Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

Le lancement d'une démarche d'attractivité médicale par la qualité de vie au travail

L'exemple du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix

Manuel LE QUELLEC

Remerciements

J’adresse en premier lieu mes remerciements à M. Fabrice LISZAK de MASZARY, directeur du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix qui a rendu possible le déroulement de mes stages d’élève directeur d’hôpital au sein de l’établissement ainsi que pour sa bienveillance.

J’adresse des remerciements plus spécifiques à Mme Sylvia THOMAS, directrice des affaires médicales, ma maître de stage pour son accompagnement tout au long des huit mois de stage de direction, sa grande disponibilité et la confiance qu’elle m’a accordé dans les missions confiées, en particulier celles relatives aux affaires médicales dont le présent mémoire est une illustration.

Mes remerciements s’adressent aussi aux professionnels du CHPM, plus particulièrement l’équipe de direction pour l’accueil qui m’a été réservé, ainsi que la présidente de la Commission médicale d’établissement, l’encadrement médical et soignant et les équipes administratives.

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à l’ensemble des professionnels médicaux sollicités dans le cadre de ce mémoire, pour leur disponibilité et la qualité de leurs réponses à l’enquête qui leur a été adressée. Un grand merci également à mes collègues EDH qui ont accepté le rôle de relecteur.

Je remercie enfin de tout cœur mon épouse et mes enfants qui m’ont toujours soutenu tout au long de cette formation.

Sommaire

Introduction 1
Démarche méthodologique 5
1 Face au déficit d'attractivité des établissements publics de santé, des réformes et de nouveaux modes d'organisation ont été établis pour attirer et fidéliser le personnel médical 7
1.1 Un déficit récurrent d'attractivité de l'hôpital public en raison de différents facteurs 7
1.1.1 Une raréfaction de la ressource médicale sur le marché du travail 7
1.1.2 Un manque d'attractivité de l'hôpital public lié à une rémunération insuffisante et une évolution de carrière limitée 8
1.1.3 Des conditions d'exercice qui paraissent insatisfaisantes 8
1.1.4 Une place de la « gestionnite » qui serait trop importante 9
1.2 La volonté de pallier ce déficit d'attractivité par des mesures catégorielles 10
1.2.1 Attirer par des revalorisations de la rémunération 10
1.2.2 La réforme des études médicales et du développement professionnel continu durant la carrière 11
1.2.3 La réforme statutaire 12
1.3 Le tournant du Ségur de la santé, vers une amélioration de l'attractivité par la QVT ? 13
1.4 Les modes d'organisation managériale, facteurs de performance et d'attractivité 14
1.4.1 La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins 15
1.4.2 L'amélioration des conditions de travail et la fidélisation du personnel pourraient être favorisées par l'hôpital magnétique 16
1.4.3 Le *lean management*, levier de performance et d'attractivité 17
2 Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix est exposé aux défis liés à l'attractivité, nécessitant la mise en place d'une démarche de qualité de vie au travail du personnel médical 21
2.1 Le CHPM dispose d'atouts sur son territoire mais est confronté à des freins liés à sa socio-démographie et une difficulté à recruter certains praticiens 21

2.1.1 Un ancrage territorial fort du CHPM sur le pays de Morlaix et plus largement sur le Nord Finistère 21

2.1.2 Une démographie médicale défavorable et une population vieillissante et relativement précaire qui freinent l'attractivité médicale 22

2.1.3 Au sein du CHPM, le déficit de la ressource médicale est plus ou moins marqué selon les spécialités. 24

2.2 Pour pallier ce déficit d'attractivité, le CHPM a mis en place des mesures en faveur du personnel médical 25

2.2.1 Le CHPM a adapté ses modalités de recrutement aux situations d'absentéisme ou de vacance de poste 25

2.2.2 L'intégration des professionnels médicaux a été renforcée pour tenter de les fidéliser 27

2.2.3 Des initiatives ont été déployées pour renforcer l'attractivité du personnel médical 27

2.3 Le CHPM a décidé d'attirer et fidéliser les personnels en améliorant les conditions de travail 28

2.3.1 Une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail définie et animée par un groupe de travail dédié mais qui n'est pas investie par les personnels médicaux 28

2.3.2 L'un des objectifs du projet d'établissement dans son souhait d'implémenter la culture du Lean Management au sein des services est d'améliorer les conditions de travail 29

2.4 L'enquête sur la qualité au travail des personnels médicaux permet d'établir un diagnostic QVT et d'identifier les attentes des praticiens 30

2.4.1 Le choix de l'enquête de terrain s'est avéré le plus adapté pour évaluer le niveau de la politique QVT menée par l'établissement. 30

2.4.2 Des praticiens motivés et satisfaits de leur travail auprès des patients et résidents, cependant centrés sur leur service au détriment de la vie institutionnelle .31

3 Le lancement d'un plan d'action sur la qualité de vie au travail des personnels médicaux est nécessaire pour améliorer l'attractivité du CHPM 35

3.1 L'enquête auprès des praticiens a permis d'identifier les axes d'un plan d'action institutionnel 35

3.1.1 Au-delà des demandes de recrutement, l'enquête a permis d'identifier les axes d'amélioration prioritaires 35

3.1.2 Un plan d'action pouvant constituer la base d'un projet social médical et *in fine* de véritables lignes directrices de gestion médicales 36

3.2 Le plan d'action, par ses préconisations, entend répondre aux préoccupations et propositions des praticiens 37

3.2.1 Amélioration des conditions de travail, bien accueillir les praticiens et leur donner envie de rester dans l'établissement 37

3.2.2 Donner de l'intérêt aux postes et développer l'engagement institutionnel par les pratiques de management 42

3.2.3 L'accompagnement et la reconnaissance des praticiens dans leur carrière 44

3.2.4 Concilier la vie professionnelle et la vie personnelle et répondre aux évolutions sociétales 46

Conclusion 49

Bibliographie 51

Liste des annexes 57

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANI : Accord national interprofessionnel
AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
CESP : Contrat d'engagement de service public
CHPM : Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
CME : Commission médicale d'établissement
CNG : Centre National de Gestion
CRP : Commission régionale paritaire
CSE : Comité social d'établissement
CSP : Code de la Santé Publique
DAM : Direction/Directeur/Directrice des affaires médicales
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DPC : Développement professionnel continu
F3SCT : Formation spécialisée en matière de santé, sécurité et conditions de travail
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement hospitalier de Territoire
GHTBO : Groupement hospitalier de Territoire Bretagne Occidentale
HAS : Haute Autorité de Santé
IESPE : Indemnité d'engagement de service public exclusif
LAS : Licence Accès Santé
PACTE : Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PACES : Première année commune aux études de santé
PASS : Parcours d'accès spécifique santé
PECH : Prime d'engagement de carrière hospitalière
PET : Prime d'exercice territorial
PH : Praticien hospitalier
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PST : Prime de solidarité territoriale
QVT : Qualité de vie au travail (QVCT : Qualité de vie et des conditions de travail)
RPS : Risques psychosociaux
RSE : Responsabilité sociale et environnementale
SST : Service de santé au travail
T2A : Tarification à l'activité
TTA : Temps de travail additionnel

Introduction

> « Les difficultés d'attractivité de l'hôpital public sont réelles. Leur gravité n'est pas tant liée à l'ampleur du phénomène qu'au fait que ses causes sont d'une redoutable complexité et nécessitent d'agir, simultanément et rapidement, sur un ensemble de leviers (réglementaires, financiers, managériaux, organisationnels et de formation) et de transformer en profondeur les relations interprofessionnelles au sein de l'hôpital » (Gerain-Breuzard, Richard, Fournier, & Spinhirny, 2023, p. 44).

Si la pandémie liée à la COVID-19 a joué un rôle non négligeable dans cette perte d'attractivité de l'hôpital public, le phénomène est antérieur puisque la question de la crise de recrutement des hôpitaux, et *a priori* de leur attractivité, est effectivement prégnante depuis plus de deux décennies. Elle touche aujourd'hui tous les établissements publics de santé, des hôpitaux de proximité aux centres hospitaliers universitaires (Demanet, 2015).

Le terme attractivité est dérivé de la notion d'attraction, du latin *attractio*, qui a évoluée dans le temps[1]. Si dès le V^{ème} siècle elle signifie l'action de tirer vers soi et d'aspirer, à partir du XVII^{ème} siècle elle désigne la force qui attire et retient, par l'emprunt à l'anglais scientifique *attraction*[2], employé également à propos de l'aimant, du magnétique. Fin XIX^{ème} siècle par un nouvel emprunt de l'anglais, l'attraction est un centre d'intérêt pour le public, notamment au sens de distraction. Apparu quant à lui tardivement dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le terme attractivité désigne aujourd'hui usuellement ce qui a un caractère attractif, attrayant. Dans le domaine économique, l'attractivité d'une entreprise ou d'un hôpital désigne sa capacité à être désirable pour le personnel actuel et potentiel, c'est-à-dire à attirer les employés, à susciter leur intérêt et leur fierté d'y travailler et d'y demeurer.

Or, la raréfaction de la ressource médicale sur le marché du travail s'aggrave, tant pour le service public hospitalier que pour le secteur privé, et la perte d'attractivité du système de santé est manifeste depuis plusieurs années et particulièrement depuis la crise sanitaire.

Le service public hospitalier est affecté par ce déficit d'activité, la crise de recrutement affectant depuis près de deux décennies les praticiens (Bercot & Mathieu-Fritz, 2007). Ainsi, le Centre National de Gestion (CNG) a annoncé que seulement 27,6 % des postes vacants publiés au tour de printemps 2024 ont été pourvus, soit 2 920 candidatures reçues pour 10 591 postes (Centre National de Gestion, 2024).

[1] Rey A., *Dictionnaire historique de la langue française, Paris, Le Robert, 2019*
[2] Notamment la loi de l'attraction universelle d'I. Newton, 1688.

En ce qui concerne les personnels non médicaux, le constat est similaire. Le ministère de la fonction publique a par exemple consacré un dossier sur l'attractivité de la fonction publique dans son rapport annuel sur l'état de la fonction publique (2020). Il relève que les agents hospitaliers se distinguent nettement de ceux des deux autres versants de la fonction publique, notamment au niveau du ressenti sur leur mission.
En effet, ceux-ci ont plus fréquemment le sentiment d'être mal payés par rapport à leurs homologues travaillant dans le secteur privé, craignent d'être mutés contre leur volonté. Ils ont également le sentiment de vivre des changements d'organisation trop fréquents ou imprévisibles. Enfin, le sentiment d'avoir une charge de travail excessive est aggravée par l'absentéisme, entrant dans une situation de cercle vicieux.
Ce ressenti est également partagé par les potentiels candidats à la fonction publique, alors que le nombre de diplômés augmente, on observe un désintérêt des jeunes diplômés pour le service public. En conséquence, alors que le vivier de potentiels candidats s'accroit, le nombre de personnes se présentant aux concours externes tend à diminuer. Il ressort de l'ensemble de ces éléments un désintérêt affiché envers la fonction publique hospitalière, tant pour les postes de soignants, plus particulièrement aides-soignants et infirmiers, que pour les postes spécialisés des filières administratives ou techniques.

Ainsi, les hôpitaux publics sont aujourd'hui confrontés à un déficit d'attractivité particulièrement prégnant, en particulier sur les métiers médicaux, qui nécessite des actions immédiates.

Améliorer l'attractivité médicale est un défi qui s'impose à l'hôpital public (Riet, 2023) dont la résolution nécessite une approche holistique. En d'autres termes, pour appréhender cette notion dans sa globalité, il est nécessaire d'activer différents leviers. Z. Riet considère que « l'attractivité dépend de trois facteurs complémentaires et indissociables : la rémunération, la qualité de l'exercice professionnel et l'accès aux équipements et aux plateaux techniques d'excellence » (Riet, 2023, p. 78). D'autres leviers peuvent également être mobilisés tels que le développement professionnel, la reconnaissance et la valorisation du travail, les réformes statutaires ou des études de santé (Le Guillou, 2019), ou encore les modes d'organisation et le style de management (Lemaire, Gritton, & Bourret, 2017).

Parmi les différents leviers d'attractivité, la notion de qualité de vie au travail (QVT) ou de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) est régulièrement évoquée (Volet, 2018). L'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 proclame ainsi dans son préambule la QVT comme un « *levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performances économiques et sociales de l'entreprise* ».

La QVT ne fait pas l'objet d'une définition unanimement reconnue. Elle fait ainsi référence aux conditions favorables de l'environnement de travail ayant des conséquences positives pour le plus grand nombre (Grosjean & Guyot, 2016). Une définition est d'ailleurs proposée dans l'ANI du 19 juin 2013 qui considère la QVT comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». L'implication de la gouvernance dans la démarche QVT est en outre un critère du référentiel de certification des établissements de santé[3].

Le choix de la thématique du mémoire s'est présenté lors du déroulement du stage de direction. Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) s'est vu décerné un prix attractivité médicale « coup de cœur » en 2019 par la Fédération Hospitalière de France (FHF) en 2019[4]. Pourtant, les observations sur le terrain ou lors des instances, en particulier la CME et le directoire, ont démontré que le thème de l'attractivité médicale demeure indéniable.

En outre, le thème de la QVT a fait l'objet d'un intérêt grandissant dans l'établissement, notamment en faveur du personnel non médical. En effet, un groupe de travail relatif à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail est actif au CHPM. Composé d'agents volontaires, de cadres, des organisations syndicales, de la DRH, du chef d'établissement, de la coordinatrice générale des soins et de la présidente de la CME, ses travaux font l'objet d'échanges et de validations dans les instances représentatives du personnel : Comité Social d'Établissement (CSE) et Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT). Si ce groupe de travail n'est pas limité aux personnels non médicaux, force et de constater que les praticiens n'y participent pas. Ces derniers sont néanmoins sensibles à cette thématique tel qu'il en ressort des observations de terrains et des échanges avec la DAM et la présidente de CME.

