensemble, aux défis d'aujourd'hui et de demain.

Mots clés :

directeurs des affaires médicales ; carrière ; attentes des médecins ; territorialisation ; démographie médicale ; nouvelles générations ; évolutions ; projections ; préconisations ; fonctionnement ; attractivité

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.