Le CHPM est un établissement de 930 lits et 246 places qui emploie 2 030 professionnels, dont 189 personnels médicaux. Membre du GHT de Bretagne Occidentale dont le CHU de Brest est établissement support (annexe 1), le CHPM dispose notamment d'une variété d'activités de soins en MCO, avec une activité ambulatoire et une maternité de niveau 2A. Il est également le pivot de la filière gériatrique sur son territoire avec un court séjour

[3] Critère 3.5-01 du manuel de certification https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

[4] Prix attractivité médicale : remise du prix lauréat et des prix coups de coeur à l'occasion du salon SANTEXPO 2019 | Fédération Hospitalière de France (fhf.fr)

gériatrique, un service de SSR gériatriques, des consultations spécialisées et autres dispositifs transversaux. L'offre médico-sociale du CHPM et de ses établissements en direction commune est présente sur les communes finistériennes de Morlaix, Plougonven, St Pol de Léon, Roscoff, Huelgoat et Plougourvest. L'activité de psychiatrie de l'établissement est répartie sur 3 secteurs géographiques de psychiatrie adultes (sur le quart Nord-Est du département du Finistère, de Lesneven à Carhaix). Des activités intersectorielles d'addictologie et de pédopsychiatrie complètent cette offre.

Pourtant, malgré son dynamisme, le CHPM n'est pas épargné par les difficultés de recrutement et le déficit d'attractivité médicale, notamment pour les activités de psychiatrie, de cardiologie, de radiologie, de gériatrie, d'anesthésie, d'otorhinolaryngologie ou de médecine physique et de réadaptation.

Plusieurs leviers ont été activés par l'établissement pour pallier ce défaut d'attractivité. Parmi ceux-ci, l'établissement souhaite mettre en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail dédiée au personnel médical.

Au regard de ces éléments, l'amélioration de la qualité de vie au travail des praticiens peut-elle être considérée comme un levier pertinent pour rendre un établissement de santé attractif ?

Le présent mémoire reviendra dans un premier temps sur le contexte et sur les différentes mesures qui ont pour objectif commun l'amélioration de l'attractivité de l'hôpital public **(I)**, puis, dans un second temps, sur l'état des lieux du Centre hospitalier des Pays de Morlaix qui n'est pas épargné par ce défaut d'attractivité **(II)** et enfin la manière dont il est possible de mettre en place dans l'établissement une politique d'attractivité médicale fondée sur l'amélioration de la qualité de vie au travail **(III)**.

Démarche méthodologique

Après une recherche bibliographique sur les questions d'attractivité et de qualité de vie au travail, il a été question de dresser un diagnostic QVT du CHPM.

Ainsi, dans le but d'évaluer le niveau de QVT de l'établissement et d'identifier les axes d'amélioration, il a été choisi une enquête de terrain comme mode d'investigation qui a été menée sous forme de questionnaire. Il s'est agi de faire un état des lieux de la situation en matière de QVT médicale.

Il a été convenu avec la DAM que l'échantillon des participants à l'enquête concerne l'ensemble des personnels médicaux qu'ils soient médecins, chirurgiens, pharmaciens ou biologistes, hormis les sages-femmes. Toutefois, il a été fait le choix de ne pas l'étendre aux internes, en raison de l'alternance des stages hospitaliers et du turnover qui en est lié, avec un stage au semestre d'hiver (de novembre à avril) puis un stage au semestre d'été (de mai à octobre), durant la période de stage de direction de la formation d'élève directeur d'hôpital.

Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant du baromètre social de l'ANFH et d'autres questionnaires QVT utilisés dans des entreprises privées ou des établissements de santé comme le Centre Hospitalier Sud Francilien (Volet, 2018). Celui-ci (annexe 2), validé par la DAM et la présidente de la CME, puis présenté en CME a été diffusé sous format électronique et papier à l'ensemble des personnels médicaux. L'enquête s'est déroulée sur une période de sept semaines, en continu.

Au total, 38 professionnels médicaux ont répondu au questionnaire, principalement en ligne, soit 20,1 % du personnel médical.

A partir des résultats de l'enquête, les sujets prioritaires à améliorer ont été identifiés et des préconisations ont pu être proposées dans une proposition de plan d'action.

1 Face au déficit d'attractivité des établissements publics de santé, des réformes et de nouveaux modes d'organisation ont été établis pour attirer et fidéliser le personnel médical

1.1 Un déficit récurrent d'attractivité de l'hôpital public en raison de différents facteurs

1.1.1 Une raréfaction de la ressource médicale sur le marché du travail

Les facteurs pouvant expliquer cette raréfaction sont pluriels. Ainsi, on observe un vieillissement de la population médicale, le renouvellement générationnel étant insuffisant pour compenser les départs. Certaines spécialités sont plus touchées que d'autres comme la médecine générale[5].

De même, la répartition des professionnels médicaux est inégale sur le territoire, l'accès aux soins devenant de plus en plus difficile dans les zones rurales ou périurbaines. Les jeunes médecins préfèrent s'installer dans les villes et régions attractives, délaissant les zones moins denses.

Enfin, l'instauration du *numerus clausus* (cf. *infra*) dans les années 1970 a contribué à la pénurie de médecins formés puisque ce quota a été restrictif, limitant ainsi le nombre de nouveaux praticiens formés chaque année.

On observe cependant un paradoxe puisque le nombre de praticiens hospitaliers augmente depuis les dix dernières années, soit une hausse de 13,5 %, mais le nombre de postes vacants s'accroit également. Ainsi, selon les statistiques du CNG, le nombre de postes demeurés vacants lors de chaque tour de recrutement est passé de 3 271 au tour de printemps 2014 à 7 671 au tour de printemps 2024. Le nombre de praticiens hospitaliers en disponibilité est quant à lui passé de 1 291 en 2012 à 5 581 en 2023 et 6 551 en 2024 (+970 en un an), pouvant démontrer une certaine désaffection pour la carrière hospitalière.

[5] ROJOUAN. B., 2022. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Disponible à l'adresse : https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf

Fig. 1 : Évolution des effectifs rémunérés de praticiens hospitaliers depuis 2014

Source : CNG, SIGMED, 2024

1.1.2 Un manque d'attractivité de l'hôpital public lié à une rémunération insuffisante et une évolution de carrière limitée

Les salaires dans le secteur hospitalier publics sont en général perçus comme insuffisants par rapport à la charge de travail et aux responsabilités. Ils apparaissent ainsi relativement faibles par rapport à leurs homologues du secteur privé ou d'autres Etats, notamment de l'Union Européenne. Or, les écarts de rémunérations se sont creusés entre le secteur hospitalier et la médecine de ville (Véran, 2013).

Ces disparités salariales existent également en interne avec le recours aux intérimaires alors que pour les praticiens en exercice leur niveau d'engagement et la pénibilité au travail sont perçus supérieurs. De même, l'article R. 6152-338, al. 2° du code de la santé publique permet de conclure un contrat avec une rémunération supérieure à la grille de praticien hospitalier pour une durée initiale de 3 ans maximum, dans la limite de 6 ans au total, en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soins sur le territoire.

Ce ressenti d'une rémunération insuffisante est ainsi un facteur de démotivation, notamment en début de carrière.

1.1.3 Des conditions d'exercice qui paraissent insatisfaisantes

Les professionnels sont confrontés à des conditions de travail pénibles, une charge de travail lourde physiquement ou psychiquement, des horaires longs ou atypiques, des interruptions de tâches nombreuses et un stress important. Les professionnels de santé doivent répondre à des besoins de soins de plus en plus intenses du fait du vieillissement de la population, de l'évolution des pathologies, des techniques et des modes de prise en charge. Dans les zones sous-dotées en ressources médicales, les conditions de travail s'alourdissent mécaniquement et l'isolement professionnel peut peser sur la volonté des médecins de s'y installer.

En ce qui concerne les praticiens, ce ressenti peut conduire à une désaffection pour certaines spécialités médicales ou, plus largement, pour une carrière hospitalière.

La permanence des soins, c'est-à-dire l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients la nuit, le week-end (à partir du samedi après-midi) et les jours fériés, est également un facteur de pénibilité, du fait notamment de l'importance des soins non programmés, mais également de la forte dépendance vis-à-vis des médecins en formation (Grall, 2007). Dans les établissements qui la font reposer sur un faible nombre de praticiens, elle peut être un frein dans le recrutement. En contrepartie, une ligne d'astreinte ou de garde est un facteur d'attractivité important du fait des indemnités de sujétion.

En ce qui concerne la jeune génération de professionnels, il est difficile d'établir un bilan global mais les attentes sociales ont évolué. En effet, certains éléments montrent un rejet des conditions de travail actuelles qui reflètent un refus de ces dernières qui autrefois étaient acceptables (Gollac & Volkoff, 2008).

1.1.4 Une place de la « gestionnite » qui serait trop importante

Selon Detchessahar, le « tournant gestionnaire » du *new public management* dans les hôpitaux a conduit l'encadrement à délaisser le travail opérationnel pour se concentrer sur l'alimentation de « machines de gestion ». En d'autres termes, cette « gestionnite » représente la charge administrative croissante qui éloigne les professionnels, en particulier les managers, du terrain, ce qui générerait de la frustration et une réduction du temps consacré aux soins (Detchessahar & Grevin, 2009).

Pour S. Volkoff également, on constate une « confrontation entre une culture gestionnaire et l'activité réelle, concrète, l'action du sujet » sur le terrain (Gollac & Volkoff, 2008, p. 56).

Si l'importation de cette culture gestionnaire, qui privilégie les outils et comportements dictés par une logique purement économique peut effectivement expliquer les difficultés décrites par les médecins dans leurs relations avec l'administration, le tournant a été l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), souvent pointée du doigt, qui a intensifié le travail et augmenté les risques psychosociaux (Minvielle, 2021). Toutefois, les activités considérées comme « administratives », souvent décriées comme particulièrement chronophages et pesantes sur la pratique médicale par les praticiens, comme l'alimentation du dossier patient ou les comptes rendus, ont fait évoluer les prises en charge hospitalières vers une meilleure qualité et sécurité des soins.

La médecine de ville n'est pas épargnée, la « lourdeur administrative » étant souvent citée parmi les raisons poussant les praticiens à délaisser l'exercice libéral (Prunières, 2018).

1.2 La volonté de pallier ce déficit d'attractivité par des mesures catégorielles

1.2.1 Attirer par des revalorisations de la rémunération

Afin de rendre les carrières hospitalières plus attractives, le législateur a agi sur le levier de la rémunération en créant diverses primes ou en en revalorisant d'autres.

Dans un rapport intitulé « *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public* », J. Le Menn et P. Chalvin ont formulé 57 propositions pour « *donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester* ». Le rapport propose d'agir sur différents leviers comme la rémunération en créant une prime d'exercice territoriale ou de revaloriser l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif (IESPE) ou les changements organisationnels comme une réforme du temps de travail médical ou d'activités partagés à l'échelle du GHT.

L'un des volets du rapport entend « *améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie* au travail » (Le Menn & Chalvin, 2015, p. 93). Pour ce faire, les rapporteurs proposent par exemple de renforcer la représentation du personnel médical au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)[6], de développer un management de proximité ou des mesures d'amélioration du bien-être au travail.

A la suite de ce rapport, le gouvernement a dévoilé le 2 novembre 2015 le plan « attractivité de l'exercice médical – plan d'action pour l'hôpital public » qui comporte douze mesures pour attirer et fidéliser les praticiens et accompagner la mise en place des GHT. La plupart desdites mesures concernent des revalorisations de rémunérations, notamment en formation et en début de carrière, et l'unification des couvertures sociales maternité et maladie pour les praticiens contractuels et stagiaires. Dans le cadre de la mise en place des GHT, le plan d'action favorise l'exercice partagé et supprime la distinction entre astreinte de sécurité et astreinte opérationnelle et indemnise le temps de travail additionnel (TTA) sur la base du tarif de jour uniquement.

Si les mesures de ces plans catégoriels sont bien concrètes, leur caractère limité peut s'apparenter à du « saupoudrage » représentant un coût financier important pour les

[6] L'article 4 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a fusionné cette instance avec le Comité Technique d'Établissement pour devenir le CSE au 1er janvier 2023.

établissements publics de santé et une revalorisation financière souvent symbolique pour les praticiens (Drexler & Maringue, 2016).

1.2.2 La réforme des études médicales et du développement professionnel continu durant la carrière

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 d'organisation et de transformation du système de santé prévoyait dès ses deux premiers articles la suppression du numerus clausus ainsi que la rénovation de l'accès aux études médicales, des modalités d'évaluation du second cycle et d'accès au troisième cycle des études médicales, de même que la suppression de l'examen classant national.

Si le *numerus clausus*, créé principalement pour maîtriser les dépenses de santé, est supprimé, ce n'est qu'à l'horizon 2030 que ses effets se feront ressentir du fait notamment de la durée d'études. Aussi, même si cette suppression est la bienvenue, le législateur a complété ce levier d'attractivité d'une refonte des études médicales. L'objectif est de diversifier les profils de étudiants en permettant des parcours variés et en introduisant un contrôle des connaissances basée sur le contrôle continu et des épreuves spécifiques plutôt que sous la forme d'un concours. La Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) a été supprimée au profit de deux voies d'accès : d'une part, le Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) et, d'autre part, les Licences Accès Santé (LAS). Désormais, par opposition avec le dispositif antérieur, on parle d'un *numerus apertus*, c'est-à-dire que les places sont déterminées par les facultés de médecine, en concertation avec les ARS, en fonction de leur capacité et des besoins de santé publique sur leur territoire.

Les établissements de santé périphériques ont tout intérêt à ouvrir des lieux de stage dans le cadre de l'affectation des postes d'internes et donc à mener une politique d'attractivité afin d'attirer de futurs professionnels en leur faisant découvrir leur territoire et leur fonctionnement (Le Guillou, 2019). Or, pour être attractif, le stage doit proposer une plus-value pédagogique pour les étudiants. Au-delà de ces aspects, l'accueil, l'accompagnement et les conditions de déroulement des stages doivent leur permettre *in fine* de développer un projet professionnel en faveur de l'établissement.

Tout au long de la carrière, la formation continue des professionnels de santé doit être renforcée. C'est l'objet de la réforme du développement professionnel continu portée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, relative à la modernisation de notre système de santé qui vise à garantir la qualité des soins et l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette réforme institue une obligation triennale de s'engager dans un programme de DPC. Or, le

DPC peut être également considéré comme un levier d'attractivité médicale pour l'établissement de santé en tant qu'outil de management.

1.2.3 La réforme statutaire

L'article 13 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 a habilité le gouvernement à prendre des ordonnances afin de créer un statut unique de praticien hospitalier en fusionnant les statuts de PH temps plein et de PH temps partiel. Cette réforme avait pour objectif de rendre les carrières hospitalières plus attractives, en améliorant les conditions de travail et de rémunération, tout en fidélisant les praticiens en exercice (Hénaff, 2023). Cette modernisation du statut de praticien hospitalier vise également à répondre aux besoins du système de santé.

Ainsi, s'inscrivant dans le contexte du plan « Ma Santé 2022 », l'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières et ses décrets d'application sont entrés en vigueur à compter du 7 février 2022. Elle simplifie les statuts hospitaliers en introduisant le statut unique de praticien hospitalier. L'objectif est d'offrir plus de lisibilité de carrière aux médecins qui choisissent de rejoindre le service public hospitalier. L'ordonnance revalorise la rémunération en début de carrière pour favoriser l'engagement des jeunes médecins dans le secteur hospitalier.

A l'instar des praticiens hospitaliers, la réforme du statut de praticien contractuel a été adoptée par le décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels entré en vigueur le 7 février 2022[7] et vise à améliorer les conditions de recrutement et de travail des médecins contractuels dans les établissements publics de santé tout en offrant à ces derniers davantage de souplesse en matière de recrutement. Comme celle du statut de praticien hospitalier, cette réforme a pour ambition d'attirer et de fidéliser les praticiens en leur offrant un cadre d'emploi plus intéressant en unifiant les anciens statuts de praticien contractuel, praticien attaché et praticien clinicien.

Par ailleurs, même si elle ne concerne par le statut *stricto sensu*, la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite Loi Rist, a prévu la mise en place de contrôles réguliers des rémunérations des pratiques intérimaires dont la loi de 2016 souhaitait l'encadrement. En effet, le recours exponentiel à l'intérim pour assurer la continuité des soins désorganise les services, pèse lourdement sur le budget des établissements publics de santé et entraîne des disparités salariales entre les praticiens (Véran, 2013). Les dépenses d'intérim ont atteint 147,5 millions d'euros en 2022, en hausse de 25 % par rapport à 2017 (Cour des Comptes, 2024).

[7] Articles R. 6152-334 à R. 6152-394 CSP.

Depuis l'entrée en vigueur de cette disposition le 3 avril 2023, les comptables publics ont pour mission d'interdire la mise en paiement de factures dont le montant excède le plafond fixé réglementairement depuis le 1er janvier 2024 à 1 410,69 € brut pour 24 heures de travail effectif[8]. L'objectif fixé par la loi est d'investir sur la reconstruction d'équipes soignantes stables et sur l'attractivité des métiers avec les montants économisés sur l'intérim médical. A l'échelle de l'établissement, l'application de la loi a permis de réduire les dépenses d'intérim et de fidéliser certains praticiens en leur proposant de rejoindre l'établissement en qualité de praticien contractuel. En 2023, cela s'est traduit par une économie de 1 M€ par rapport à l'EPRD initial, le coût de l'intérim s'élevant à 2,8 M€ pour le CHPM, soit environ 11 % de la masse salariale médicale totale, alors qu'il s'élevait à 4,6 M€ en 2022, soit environ 17 % de la masse salariale.

1.3 Le tournant du Ségur de la santé, vers une amélioration de l'attractivité par la QVT ?

Le 25 mars 2020, lors de la phase aigüe de l'épidémie de coronavirus, le Président de la République, Emmanuel Macron, s'est engagé à mettre en œuvre « *un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières* » hospitalières. Une grande concertation appelée Ségur de la santé a été lancée, présidée par N. Notat. A l'issue de ces discussions et négociations, un accord intitulé « *Refonder le service public hospitalier : revaloriser les rémunérations et les carrières – transformer les environnements de l'exercice médical* » a été signé le 13 juillet 2020 par le Premier Ministre, le Ministre des Solidarités et de la Santé, trois organisations syndicales de praticiens et la FHF.

Cet accord, estimé à 450 millions d'euros par an, relatif aux personnels médicaux comporte seize mesures réparties en trois axes et est le pendant de celui signé le même jour pour les personnels non médicaux. La volonté de « restaurer l'attractivité » des établissements de santé ressort de chacune des mesures, y compris littéralement dans leur intitulé. Pour ce faire, l'accord mobilise plusieurs leviers d'attractivité.

En premier lieu, en raison notamment du sentiment d'être moins bien payé que dans le secteur privé, une revalorisation en deux temps de l'IESPE a été adoptée en la portant à hauteur de 700 € brut par mois au 1er septembre 2020, puis à hauteur de 1010 € brut pour l'ensemble des praticiens au 1er mars 2021. En parallèle, la grille de rémunération de praticien hospitalier a été revalorisée au 1er octobre 2020 en supprimant les trois premiers échelons de la grille et en ajoutant trois échelons supplémentaires. De plus, si le

[8] Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.

développement de la négociation collective était prévu par la loi de transformation de la fonction publique du 24 juillet 2019, les accords Ségur ont renouvelé le cadre de négociation sur ces sujets en prévoyant le versement d'une prime d'intéressement collectif liée à la qualité du service rendu d'un montant de 300 € pour l'ensemble des personnels concernés. A cet égard, les modalités de mise en œuvre de cette prime doivent être précisées dans chaque établissement par des orientations-cadre arrêtées par le chef d'établissement, après avis du CSE et de la CME.

En second lieu, les accords Ségur prévoient le développement et la valorisation des compétences tout au long de la carrière. Ainsi, l'accord spécifique aux personnels médicaux entend généraliser la mise en place d'entretiens professionnels et la reconnaissance des activités non cliniques comme la recherche ou les activités institutionnelles par des valences. En outre, l'accord incite à simplifier l'accès à la formation et au développement professionnel continu afin de rapprocher les formations des activités des praticiens, notamment managériales. Enfin, ce deuxième axe de l'accord encourage les exercices mixtes public-privé ou partagés au sein du même GHT.

En dernier lieu, l'accord relatif aux praticiens entend faire de la qualité de vie au travail une priorité des politiques de ressources humaines médicales en encourageant la tenue régulière de réunions de service, le bon fonctionnement des commissions régionales paritaires (CRP) des praticiens hospitaliers, instances de concertation placées auprès des ARS, et l'instauration de visites périodiques de santé au travail.

Force est de constater que ce dernier levier est le parent pauvre des accords Ségur, ceux-ci mettant plutôt l'accent sur la revalorisation de la rémunération et des carrières. Toutefois, une mesure s'intéressant à la médecine du travail pour les praticiens est la bienvenue, notamment pour prévenir les burnouts (Shadili, Goumard, Provoost, & Le Pallec, 2018). L'instauration d'espaces de dialogue comme les réunions de service régulières également (Detchessahar, 2009, 2011, 2013, 2019).

1.4 Les modes d'organisation managériale, facteurs de performance et d'attractivité

Une gestion organisationnelle efficace peut participer à l'amélioration de l'attractivité. Ainsi, avec le déploiement d'une stratégie d'établissement favorisant une organisation managériale et d'un environnement de travail qualitatif, l'hôpital public est susceptible d'attirer et de fidéliser les praticiens hospitaliers tout en améliorant la qualité et de la sécurité des soins.

1.4.1 La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins

Depuis 2010, la HAS a intégré un critère portant sur la promotion de la qualité de vie au travail dans son manuel de certification. Des expérimentations régionales ont été menées en partenariat avec l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en s'appuyant sur les ARS et les Agences Régionales d'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT).

Le Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) a été créé par la HAS pour améliorer le travail en équipe et, subséquemment la sécurité des soins, en diminuant la survenue des évènements indésirables grâce au travail en équipe et en sécurisant l'organisation de la prise en charge du patient en faisant de l'équipe une barrière de sécurité (Cristofalo, Petit dit Dariel, & Routelous, 2018). Ainsi, pour les établissements de santé, le Pacte vise d'une part, à répondre aux besoins de la population et, d'autre part, à renforcer son efficience et son attractivité.

Partant, la HAS, en collaboration avec l'ANACT et la DGOS, lie ainsi qualité de vie au travail et qualité des soins. Ce lien entre les deux concepts a été initié dès le référentiel V2010 avec l'introduction d'un critère sur la « promotion de la qualité de vie au travail ».

Fig. 2 : articulation du leadership, de la qualité de vie au travail et du travail en équipe avec la qualité et la sécurité des soins

Source : Haute Autorité de Santé, 2024

1.4.2 L'amélioration des conditions de travail et la fidélisation du personnel pourraient être favorisées par l'hôpital magnétique

Le concept de *magnet hospital*, hôpital magnétique ou hôpital aimant, est apparu aux Etats-Unis dans un rapport de 1983 mené par Margaret McClure auprès de 41 hôpitaux réputés attractifs pour le personnel infirmier. Défini comme un hôpital « qui a la capacité d'attirer et de retenir les personnels soignants » [9], d'où son nom, l'hôpital magnétique fait l'objet depuis les années 1990 d'une certification attribuée par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) reposant sur plusieurs critères comme la qualité des soins infirmiers, le travail en équipe, l'innovation ainsi que la satisfaction des patients et du personnel. Plus qu'un label, l'hôpital magnétique est une philosophie puisqu'au-delà de satisfaire une *checklist*, cette démarche doit avoir pour finalité un développement de valeurs, un engagement sur une représentation adaptée à la réalité de terrain.

Pour V. Lundmark[10], l'hôpital magnétique propose un contexte organisationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé.

En outre, à l'instar du programme PACTE de la HAS, l'hôpital magnétique concilie qualité de vie au travail et qualité des soins. En somme, un hôpital magnétique est « un hôpital où il fait bon travailler *[et]* en est un où il fait bon se faire soigner » (Brunelle, 2009).

M. Kramer et C. Schmalenberg[11] identifient huit dimensions de l'hôpital magnétique parmi ses facteurs organisationnels :

- une culture du soin centrée sur les besoins du patient ;
- des soignants experts dans leur art ;
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels ;
- un *leadership* infirmier de type transformationnel ;
- un mode de management participatif favorable à l'*empowerment* des soignants ;
- un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants ;
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique ;
- une gestion adéquate des effectifs, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

[9] McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. (1983). Magnet hospitals attraction and retention of professionnal nurses. American Nurses' Association.
[10] Lundmark, V. A. (2008). Magnet Environments for Professional Nursing Practice. In R. G. Hughes (Ed.), Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
[11] Kramer M., Schmalenberg C. (1988). Magnet Hospitals: institutions of excellence. *The Journal of nursing administration*, *18*(1/2).

Aussi, ce sont l'ensemble de ces éléments qui vont définir et permettre de mesurer le magnétisme hospitalier (Sibé, 2020). Même si le modèle est pensé pour le personnel infirmier, il est loisible de concevoir que des effets bénéfiques seront attendus à l'échelle de l'établissement et donc ruisseler sur l'ensemble de l'établissement. Par conséquent, les effets induits par les caractéristiques des hôpitaux magnétiques peuvent s'étendre à d'autres catégories de personnel que les infirmiers, et ce mode de management magnétique être attractif pour les personnels médicaux.

1.4.3 Le *lean management*, levier de performance et d'attractivité

Le *lean* est le terme adopté par une équipe de chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) menée par J. Womack dans ses travaux d'analyse du système de production mis en place par Toyota dans le secteur automobile. Le *lean management* est une forme d'organisation inspirée du « toyotisme » qui consiste à éliminer les gaspillages qui n'apportent pas de valeur ajoutée au client/patient, tels que par exemple les interruptions, retards, erreurs, etc. pour améliorer les flux des clients/patients, des informations ou des biens. Il prône notamment une démarche d'amélioration continue (*kaizen*) de la qualité et des processus ainsi qu'une responsabilisation du personnel.

A l'instar d'autres secteurs d'activités, notamment de services[12], le *lean management,* que l'on retrouve également sous le terme « *lean healthcare* », « *lean hospital* », « *lean medical* », « *lean health* » ou « *lean* santé », tend à s'implanter dans différents systèmes de santé que ce soit en France à l'AP-HP et certains CHU (Toulouse, Lyon, Grenoble), en Belgique, au Québec, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis ou dans les pays scandinaves, etc. La première application du *lean management* dans le système de santé interviendrait à partir du milieu des années 90 (Brandao de Souza, 2009).

Le *lean management* a été adapté et appliqué pour le secteur hospitalier pour améliorer la performance et l'efficacité des hôpitaux dans un environnement budgétaire restreint, réduire les gaspillages et optimiser la qualité des soins. La méthode *lean* s'intéresse également aux surcharges de travail pour les agents (*muri*).
Pour ce faire, les outils classiques du *lean* ont été adaptés tels que la méthode des 5S[13] particulièrement adaptée aux services de soins.
La démarche *kaizen* d'amélioration continue également en encourageant les agents à identifier des axes d'amélioration dans les processus dans les services de soins, logistiques ou administratifs.

[12] Les principes Lean peuvent être appliqués à pratiquement n'importe quel système de production (Womack et Jones, 1996)
[13] Du japonais *Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke* qui peut se traduire Trier, Ranger, Nettoyer, Standardiser et Maintenir.

Le *lean* promeut le management visuel qui consiste à utiliser des outils visuels pour aider à la gestion et l'amélioration des processus de travail en rendant l'information accessible, compréhensible et partagée en temps réel par tous les acteurs. La méthode du *standup meeting* par exemple permet de valoriser l'engagement de chacun à la résolution des dysfonctionnements et des irritants. En effet, tous les agents d'un service ont la possibilité d'inscrire sur un tableau blanc les dysfonctionnements ou les opportunités d'amélioration qu'il a constatés. Lors du *standup meeting* chaque matin, ces points sont discutés en équipe pluriprofessionnelle afin d'y apporter une solution le cas échéant ou, *a minima*, de définir un échéancier de résolution pour la réunion suivante.

La méthode *Kanban* quant à elle s'inscrit dans le management visuel et consiste à suivre l'évolution des activités en temps réel. Elle peut être associée à la stratégie *just in* time qui consiste à réduire les stocks et les gaspillages en fournissant les ressources lorsque cela est nécessaire, au moment précis où elles sont demandées. Par exemple, elle permet de contrôler les stocks en fonction de la demande réelle des services et est particulièrement adaptée au circuit du médicament et des dispositifs médicaux avec le système « plein-vide ». Avec ce dernier, la quantité de stocks dans les services est fixe mais le déclenchement a théoriquement lieu au moment, imprévisible, où le seuil sera atteint, en général à la moitié de la dotation.

De même, la méthode *Gemba walk* est une pratique où les managers, directeurs ou chefs de service, se déplacent sur le terrain pour observer les processus, échanger avec les équipes et identifier avec elles des solutions d'amélioration.

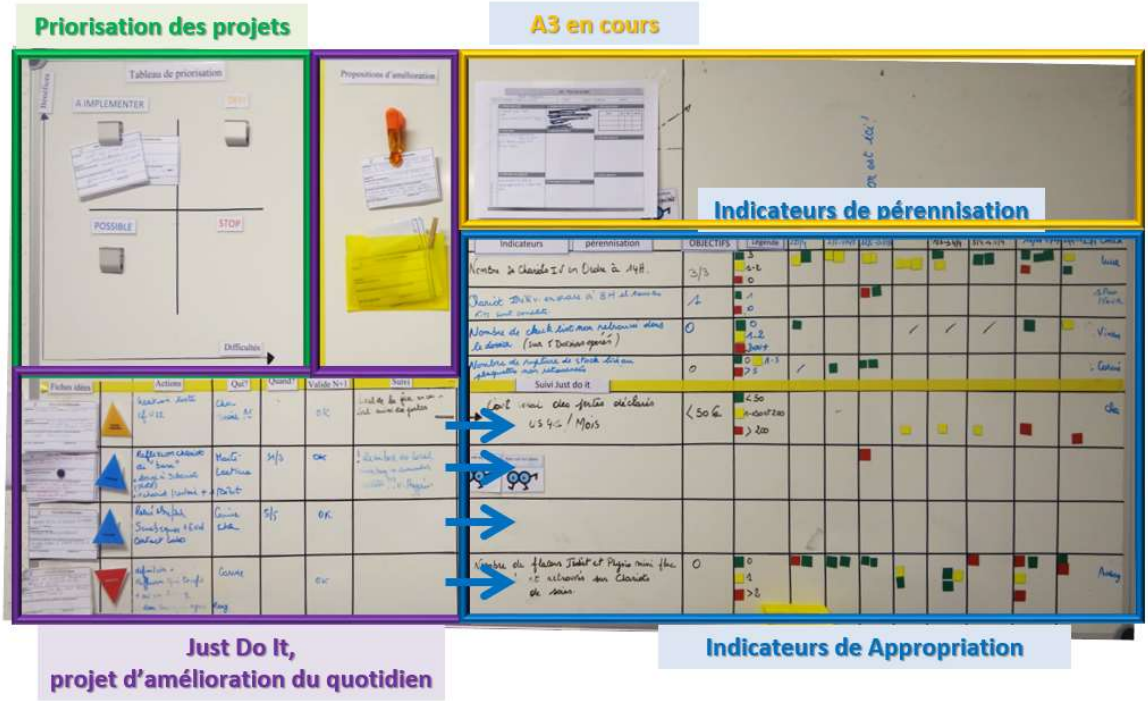

Fig. 3 : management visuel, tableau blanc utilisé dans un *standup meeting*

Source : A. Bouzette et P. De Coster

En conséquence, un organisme appliquant les principes du *lean management* se différencie des organisations traditionnelles et se distingue par son attractivité grâce à son approche basée sur l'amélioration continue. En théorie, travailler dans un environnement organisé, où le travail en équipe est valorisé, où les collaborateurs peuvent bénéficier de conditions propices à leur développement professionnel et où chacun est encouragé à participer à l'amélioration de l'activité est généralement motivant.

Dans une enquête réalisée sur 1200 hôpitaux aux Etats-Unis, 70% des établissements étaient engagés dans une démarche *lean* depuis cinq ans en moyenne (Shortell, Blodgett, Rundall, & Kralovec, 2018). Parmi ces établissements, les chercheurs ont observé que les effets significatifs en termes de résultats et de performance ont été statistiquement grandement corrélés avec le degré de maturité *lean* de l'hôpital[14] dans les dimensions suivantes :

- Implication du leadership ;
- Utilisation du management visuel quotidien ;
- Mise en place d'un système « d'apprenance » (d'apprentissage organisationnel).

Cependant, si le principal effet du *lean* est une amélioration de la performance, les conséquences sur la qualité de vie au travail sont controversées (Bourdu, Péretié, & Richer, 2016, p. 119). En effet, l'objectif premier de s'inscrire dans une démarche *lean* est d'améliorer la prise en charge des patients et non les conditions de travail du personnel hospitalier (Bouville & Trempe, 2015). Ainsi, le risque est d'entraîner une pression excessive pour atteindre cet objectif, augmentant le stress et la charge de travail. De même, la rationalisation des coûts peut engendrer une surcharge de travail en raison de ressources moindres.

La plupart des études ne prennent pas en compte l'incidence du *lean management* sur le personnel soignant (dont les médecins) et leurs conditions de travail. Toutefois, des travaux de recherche autour d'une enquête réalisée à l'AP-HP démontrent un lien potentiellement positif entre la mise en place d'une démarche *lean* et la satisfaction au travail (Chatain, Morellec, Garel, Rieutord, & Curatolo, 2020).

[14] Dans l'étude, seulement 12,6 % des hôpitaux déclarent être à une étape « mature » de leur démarche *lean* (Shortell, Blodgett, Rundall, & Kralovec, 2018, p. 6).

2 Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix est exposé aux défis liés à l'attractivité, nécessitant la mise en place d'une démarche de qualité de vie au travail du personnel médical

2.1 Le CHPM dispose d'atouts sur son territoire mais est confronté à des freins liés à sa socio-démographie et une difficulté à recruter certains praticiens

L'analyse du positionnement territorial de l'établissement et des indicateurs sociodémographiques permet de comprendre les variations de consommation de soins ou d'activité. Elle est également source d'explication des freins, limites et potentiels en matière d'attractivité et de qualité de vie au travail.

2.1.1 Un ancrage territorial fort du CHPM sur le pays de Morlaix et plus largement sur le Nord Finistère

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix est situé dans le Nord-Est du département du Finistère. Il est membre du GHT Bretagne Occidentale dont l'établissement support est le CHU de Brest et fait partie, avec le Centre hospitalier de Lanmeur, des deux établissements juridiquement autonomes du GHT. Les autres établissements publics de santé sont en direction commune avec l'établissement support :

- Centre Hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau ;
- Centre Hospitalier de la Presqu'île de Crozon ;
- Hôpital Le Jeune de Saint Renan ;
- Centre Hospitalier de Lesneven.

Enfin, l'Hôpital Régional d'Instruction des Armées Clermont-Tonnerre de Brest du Service de Santé des Armées est membre associé au GHT.

Le CHPM, qui emploie 2 030 agents dont 189 médecins, dispose de deux sites, d'une part, à Morlaix commune-siège de l'établissement et, d'autre part, sur la commune de Plougonven. Ceux-ci sont placés respectivement à 59 km pour le site morlaisien et 68 km pour le site de Plougonven du site de la Cavale Blanche du CHU de Brest. L'établissement propose une offre diversifiée de soins notamment en MCO. Son activité ambulatoire est en développement bien qu'inférieure à la cible fixée. L'offre sanitaire est complétée par l'activité de psychiatrie répartie sur 3 secteurs de psychiatrie adultes, un secteur infanto-juvénile et des unités intersectorielles et d'addictologie. Par ailleurs, l'établissement propose une offre médico-sociale en propre et avec ses établissements en direction commune.

Le CHPM est un établissement atypique en Bretagne puisqu'il est le plus grand établissement en dehors des deux CHU et des établissements supports de GHT. Il est également le second établissement du GHT après le CHU de Brest.

Les activités et spécialités variées qu'il propose constituent un facteur d'attractivité en permettant aux praticiens de se spécialiser ou de se diversifier dans plusieurs domaines, de collaborer avec des collègues d'autres spécialités. Toutefois, ce large panel d'activités peut également être un frein puisqu'elle peut entraîner des difficultés organisationnelles, notamment logistiques et administratives. Elle peut également présenter un risque de dilution des ressources entre les différentes spécialités. Par ailleurs, les équipes sont plus réduites ou fragmentées, ce qui peut les fragiliser rapidement en cas d'absentéisme ou de départ d'un praticien. Un faible nombre de praticiens dans une même discipline induit également une charge plus lourde de participation à la permanence des soins.

2.1.2 Une démographie médicale défavorable et une population vieillissante et relativement précaire qui freinent l'attractivité médicale

La zone de recrutement du Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, c'est-à-dire le territoire d'où proviennent les patients qui représentent 80 % de l'activité de l'hôpital, présente des caractéristiques marquées avec une population qui augmente faiblement mais qui vieillit.

En effet, d'après les données de l'INSEE et de l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires[15], sur la zone d'emploi de Morlaix qui représente 127 556 habitants en 2020, la population est relativement âgée avec une tendance vers un vieillissement démographique expliqué par la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans représentant 27,2 % de la population, les personnes âgées de plus de 75 ans représentant quant à elles près de 11,7 % de la population en 2020. Ce phénomène s'explique également par la baisse de la part des jeunes de 0 à 29 ans de 2009 à 2020 et la baisse du nombre de la naissance. Le taux de croissance de la population est faible puisqu'il est de 0,05 % par an avec un solde naturel de - 0,4 %, à peine compensé par un solde migratoire de + 0,4 %.

De même, au regard des données contenues dans le projet régional de santé, le vieillissement de la population devrait s'accentuer à l'horizon 2050 avec la forte croissance du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, soit près d'un habitant sur cinq en Bretagne. Le territoire de santé compterait quant à lui plus de 174 000 habitants âgés de 75 ans et plus, soit un accroissement de + 81 000 personnes par rapport à l'année 2018.

[15] https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/

Les seniors seraient ainsi près de deux fois plus nombreux à cet horizon qu'ils ne l'étaient en 2018.

En outre, l'isolement social est plus fréquent chez les 75 ans et plus. Ainsi, en 2018, la proportion de personnes de 75 ans et plus vivant seules à leur domicile dans le territoire de santé représentait 37 851 personnes, soit 45,8 % de l'ensemble des séniors.
La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est quant à lui de 5,1% des plus de 15 ans (10,2% de la pop active) ce qui est relativement faible sur le territoire de santé.

En ce qui concerne l'accessibilité aux médecins libéraux, la situation est plus contrastée. En effet, si la densité en médecins généralistes est élevée dans le Finistère, sur le Pays de Morlaix, elle est inférieure à la moyenne nationale d'un point (7,3 médecins généralistes en 2023 pour 10 000 habitants contre 8,3 pour la France).
En 2022, l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans est plus élevée dans le Finistère qu'au niveau national (4,3 consultations accessibles par an et par habitant contre 3,5 en France) mais ceci masque de fortes disparités selon les communes du territoire, le quart Nord étant sous-doté, même si la situation du Pays de Morlaix (3,8) est meilleure que le Centre-Bretagne.

En ce qui concerne la médecine de spécialité libérale (hors médecins généralistes) la densité du Finistère est supérieure à celle de la région mais ladite densité est inférieure en Bretagne par rapport au territoire national. A l'instar des médecins généralistes, ces spécialistes sont inégalement répartis sur le territoire de santé. Ainsi, la densité des pédiatres, pneumologues, psychiatres, dermatologues et gynécologues-obstétriciens est inférieure à la densité finistérienne et à la densité nationale. D'autres spécialités sont pas ou peu représentées en libéral comme la cardiologie ou la diabéto-endocrinologie.

L'offre de médecine libérale permettant d'assurer des soins de proximité reste ainsi insuffisante sur le Pays de Morlaix et peut expliquer le report observé sur le SAU du CHPM. Cependant, le CHPM fait face sur son territoire à la concurrence forte de la Clinique de la Baie, notamment dans les activités de chirurgie. La clinique de Morlaix présente des parts de marché plus faibles, puisqu'elle est de 12 % toutes activités de soins confondues alors que celle du CHPM est de 32 %, mais sa zone d'attractivité est comparable.

Le taux de fuite, c'est-à-dire le pourcentage de la population de la zone de recrutement qui va se faire soigner dans un autre établissement de santé, est quant à lui relativement important puisqu'au regard des données PMSI est de 34,5 % toutes activités de soins

confondues principalement au profit du CHU de Brest (22,5 %), suivi des cliniques privées brestoises (10,1 % du total). Le taux de fuite est de 28,5 % en médecine et monte à 41,3 % pour la chirurgie.

Ces facteurs vont influencer non seulement la demande en soins mais aussi les conditions de travail pour les praticiens, les opportunités de carrière et la qualité de vie, y compris pour les conjoints. Or ces aspects peuvent constituer des freins à l'attractivité médicale en pesant dans la décision des médecins de s'établir au CHPM.

2.1.3 Au sein du CHPM, le déficit de la ressource médicale est plus ou moins marqué selon les spécialités.

Les besoins de l'établissement sont de 154,35 équivalents temps plein médicaux (hors maïeuticiens). Or, au regard du tableau de suivi des effectifs médicaux, après prise en compte des praticiens contractuels, affectés sur des lignes de praticien hospitalier, on peut parler de 26 ETP médicaux vacants au sein du CHPM.

Certaines spécialités sont plus touchées que d'autres, puisqu'au regard de ces éléments, les spécialités de psychiatrie (7,5 ETP vacants), d'anesthésie-réanimation (4,2 ETP) de gériatrie (3,9 ETP), de radiologie et imagerie médicale (3 ETP), d'otorhinolaryngologie (2,7 ETP) et de cardiologie (1,4 ETP) sont les plus concernées.

Dans ses éléments statistiques au 1er janvier 2024, le CNG indique pourtant que la Bretagne possède une densité de praticiens hospitaliers supérieure à celle observée au niveau national, soit 81 praticiens pour 100 000 habitants au 1er janvier 2024 contre 71 en moyenne pour l'ensemble de la France. Hormis en odontologie et en psychiatrie, la densité des PH dans les différentes disciplines est supérieure ou égale à la densité de France métropolitaine.

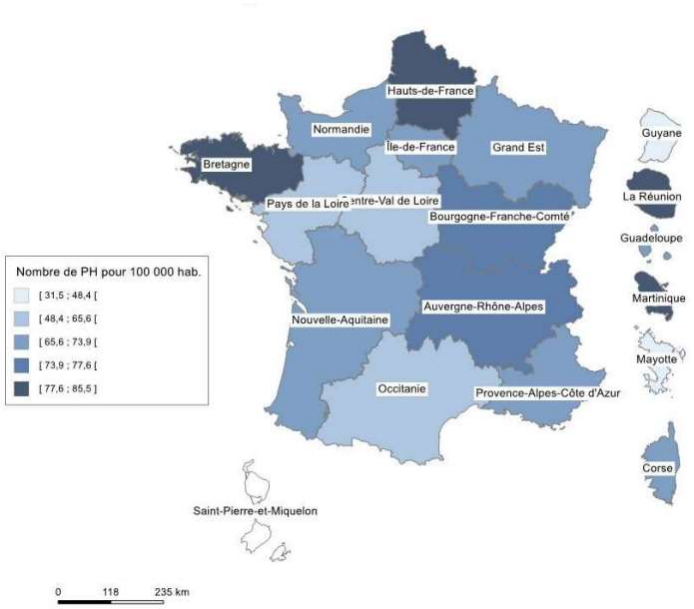

Fig. 4 : Densité des praticiens hospitaliers au 1er janvier 2024

Source : CNG, SIGMED, INSEE, 2024

Toutefois, la situation est contrastée sur les différents territoires de santé notamment celui du territoire de santé Nord-Finistère où se situe le GHTBO. En outre, l'indicateur de taux de vacance de postes présentée par le CNG, présente un biais. En effet, ces données sont issues de l'application SIGMED et sont statutaires, c'est-à-dire que la vacance est liée au corps de praticien hospitalier. Au regard des observations faites sur le terrain, certains postes de PH ne sont pas considérés comme vacants car l'établissement peut avoir recruté un praticien contractuel et ne pas proposer le poste aux tours de recrutement. Dès lors, si les statistiques nationales du CNG sont précieuses pour observer les variations de personnel et la tendance de perte d'attractivité de certaines régions ou disciplines, elles ne concernent que le statut de praticien hospitalier qui reste, certes, un indicateur important de stabilité. Or, la situation peut être plus contrastée dans les établissements.

2.2 Pour pallier ce déficit d'attractivité, le CHPM a mis en place des mesures en faveur du personnel médical

2.2.1 Le CHPM a adapté ses modalités de recrutement aux situations d'absentéisme ou de vacance de poste

En ce qui concerne les effectifs médicaux incomplets ou en cas d'absentéisme non compensable en interne, la DAM échange avec les chefs de service sur les plannings prévisionnels afin d'identifier le plus en amont possible les périodes où des renforts extérieurs sont à prévoir.

Dans l'éventualité où un besoin de remplacement est identifié :

- La DAM sollicite le réseau de remplaçants habituels qu'elle a constitué (intervenant en prime de solidarité territoriale, en intérim ou en CDD). Les points positifs de ce « pool » de remplaçants est une facilité d'intégration dans un établissement connu, la connaissance des équipes et du poste et la fidélisation du praticien en vue d'un recrutement. L'inconvénient, selon la directrice des affaires médicales, est que cela "entretient parfois une forme de rente de situation" pour des intérimaires locaux qui profitent d'une rémunération très confortable, dans un environnement maîtrisé, sans les inconvénients des déplacements à distance et de l'adaptation à un environnement nouveau à chaque mission. De fait, cela ne les encourage pas à intégrer la carrière publique.
- Si ce réseau ne peut répondre au besoin de remplacement, l'établissement recoure aux agences d'intérim dans les conditions fixées réglementairement.

En ce qui concerne néanmoins les recrutements à long terme sur des postes vacants, la DAM a mis en place des modalités spécifiques de recrutement.

- Le suivi des effectifs médicaux est réalisé par la DAM et partagé régulièrement avec les chefs de service, la PCME et le directeur. Pour chaque recrutement, ces acteurs déterminent la stratégie, formalisent la fiche de poste puis diffusent l'annonce de recrutement ;
- Le suivi des postes vacants par spécialité et par établissement est quant à lui partagé au niveau du GHT dans le cadre des réunions des DAM, des réunions DAM/PCME. Il est également présenté en GAPEM, l'instance du CHU qui travaille sur les prospectives de postes médicaux à trois ans, de plus en plus dans une logique de filières de soins territoriales en développant les postes partagés au sein du GHT.

Enfin, l'établissement a également mobilisé le recours à des praticiens étrangers (6 postes de stagiaires associés en 2024 et 7 postes de praticiens associés) pour compléter les effectifs ou pallier les postes vacants. Toutefois, ce levier a déjà été activé à un niveau élevé dans la plupart des hôpitaux, y compris sur le territoire, et ne laisse que peu de marge de manœuvre (Riet, 2023).

L'ensemble de ces mesures est prévu par les textes, cependant le CHPM n'avait pas encore activé de manière aussi significative ces leviers de recrutement jusqu'en 2022.

2.2.2 L'intégration des professionnels médicaux a été renforcée pour tenter de les fidéliser

Le second axe de travail de la DAM concerne l'intégration des nouveaux professionnels dans les services. Plusieurs étapes sont formalisées dans le processus de recrutement, avec plusieurs échanges directs avec les praticiens de la part de la directrice des affaires médicales et de son adjointe. Cette approche directe et simplifiée est, de fait, liée à la taille réduite de l'équipe DAM, mais est volontairement cultivée pour créer une proximité d'échange, par différenciation avec les établissements plus grand, dont le CHU de référence, où la relation est moins personnalisée. L'idée étant de se singulariser.
En outre, un entretien avec la DAM est systématiquement proposé aux praticiens nouvellement recrutés dans le premier mois de la prise de poste. Cet entretien permet de répondre aux questions diverses que le praticien peut se poser, et pour la DAM, de s'assurer que l'intégration au CHPM se fait au mieux (au-delà de la consultation du chef de service). Pour la DAM, c'est également l'occasion de capitaliser sur une forme de « rapport d'étonnement » de la part des nouveaux arrivés.
Ensuite, la DAM a instauré une procédure d'accueil, incluant une formation au dossier patient informatisé proposée à tous les nouveaux praticiens recrutés.
Enfin, un livret d'accueil à destination des médecins existe et est en cours d'actualisation.

Des initiatives spécifiques aux internes ont été développées :

- Une journée d'accueil des internes tous les 6 mois (ouverte aux Faisant fonction d'internes et aux stagiaires associés) ;
- Un livret d'accueil pour les internes aux urgences ;
- Des sessions spécifiques thématiques ponctuelles par exemple sur la prévention du risque suicidaire, le recours à l'hospitalisation à domicile, des sensibilisations sur les précautions complémentaires en hygiène ;
- Des *serious games* sont également utilisés comme un jeu de piste sur la thématique de la gestion du risque infectieux.

2.2.3 Des initiatives ont été déployées pour renforcer l'attractivité du personnel médical

Enfin, le dernier axe travaillé par la DAM du CHPM est celui des mesures d'attractivité à destination des praticiens.

L'établissement a en premier lieu décidé de développer les temps partagés, dans les conditions prévues par le décret du 14 mars 2017, en particulier avec le CHU de Brest établissement support du GHT mais également d'autres établissements du GHT. Plus

classiquement, d'autres conventions existent avec d'autres établissements de santé, notamment privés d'intérêt collectif. Ainsi, le CHPM possède 46 postes partagés, soit 24,3 % du total de médecins employés. Sans temps partagé, une partie de ces praticiens n'auraient pas souhaité exercer au CHPM.

En second lieu, le CHPM encourage les demandes de temps partiel, ce qui permet au personnel médical de mieux concilier vie professionnelle et personnelle. Il en est de même pour l'exercice mixte ville/hôpital. Les jeunes médecins peuvent ainsi privilégier un mode d'exercice plus souple avant de s'engager dans une carrière hospitalière et aux médecins libéraux intéressés de bénéficier des plateaux techniques de l'hôpital.

Enfin, l'établissement a mis en place certaines actions spécifiques pour favoriser l'attractivité médicale et fidéliser les professionnels en mobilisant plusieurs leviers. En faveur des anesthésistes par exemple, le CHPM a mis en place une nouvelle organisation médicale couplée avec une rémunération attractive (temps continu et contrat de praticien contractuel motif 2[16]). La collaboration chef de service/DAM a quant à elle été renforcée et un outil de gestion de planning a été mis en place.

2.3 Le CHPM a décidé d'attirer et fidéliser les personnels en améliorant les conditions de travail

2.3.1 Une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail définie et animée par un groupe de travail dédié mais qui n'est pas investie par les personnels médicaux

Un groupe de travail relatif à l'amélioration de la QVT a été mis en place en 2023 au sein du CHPM. Ce groupe est composé d'agents volontaires, de cadres de santé, des organisations syndicales, de la DRH, du chef d'établissement, de la coordinatrice générale des soins et de la PCME.

Trois axes de travail ont été dégagés par le groupe sur la base de l'analyse des résultats du baromètre social de l'ANFH :

- la communication ;
- la sécurisation des équipes ;
- « prendre soin de ceux qui soignent ».

[16] Article R. 6152-338, al. 2° CSP, cf. s*upra*.

Les travaux de ce groupe de travail font l'objet d'échanges et de validations dans les instances représentatives du personnel que sont le CSE et la F3SCT.

Parmi les projets issus des travaux du groupe de travail figurent :

- la mise en place des réunions "direction ouverte", qui se tiennent tous les vendredis en début d'après-midi à la fin des transmissions. ;
- la définition d'une grille d'entretien de mobilité au sein de l'établissement et un accompagnement possible pour la préparation à cet entretien ;
- La diffusion d'un questionnaire mobilité à l'ensemble du personnel non médical.

Cependant, force est de constater qu'hormis la présence de la PCME et des sages-femmes, ce groupe de travail n'est pas investi par les personnels médicaux alors qu'il leur est possible de l'intégrer. Or, en parallèle, la CME ne dispose pas de sous-commission dédiée à l'amélioration des conditions de travail. Dans ces conditions, la DAM, en association avec la Présidente de CME, ont décidé d'initier une démarche de qualité de vie au travail à l'égard du personnel médical spécifiquement.

2.3.2 L'un des objectifs du projet d'établissement dans son souhait d'implémenter la culture du Lean Management au sein des services est d'améliorer les conditions de travail

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2024-2028, la direction a souhaité implémenter la culture du *lean management* au sein des services de soins, administratifs et techniques, en particulier dans son projet managérial et son projet social.

Toutefois, il est important de souligner que le *lean management* ne doit pas se limiter à de simples exercices de réduction des coûts, de la durée moyenne du séjour (DMS) ou de la réduction du temps d'attente des patients. L'établissement doit s'assurer que la qualité des soins et la sécurité des patients ne sont pas compromises et que la satisfaction au travail du personnel est bien prise en compte (Brandao de Souza, 2009).

Dans l'élaboration du projet d'établissement, dans un environnement contraint, du fait de la situation budgétaire de l'établissement, l'objectif du passage au *lean management* est triple :

- Le management est orienté sur l'amélioration continue des process patients et centré sur la responsabilisation des acteurs ;
- Le travail participatif en équipe est valorisé, les acteurs sont responsabilisés dans une démarche de résolution des problèmes ;
- La recherche de la qualité et de la sécurité des soins est essentielle.

Une partie des praticiens se sont investis dans cette démarche puisque huit chefs de pôle et/ou de service ont assisté à la première présentation du *lean management* à l'ensemble de l'encadrement médical, soignant, administratif et technique et treize autres se sont inscrits au séminaire dédié qui s'est tenu fin mai 2024. De plus, suite à un appel à candidature diffusé dans l'établissement, cinq binômes chefs de service et cadre de santé se sont portés volontaires pour bénéficier d'une formation plus poussée aux outils *lean* appliqués au co-management de service.

Cette dynamique est favorable à l'implémentation du *lean management* au sein du CHPM puisqu'impliquer les managers dans ce processus d'amélioration continue favorise la communication des objectifs de ce nouveau mode d'organisation afin de favoriser l'adhésion et réduire les résistances au changement.

2.4 L'enquête sur la qualité au travail des personnels médicaux permet d'établir un diagnostic QVT et d'identifier les attentes des praticiens

2.4.1 Le choix de l'enquête de terrain s'est avéré le plus adapté pour évaluer le niveau de la politique QVT menée par l'établissement.

En premier lieu, il a fallu définir un périmètre d'enquête clair, afin de s'assurer de la représentation des acteurs composant le personnel médical : médecins, chirurgiens, pharmaciens, internes et assimilés ainsi que les sages-femmes. Après échanges avec la DAM, il s'est avéré plus opportun de ne pas inclure ces dernières dans l'étude puisqu'elles participent d'ores-et-déjà au groupe de travail évoqué *supra*. Il a également été convenu de dissocier les internes en raison principalement du calendrier de l'enquête lié à celui du stage d'élève directeur d'hôpital. En effet, le renouvellement des stages d'internat intervenant au milieu de cette période n'aurait pas permis de cibler exhaustivement les attentes des internes. Ce choix a été discuté et précisé lors d'une CME en présence du représentant des internes.

Par ailleurs, l'élaboration de la grille de questions a été fait pour englober les vécus et les attentes des professionnels retenus à savoir les médecins, chirurgiens, pharmaciens, biologistes, y compris les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE).
En termes de méthode, il a été jugé pertinent d'associer dès la conception de la grille la DAM et la PCME, qui ont validé le questionnaire.

Le questionnaire comprend neuf axes comportant en tout trente-sept questions alternativement fermées et ouvertes :

- Profil ;
- Accueil et prise de fonction ;
- Expérience au travail ;
- Fonctionnement du service ;
- Possibilités de développement personnel ;
- Instauration d'un entretien individuel ;
- Valeurs partagées de l'établissement ;
- Conciliation vie professionnelle et vie personnelle ;
- Mise en place d'une démarche d'attractivité par la QVT.

Il a été décidé de diffuser le questionnaire par mail par le secrétariat de la DAM. Les praticiens avaient également la possibilité de compléter le questionnaire en version papier. Seuls trois d'entre eux ont procédé de cette manière.

Une période de sept semaines a été laissée aux praticiens. Une première relance a été initiée après trois semaines et une ultime relance par l'élève directeur à quelques jours de la clôture en dernière semaine de campagne d'enquête. Ce dernier a ensuite colligé et analysé les réponses des praticiens.

2.4.2 Des praticiens motivés et satisfaits de leur travail auprès des patients et résidents, cependant centrés sur leur service au détriment de la vie institutionnelle

38 praticiens ont répondu à l'enquête ce qui représente 20,1 % du personnel médical toutes spécialités confondues. Ce taux de retour est encourageant compte tenu du contexte de l'enquête, avec la préparation et le déroulement de la certification HAS et le lancement des travaux du nouveau projet d'établissement, même s'il n'est pas tout-à-fait significatif et montre les limites de l'exercice. Les répondants sont en majorité praticiens hospitaliers, soit 76,3 %, suivis des praticiens contractuels, soit 18,4 %. Seulement 5,2 % des assistants ont répondu au questionnaire. Un peu moins de la moitié des répondants est âgé entre 35 à 50 ans (47,4 %) et présente une ancienneté dans l'établissement entre 6 et 15 ans (50 %). 60,5 % exercent des fonctions d'encadrement ce qui est supérieur en proportion au nombre d'encadrants par rapport à l'ensemble de la communauté médicale du CHPM. Ces praticiens sont éventuellement plus enclins à participer à répondre à ce type d'enquête, ce qui en fait une seconde limite.

L’analyse des réponses met en avant une motivation importante et une incidence positive du travail auprès des patients ou des résidents. Ainsi, 86,9 % estiment que les personnels sont motivés par leur travail. Les répondants considèrent également que la qualité du service rendu aux patients / résidents et le sens du travail ont une incidence positive importante sur leur qualité de vie au travail.

Les résultats mettent en exergue un attachement fort au service. 93,4 % estiment avoir été bien accompagnés par leur chef de service et l’équipe du service lors de leur prise de poste. 92,1 % des répondants se sentent soutenus par leurs confrères / consœurs et l’équipe soignante et 68,4 % par leur chef de service. Ceci n’est pas surprenant, le service étant considéré comme le lieu le plus adéquat pour renforcer le sens du travail (Rousseau & D'Autume, 2018).
Cependant, cet attachement se fait au détriment du pôle et de l’institution. Contrairement au projet de service dont 73,6 % y contribuent, 73,6 % des répondants s’estiment au contraire peu ou pas impliqué dans l’élaboration du projet médical. De même, 71 % se considèrent insuffisamment informés et/ou associés aux projets et orientations stratégiques portés par la gouvernance. Enfin, si environ 86 % des répondants indiquent participer régulièrement aux réunions d’équipe médicale ou aux réunions de service, il en va autrement des bureaux de pôle, des groupes de travail institutionnels ou de la CME et de ses sous-commissions (33 %). Ces résultats démontrent un certain détachement envers cette dernière et l’institution elle-même.

Ce détachement transparaît des réponses concernant le fonctionnement de l’établissement. Outre le soutien de l’institution vu *supra*, les répondants perçoivent négativement les relations avec l’institution que ce soit sur la conciliation vie professionnelle / vie personnelle (63,1 %), l’organisation du travail dans l’établissement (55,3 %). Sans surprise, l’incidence de la charge de travail et perçue négativement sur la QVT par environ 59 % et le manque de moyens humains par 51 % des répondants.

Par contre, les praticiens perçoivent plutôt positivement les éléments tenant à leur développement personnel. 68,4 % des praticiens considèrent avoir la possibilité de développer leurs compétences, notamment par le DPC et 55,3 % des répondants sont favorables à bénéficier d'une formation permettant de renforcer leurs compétences managériales et 60,5 % à bénéficier d'une formation à la conduite de projet / conduite du changement. Finalement, si seulement 47,4 % des praticiens ont bénéficié d’un entretien individuel, 68,2 % estiment que cet entretien a paru utile.

Enfin, si 44,7 % des répondants sont intéressés à participer à la mise en œuvre d'une action d'amélioration de la QVT médicale, seuls 28,9 % sont intéressés à participer à un groupe de travail, comité de pilotage, commission d'amélioration de la QVT médicale, principalement en raison d'un manque de temps. Par conséquent, il appartient à la gouvernance d'engager la démarche en encourageant l'implication des praticiens ou, tout du moins, en encourageant leur retour sur le processus et sa mise en œuvre (*feedback* ascendant) et non pas seulement lors des entretiens annuels.

Pour ce faire, un plan d'action ambitieux peut être proposé ou être intégré à la réflexion sur le projet social et le projet managérial du futur projet d'établissement, voire dans de véritables lignes directrices de gestion du personnel médical.

3 Le lancement d'un plan d'action sur la qualité de vie au travail des personnels médicaux est nécessaire pour améliorer l'attractivité du CHPM

3.1 L'enquête auprès des praticiens a permis d'identifier les axes d'un plan d'action institutionnel

3.1.1 Au-delà des demandes de recrutement, l'enquête a permis d'identifier les axes d'amélioration prioritaires

Il découle des premiers entretiens informels et constats sur le terrain qu'il était nécessaire de convaincre les praticiens que le sujet de la QVT pouvait déboucher sur des actions concrètes en leur faveur. En effet, il ressort notamment des commentaires recueillis sur les actions mises en place lors de la semaine de la QVT, qui s'est tenue du 17 au 21 juin 2024 au CHPM, que la démarche QVT est perçue comme centrée principalement sur des mesures liées au bien-être, pouvant être jugées superficielles. Parmi les mots forts utilisés, un chirurgien par exemple a indiqué *« Si vous voulez vraiment être efficaces, recrutez du personnel pour soulager la surcharge de travail des équipes et réduire l'absentéisme au lieu de gaspiller de l'énergie et du budget dans des mesures "gadgets" et ponctuelles »* ou un urgentiste « *Peut-être qu'il faudrait commencer par du personnel et des lits et ensuite nous ferons de la lumino-relaxothérapie tous ensemble* ». L'enquête illustre ces préoccupations puisque les répondants ont non seulement placé la charge de travail et le manque de moyens humains comme ayant une incidence négative forte sur leur QVT mais ont soulevé ces points dans de nombreuses questions ouvertes du questionnaire.

Or, si le sujet de la charge de travail, du turnover et des difficultés de recrutement reste également une problématique majeure et ne doit pas être occultée, la démarche QVT ne se limite pas à l'amélioration des conditions de travail mais s'articule avec la qualité de service rendu aux usagers et la performance des organisations[17].

Par suite, quatre axes de réflexion ont été identifiés à savoir :

- L'amélioration des conditions de travail en tant que telle ;
- Donner de l'intérêt aux postes et l'envie de participer à la vie institutionnelle ;
- Accompagner les praticiens dans leur carrière et renforcer la reconnaissance au travail ;

[17] Cf. définition de la QVT de l'ANI citée *supra*.

- Concilier vie professionnelle et vie personnelle et la prise en compte des évolutions sociétales.

3.1.2 Un plan d'action pouvant constituer la base d'un projet social médical et *in fine* de véritables lignes directrices de gestion médicales

A partir des résultats du diagnostic QVT et de l'identification des sujets prioritaires à améliorer, notamment au vu des propositions d'évolution formulées par les praticiens, il a été possible de proposer un plan d'action.

Ce dernier a été conçu de manière à pouvoir, le cas échéant, servir de point de départ pour une réflexion susceptible d'être intégrée au projet social et au projet managérial. Dès 2014, la FHF proposait d'intégrer dans le projet social d'établissement les réflexions concernant la QVT du personnel médical (Fédération Hospitalière de France, 2014). Cette proposition a été reprise par le rapport Le Menn (Le Menn & Chalvin, 2015). Certains établissements ont d'ailleurs procédé de cette manière comme par exemple l'AP-HP (Demanet, 2015) ou le Centre hospitalier de Gonesse (Pihouée & Venutolo, 2019).

Ceci aurait le mérite d'être établi de manière concertée et de faire converger les besoins et préoccupations des personnels médicaux et non médicaux. L'objectif est de créer un environnement de travail sain et motivant pour l'ensemble des équipes. L'élaboration de ce document stratégique peut se faire de deux manières : d'une part, un projet social spécifique au personnel médical ou, d'autre part et de préférence, un projet social intégrant le personnel médical avec éventuellement des aspects spécifiques aux praticiens.

Le projet social et les lignes directrices de gestion se recoupent et il pourrait être intéressant de formaliser la stratégie pluriannuelle de pilotage des affaires médicales dans des LDG médicales.

En effet, issues de l'article 30 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, les LDG définissent la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines en ce qui concerne le personnel non médical. Or, même si le personnel médical ne relève pas du statut de la fonction publique hospitalière et n'est donc pas concerné par lesdites lignes directrices de gestion, l'établissement pourrait adopter des mesures similaires ambitieuses en faveur de la communauté médicale.

Dans le volet consacré aux personnels médicaux de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail « Prendre soin de ceux qui nous soignent », le ministère proposait de créer au sein de chaque CME une sous-commission en charge de la qualité de vie au travail des

personnels médicaux (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016). Avant même cette proposition, l'AP-HP avait quant à elle mis en place une commission de la vie hospitalière, respectivement au niveau local et au niveau central, s'intéressant aux préoccupations, aux ressentis et aux difficultés des praticiens dans leur exercice professionnel (Demanet, 2015).

Partant du constat que le groupe de travail QVCT mis en place dans l'établissement n'a pas été investi par les personnels médicaux, cette sous-commission, ou tout du moins un comité de pilotage *ad hoc*, pourrait participer à l'élaboration de ce projet social médical et suivre les actions qui auront été adoptées.

S'il est préférable que son président soit élu par la CME, les membres de cette sous-commission ne doivent pas nécessairement en émaner. En effet, compte tenu des résultats de l'enquête, sa composition devrait être la plus large possible avec des professionnels volontaires, outre la présence du médecin du travail, membre de droit. Un rythme de réunion trimestriel paraît le plus approprié, la DAM intervenant à titre consultatif. La sous-commission pourrait également se réunir en tant que besoin.

3.2 Le plan d'action, par ses préconisations, entend répondre aux préoccupations et propositions des praticiens

3.2.1 Amélioration des conditions de travail, bien accueillir les praticiens et leur donner envie de rester dans l'établissement

A) Formaliser la procédure d'accueil des praticiens

En premier lieu, l'accueil des nouveaux praticiens pourrait être renforcé et formalisé au niveau de la direction des affaires médicales, afin de permettre aux nouveaux praticiens de se familiariser avec l'institution, les équipes, le projet d'établissement, le rôle de l'établissement sur son territoire ainsi que les conditions d'exercice et les ressources matérielles mises à leur disposition (Le Menn & Chalvin, 2015).

Dans l'enquête, certains professionnels ont proposé l'organisation de visites guidées de l'établissement. Organiser une telle visite des locaux pourrait être effectivement une mesure intéressante pour permettre aux praticiens de se familiariser avec les différents services, salles de réunions, espaces de détente ou de restauration.

D'autres ont proposé de transmettre des informations statutaires par exemple à leur arrivée. Une information sur le concours de praticien hospitalier ou les contrats peuvent être communiqués lors d'une journée dédiée ou lors des entretiens d'accompagnement (cf.

infra). De même, les répondants proposent d'informer les nouveaux arrivants sur le bassin de vie, notamment la vie scolaire et les lieux de culture pour « donner envie de venir et de rester ». Ainsi, l'établissement peut se rapprocher des collectivités territoriales qui peuvent faciliter l'arrivée du médecin et de sa famille. Ce point a été abordé au printemps lors d'un Conseil de surveillance. Les collectivités sont prêtes à intervenir lors d'une journée d'accueil ou à transmettre des informations sur les initiatives déjà mises en œuvre. L'intercommunalité propose par exemple un service dédié à la recherche d'emploi du conjoint[18].

Par ailleurs, la DAM attribue des logements dans le parc locatif privé au cas par cas à certains praticiens, principalement pour les PADHUE, pour une durée de trois mois pour les praticiens associés et pendant toute la durée du stage pour les stagiaires associés. Il serait opportun de formaliser cette mesure d'attractivité dans une charte ou un protocole. En effet, en formalisant cette mesure, le CHPM peut clairement définir les critères d'éligibilité tel que le statut éligible (PADHUE, praticien contractuel de remplacement, etc.), la durée de l'engagement de trois mois et les modalités d'attribution du logement. Cette formalisation permet également de garantir une application cohérente pour tous les candidats concernés, réduisant les risques d'inégalité de traitement. En outre, en formalisant cette mesure, l'établissement peut détailler les droits et obligations de chacune des parties, s'assurer que la procédure respecte les cadres légaux et réglementaires, limitant ainsi les risques de litige. Cette mesure devra être suivie et évaluée, afin de la réviser le cas échéant.

En conséquence, la plupart de ces informations pourraient être communiquée au nouveaux arrivant lors d'une journée d'accueil à l'image de la journée d'accueil des internes. Jusqu'à présent, ils pouvaient participer aux journées d'accueil organisées semestriellement pour l'ensemble du personnel recruté dans l'établissement. Or, il a été constaté que les médecins participaient peu à ces journées.

Les journées organisées semestriellement pour les internes (cf. *supra*) ont de bons retours de ces derniers. Aussi, une journée spécifique au personnel médical pourrait être organisée sur le même modèle avec présentation des confrères, des temps d'échanges sur les pratiques et les projets médico-soignants. La constitution d'un trombinoscope de l'ensemble des praticiens a également été proposée parmi les propositions issues du questionnaire QVT.

[18] https://emploi.morlaix-communaute.bzh/rapprochement-de-conjoints

B) Assurer la qualité de l'environnement physique

En deuxième lieu, il ressort de l'enquête que 71,1 % des praticiens estiment disposer aujourd'hui des équipements matériels – informatique, téléphonie, biomédical – nécessaires pour mener à bien leurs missions. Cependant, certains professionnels regrettent que des formations aux différents logiciels utilisés ne soit pas systématiquement proposée. L'établissement propose bien une formation au dossier patient informatisé aux nouveaux arrivants aussi, celle-ci pourrait être complétée au cas par cas.

Par ailleurs, plusieurs praticiens regrettent que l'ensemble du matériel ne soit pas nécessairement fourni lors de son arrivée, notamment la carte de restauration, le badge de parking, les blouses, les accès informatiques (comptes courriel et logiciels métiers) ainsi que l'ordinateur et le téléphone (*DECT*).

Sans pour autant proposer un « kit de bienvenue », le CHPM pourrait préparer ce matériel en amont de l'arrivée du praticien et le lui fournir à son arrivée pour l'accueillir et lui souhaiter la bienvenue lors de son premier jour dans l'établissement.

Cette démarche permet au nouvel arrivant de se sentir accueilli et valorisé. Il bénéficiera de tout l'équipement pour commencer son activité dans de bonnes conditions. Il s'agit également d'un moyen de renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement et de créer rapidement des liens avec les autres directions et services. Ceci nécessite toutefois une coordination avec ces derniers, en particulier la direction des systèmes d'information et la direction des achats, de la logistique et des travaux.

Ces deux premières actions pourront être évaluées par l'intermédiaire d'enquêtes de satisfaction ou d'entretiens afin de recueillir les retours des praticiens pour améliorer continuellement ce processus d'accueil.

C) Mettre en place des programmes de mentorat

En troisième lieu, un système de mentorat peut être mis en place. Ce système permet à des médecins seniors volontaires de guider les nouveaux arrivants lors des premiers jours et de les accompagner dans leur prise de fonction. Le mentorat est une démarche innovante qui accompagne les médecins juniors et les aide à s'intégrer et à progresser dans leur carrière notamment au sein de l'hôpital. En outre, le soutien d'un mentor permet au jeune professionnel de gérer les défis ou difficultés rencontrés en début de carrière et contribue à une meilleure QVT en réduisant son stress et son anxiété. De même,

l'accompagnement par un mentor permet aux médecins juniors de développer plus rapidement leurs compétences cliniques et non-cliniques.

Une étude dans un CHU s'est intéressée au mentorat et l'analyse comme un prolongement du médecin-manager (Duchamp & Persson, 2012). Les chercheurs expliquent également que le mentorat a une double fonction puisque, d'une part, il participe au développement de carrière et, d'autre part, il permet une intégration psychosociale, voire un apprentissage comportemental pour les médecins managers juniors lorsque le mentor devient un modèle (*role modeling*). Si cette étude n'a pas étudié les effets potentiels sur l'attractivité de l'établissement, la dynamique intergénérationnelle encourage une culture de partage des connaissances et de collaboration. En interne, elle favorise la fidélisation des jeunes professionnels en favorisant un sentiment d'appartenance et d'engagement. Vers l'extérieur, un programme de mentorat structuré peut être attractif pour de nouveaux praticiens puisqu'il démontre que l'établissement se soucie du développement et du bien-être de ses praticiens. Si l'établissement s'engage dans le mentorat, il est intéressant de co-écrire une charte mentor-mentoré avec ces derniers afin d'éviter les risques qui pourraient avoir une incidence sur la carrière comme une relation de pouvoir délétère de type « mandarinat ».

D) Développer des actions de consolidation d'équipe

L'établissement peut en quatrième lieu favoriser des temps informels entre praticiens en leur permettant d'organiser des temps d'échanges professionnels conviviaux lors de sessions de consolidation d'équipe (*team building*), de déjeuners professionnels ou d'évènements sociaux. La consolidation d'équipe permet de travailler l'intelligence collective de manière ludique en tirant profit du fait d'être ensemble pour créer de la cohésion dans une équipe et la rendre plus performante Elle a pu être pratiquée avec succès dans certains établissements publics de santé comme le CHU de Toulouse (Chapuis, Vielfaure-Chapuis, & Didier, 2021).

Certains praticiens proposent également de coupler ces évènements aux sessions de formation. Ces actions favorisent l'intégration des nouveaux arrivants au sein de la communauté médicale. De plus, dans le cadre d'une formation pluridisciplinaire, il permet d'apporter de la transversalité dans les relations entre professionnels de santé.

Enfin, le partage de pratiques professionnelles peut-être dispensé à travers une méthodologie de type co-développement, « méthode de partage et de coopération a vocation à clarifier des situations professionnelles et à faire émerger des solutions dans un cadre de confidentialité, d'écoute et de parité » selon la direction interministérielle de la

transformation publique. Le CHPM a formé les cadres supérieurs de santé au co-développement. Il pourrait donc l'étendre aux praticiens volontaires.

E) Favoriser le soutien psychologique des personnels médicaux et l'amélioration de leur bien-être

En dernier lieu, ces mesures demeurent importantes sans pour autant être « gadget ». Le projet de construction, au sein de l'établissement, d'un nouveau bâtiment regroupant les activités de médecine prévoit la création d'un espace de repos et d'échanges pour les médecins afin qu'ils puissent se détendre entre les consultations et interventions.

En ce qui concerne les autres actions de promotion du bien-être, la sous-commission QVT de la CME pourrait participer aux projets du GT QVCT et co-construire des actions pour apporter là encore de la transversalité à la démarche QVT du CHPM.

Enfin, l'établissement a lancé les travaux de mise en œuvre d'un dispositif de gestion des conflits par la médiation. La médiation est un mode alternatif de règlement des conflits qui repose sur la responsabilité et l'autonomie des participants. De manière volontaire et avec l'assistance d'un tiers neutre, impartial et indépendant, sans pouvoir décisionnel ou consultatif, la médiation facilite l'établissement ou le rétablissement des relations, ainsi que la prévention et la solution des conflits[19]. Elle permet ainsi de résoudre les conflits de manière constructive et rapide, de réduire les tensions au sein des équipes et *in fine* de contribuer à leur cohésion. De plus, elle permet de limiter et de prévenir les situations pouvant découler de relations de travail tendues telles que l'épuisement professionnel, la démotivation ou le *turnover*.

Au cours du stage, il est apparu qu'un membre de l'équipe de direction est en cours de formation, et que la PCME est très investie dans cette thématique. Cette dernière s'est d'ailleurs inscrite à une formation de médiatrice en 2025. De plus, la mise en œuvre de mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits est un critère standard du référentiel de certification des établissements de santé[20]. Le fait d'avoir des profils différents de médiateurs dans un processus, voire une équipe dédiée, permet également plus de réactivité sur des types de conflits variés.
Aussi, la formalisation d'un dispositif de gestion des conflits par la médiation peut améliorer la QVT et l'attractivité médicale d'autant plus qu'il s'agit d'une proposition émanant de plusieurs praticiens répondant à l'enquête QVT.

[19] https://www.cours-appel.justice.fr/sites/default/files/2019-04/code-de-déontologie-du-médiateur.pdf
[20] Critère n° 3.5.02 La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits

3.2.2 Donner de l'intérêt aux postes et développer l'engagement institutionnel par les pratiques de management

Si les difficultés de management entre les directions de l'établissement et les équipes de soins sont évoquées, les défauts du management de proximité tels que les « manques de reconnaissance au travail, l'absence de gestion des conflits et, d'une manière plus générale, l'incapacité à fédérer un esprit d'équipe » existent (Minvielle, 2021, p. 62). Aussi, les actions proposées ci-après se veulent pragmatiques pour améliorer la qualité du management.

A) Dynamiser la gouvernance interne par l'autonomisation des équipes dans le cadre du projet managérial d'établissement

Il est important d'impliquer le personnel médical dans les processus de prise de décision, notamment concernant les projets et orientations stratégiques portés par la gouvernance. Or, seulement 21,6 % des participants à l'enquête considèrent être suffisamment informés ou associés à ces derniers.

L'*empowerment* ou autonomisation est le fait de donner plus d'autonomie aux équipes médicales pour prendre des décisions et gérer leurs activités. Dans le cadre de l'implémentation du *lean management* au CHPM, il a été décidé en 2023 de lancer un processus de délégation de gestion. C'est ainsi qu'à compter de l'année 2024, une enveloppe a été déléguée aux pôles pour la gestion du budget du petit équipement du pôle. L'objectif est d'élargir progressivement cette délégation de gestion selon la logique développée comme d'autres établissements, notamment le modèle dit valenciennois (Lemaire, Gritton, & Bourret, 2017).

En effet, la délégation de gestion peut renforcer chez les praticiens le sentiment d'appartenance à l'institution et leur engagement. En d'autres termes, plus les médecins peuvent évaluer les effets de leur décision, plus ils sont enclins à s'investir dans le fonctionnement de l'établissement. Cette délégation de gestion est d'autant plus efficace lorsqu'elle s'intègre pleinement dans une politique institutionnelle cohérente. En définitive, cette gestion médicalisée est une source d'attractivité médicale qui a vocation à intégrer le projet managérial.

B) Développer les espaces de discussion pour accompagner la mise en œuvre du *lean management*

Un espace de discussion est un dispositif structuré et organisé permettant aux personnels de s'exprimer, d'échanger et de débattre sur leurs conditions de travail, leurs

préoccupations et leurs idées (Detchessahar, 2019). Or, il ressort de l'enquête que ce besoin de lieu de dialogue est clairement identifié voire proposé par certains praticiens. Aussi, des espaces conçus pour favoriser une écoute active et réciproque, où chacun peut s'exprimer et être entendu, encouragent un dialogue ouvert et constructif entre les équipes et la direction.

Les espaces de discussion proposés par M. Detchessahar peuvent enrichir la démarche de *lean management* que le CHPM entend implémenter. En effet, il est généralement reproché au *lean* de ne pas se préoccuper des conditions de travail des professionnels de santé puisqu'il vise surtout à optimiser les processus, réduire les gaspillages et améliorer la performance par des principes comme l'amélioration continue et l'implication des équipes dans les résolutions des problèmes (cf. *supra*). De façon complémentaire, l'espace de discussion permet aux équipes de s'exprimer librement sur leurs conditions de travail, les difficultés rencontrées et les améliorations possibles. Les deux approches valorisent donc la participation active des personnels puisque le *lean* encourage les équipes à identifier les dysfonctionnements et à proposer des solutions, ce qui est en phase avec les objectifs des espaces de discussion. De même, ces derniers peuvent enrichir la démarche *lean* en offrant un cadre structuré pour discuter des améliorations, allant au-delà des aspects processuels pour inclure les dimensions humaines et organisationnelles.

Cependant, pour que ces espaces de discussion s'intègrent à la démarche *lean* du CHPM, il est indispensable que les échanges ne soient pas perçus comme une critique de cette dernière mais comme son complément ayant pour objectif d'améliorer la QVT et l'efficacité des processus. Le *lean management* doit quant à lui porter une attention sur les conditions de travail et les relations interpersonnelles, ce que fournissent les espaces de discussion en permettant aux professionnels de santé d'avoir un lieu pour exprimer leurs besoins et préoccupations.

Aussi, le CHPM pourrait bien articuler les deux approches en mettant en place des espaces de discussion réguliers et structurés, où les praticiens et autres professionnels pourraient s'exprimer librement. Ces espaces devront toutefois assurer un suivi des propositions et préoccupations soulevées puis les intégrer dans les projets d'amélioration issus du *lean* pour montrer leur incidence concrète. Avant toute mise en place d'un espace de discussion, il est également nécessaire de dresser l'inventaire des lieux de communication existants, de leur objet et de leur vocation (information descendante ou lieu d'échange et de dialogue). En effet, ceci peut conduire à en réduire le nombre ou la fréquence de réunion au profit de l'espace de discussion, ou à les transformer (Detchessahar, 2019, p. 75).

C) Accompagner les projets médicaux et former à la gestion de projet

Afin de renforcer la capacité des professionnels médicaux à participer à la vie institutionnelle de l'établissement, il est nécessaire de les former aux compétences managériales, à la gestion de projet et à la prise de décision.
De même, en suite de l'action précédente, les praticiens et cadres de santé devraient être formés aux techniques de facilitation pour conduire les échanges dans les espaces de discussion de manière constructive, en lien avec les objectifs de performance et d'amélioration continue de la démarche *lean*.

D) Intégrer ces éléments dans un plan DPC ambitieux

Ces formations ont vocation à être intégrées dans le plan DPC de l'établissement en cours d'élaboration. En effet, le fait de proposer des opportunités régulières de formation continue et d'accompagnement au maintien et à l'amélioration des compétences du personnel est un levier important de QVT. L'établissement a engagé une démarche de refonte de son plan DPC qui sera concrétisé pour la campagne de formation 2025.
Ce plan DPC sera présenté en plusieurs axes, dont l'un d'entre eux sera consacré aux compétences managériales. Ce dernier pourra intégrer les besoins identifiés *supra*.

3.2.3 L'accompagnement et la reconnaissance des praticiens dans leur carrière

A) Poursuivre la gestion individualisée de carrière

Un entretien avec la DAM est systématiquement proposé aux praticiens nouvellement recrutés dans le premier mois de la prise de poste (cf. *supra*). Certains ont proposé dans l'enquête de reconduire ce type d'entretien chaque année, en complément de l'entretien annuel.

On peut supposer que cet entretien offrirait un cadre d'expression différent, hors contexte de service, qui pourrait permettre l'expression de vécus ou de questionnements qui se révèleraient délicats à évoquer avec le chef de service.

B) Consolider le lien avec la hiérarchie médicale en systématisant l'entretien annuel pour chaque praticien

En 2022-23, la PCME et la DAM ont mis en place le dispositif, diffusé un guide des entretiens annuels afin de faciliter leur appropriation par les chefs de service et l'ensemble des praticiens. Ces entretiens sont systématiquement proposés dans quelques services, ainsi que par la PCME qui les propose à tous les chefs de pôles. Mais ils demeurent toutefois encore insuffisamment développés.

Il conviendrait d'investir davantage dans la formation des chefs de service pour la réalisation systématique de ces entretiens, car les retours du questionnaire montrent bien que ceux qui en ont bénéficiés en font un retour plutôt positif.

C) Mettre en place un système de reconnaissance

Le fait de valoriser les contributions des médecins renforce leur motivation et leur sentiment d'autonomie (*empowerment*). Dans une enquête auprès d'un CHU, il a été démontré que parmi les personnels qui se déclarent les moins reconnus que sont les personnels médicaux, soignants et médico-techniques, c'est la reconnaissance de leur investissement au travail qui fait défaut (Baret, Recotillet, & Kornig, 2022). De même, il ressort de l'étude que le sentiment de reconnaissance est influencé par l'autonomisation et le soutien de la hiérarchie. Ces deux aspects sont d'ailleurs liés, l'éloignement du manager, qu'il soit chef de service ou du cadre de proximité, est problématique puisqu'il ne peut soutenir les équipes dans la résolution de leur problème (Detchessahar, 2011). Cette difficulté a été soulevé par plusieurs répondants à l'enquête menée au CHPM, qui regrettent le manque de temps pour réaliser des projets pluriprofessionnels ou institutionnels.

La reconnaissance des activités non cliniques dénommées valences, prévue par le décret n° 2022-135 du 5 février 2022[21], pourrait permettre de répondre à ce besoin de temps institutionnel. En effet, les textes prévoient pour les praticiens hospitaliers et les praticiens contractuels la possibilité d'exercer des valences pour contribuer au sein de l'établissement à des travaux d'enseignement et de recherche, exercer des responsabilités institutionnelles ou managériales, participer à des projets collectifs, structurer des relations avec la médecine de ville. Il ressort des observations sur le terrain que ce dispositif est méconnu du personnel médical.

Pour les praticiens hospitaliers à temps plein, la valence est de droit à hauteur d'une demi-journée par semaine en moyenne lissée sur le quadrimestre. Au-delà d'une demi-journée par semaine ou si le praticien n'exerce pas à temps plein ou est contractuel, le bénéfice de valences peut être accordé par le directeur de l'établissement dans lequel le praticien exerce, pour une période définie, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne après avis du chef de pôle ou, pour des activités ne s'exerçant pas au sein du service ou de la structure d'affectation, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement. Les valences s'exercent sur le cadre des obligations de service et sont inscrites dans le tableau de service. Enfin, elles sont accordées sous réserve des nécessités de service et font l'objet d'une évaluation annuelle dans le cadre de

[21] Article R. 6152-826 CSP.

l'entretien annuel. Ce dispositif de valences est un levier important de qualité de vie au travail et d'attractivité même s'il représente *in fine* un coût non négligeable pour l'établissement. Il permet également de pallier au manque de temps que les praticiens invoquent pour expliquer qu'ils ne peuvent participer comme ils le souhaiteraient à la vie institutionnelle ou s'investir dans la formation continue et le développement de compétences.

De même, la prime d'intéressement collectif liée à la qualité du service rendu, instauré au bénéfice des agents exerçant au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médicosociaux par le décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 et l'arrêté du 13 mars 2020, entrés en vigueur au 1er avril 2020, participe à cette reconnaissante de l'investissement des professionnels. Le montant annuel de référence de cette prime est fixé à 300 euros bruts et peut être modulé, selon la complexité du projet, par l'affectation d'un coefficient pouvant aller de 0,66 à 2. Le montant annuel maximal des primes d'intéressement collectif pouvant être attribuées à un agent au titre de sa participation à plusieurs projets est fixé à 1 800 euros bruts.

Enfin, communiquer et reconnaître les investissements ainsi que les réussites du personnel médical régulièrement est également important. Il serait ainsi aisé d'utiliser le journal interne pour mettre à l'honneur des réalisations significatives.

3.2.4 Concilier la vie professionnelle et la vie personnelle et répondre aux évolutions sociétales

A) Favoriser la conciliation des temps de vie professionnelle et vie personnelle : télétravail, droit à la déconnexion

Il ressort de l'enquête que l'avis des praticiens est nuancé au sujet de la conciliation des vies professionnel et personnelle puisqu'une légère majorité estime que l'établissement se soucie peu ou pas de ce dernier (cf. *supra*). L'établissement a pourtant une démarche forte en faveur du travail à temps partiel afin d'aider le personnel médical à mieux équilibrer leurs vies professionnelles et personnelles. Aussi, au vu des constatations sur le terrain, il semble qu'il s'agisse plus d'un problème de communication, certains praticiens ne sollicitant pas de temps partiel alors qu'ils pourraient le faire, pensant qu'une telle demande serait rejetée par la DAM. Néanmoins, l'actualisation du livret d'accueil en cours pourra intégrer une information en ce sens.

La question du temps de travail est une préoccupation importante pour les participants à l'enquête. Les praticiens peuvent solliciter des aménagements d'horaires pour répondre à leurs contraintes personnelles ou familiales, sous réserve des nécessités de services. Ces

aménagements pourraient également permettre aux médecins de participer à des actions de formation continue et de développement professionnel.

Par ailleurs, le télétravail est également un levier d'attractivité, y compris pour le personnel médical. Certains établissements tels que les Hospices Civils de Lyon ont pris des initiatives en ce sens. Ces derniers ont en effet adopté une charte étendant le principe du télétravail au personnel médical[22]. En effet, si le télétravail paraît complexe à mettre en place pour les médecins en raison de leurs fonctions, certains postes ou missions ne nécessitant pas de présence physique peuvent être tout-à-fait éligibles au télétravail. C'est par exemple le cas pour les médecins exerçant des fonctions de recherche ou médico-administratives. En conséquence, le CHPM pourrait formaliser cette possibilité de télétravail en rédigeant une charte s'inspirant de celle des HCL ou en adaptant la procédure existante pour le personnel non médical aux praticiens.

B) L'égalité professionnelle comme levier de la QVT

A l'instar des lignes directrices de gestion pour le personnel non médical qui doivent notamment assurer la promotion de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, une action en ce sens est importante pour la QVT. En effet, dans une organisation où les inégalités entre femmes et hommes perdurent, le sentiment d'injustice peut nuire à la perception de la QVT. Il est donc essentiel de garder à l'esprit que l'égalité professionnelle est un levier important pour favoriser cette dernière. Dès lors, en favorisant l'égalité professionnelle, la démarche QVT de l'établissement peut non seulement améliorer les conditions de travail et de vie, mais également renforcer la performance collective.

Les LDG du CHPM contiennent un chapitre relatif au plan d'action égalité femmes hommes comportant quatre axes :

- Evaluer, prévenir, traiter les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes ;
- Garantir l'égal accès des femmes et des hommes aux corps, grades et emplois de la fonction publique ;
- Favoriser l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle ;
- Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes.

Si le second axe n'est pas transposable en l'état du fait de la spécificité des statuts médicaux, des mesures s'inspirant des trois autres axes sont tout à fait envisageables pour le personnel médical.

[22] https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/charte-teletravail-hcl-pm.pdf

En ce qui concerne le premier axe, il conviendrait d'identifier les éventuelles causes d'écarts de rémunération entre les femmes et les hommes avant d'objectiver des axes d'amélioration le cas échéant. Des mesures visant à limiter l'incidence de la maternité et de la parentalité sur les carrières et les salaires sont également envisageables telle que le l'exercice de la parentalité par les hommes.

En ce qui concerne l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, les facilités accordées pour le recours à des modes de garde pour les agents, notamment en crèche ou avec des assistantes maternelles, sont d'ores-et-déjà étendues aux personnels médicaux. Toutefois, la DAM peut envisager d'accompagner les femmes enceintes et les jeunes parents afin de favoriser le maintien dans l'emploi.

Enfin, en ce qui concerne le dernier axe, l'actualité est particulièrement prégnante en la matière, notamment avec le « *me too* à l'hôpital » et l'afflux de témoignages dans les médias et sur les réseaux sociaux. La PCME est claire à ce sujet et prône la tolérance zéro en cas d'agression à l'instar de la position adoptée le 19 avril 2024 par la Conférence des présidents de CME de CHU[23]. Cette position va dans le bon sens, la lutte contre les violences sexistes étant en tout état de cause une priorité institutionnelle. A cet égard, le dispositif de déclaration interne est accessible à l'ensemble du personnel y compris médical et une des personnes référentes « égalité » est médecin.

[23] https://www.conference-cme-chu.fr/upload/2024/CP_conference_des_PCME_19_avril_2024.pdf

Conclusion

Les établissements publics de santé sont confrontés à un déficit d'attractivité des professionnels de santé et en premier lieu du personnel médical. Restaurer l'attractivité de l'hôpital nécessite l'activation de plusieurs leviers. Parmi ceux-ci, donner du sens au travail en agissant sur la qualité de vie et les conditions de travail peut participer à l'amélioration de l'attractivité, même dans un contexte financier défavorable, puisque cette action participe à l'effort de recrutement et de fidélisation de praticiens.

A son échelle, le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix rencontre les mêmes difficultés, même s'il possède des atouts indéniables et qu'il tente de remédier à ce déficit d'attractivité. Ce manque d'attractivité a été identifié durant le stage de direction, mettant en évidence la nécessité d'une approche ciblée et locale. Le diagnostic QVT qui a été réalisé, à travers notamment un questionnaire adressé aux personnels médicaux, a démontré que les dispositifs mis en place ne suffisent pas à pallier les difficultés rencontrées, ou à répondre aux préoccupations soulevées par les praticiens eux-mêmes.

Ce diagnostic a souligné ainsi l'importance et la pertinence d'une démarche QVT adaptée aux spécificités de l'établissement pour restaurer son attractivité. Les réponses recueillies ont permis de formuler des préconisations concrètes, organisées sous forme de plan d'action, visant à répondre aux attentes des praticiens, à améliorer leur QVT et à renforcer ainsi l'attractivité médicale de l'établissement.

L'un des objectifs du directeur des affaires médicales est d'attirer et fidéliser le personnel médical. Le levier de l'amélioration de la QVT est un outil lui permettant non seulement de donner de l'intérêt à leur poste et de favoriser l'engagement des praticiens, dans l'institution ou dans leur service, mais encore de les accompagner dans leur carrière. En définitive, comme de nombreuses études et la HAS l'ont soulevé, « Il fait bon se faire soigner dans un établissement où il fait bon vivre » aussi, prendre soin des professionnels de santé améliore le travail réel auprès des patients et donc sur la qualité des soins qui leur sont délivrés (Laly, 2020).

La principale limite du diagnostic QVT mené dans le cadre de ce mémoire est le choix de ne pas inclure les internes. Cependant, il serait également pertinent de conduire une évaluation de leur qualité de vie afin de proposer un volet spécifique aux internes dans la démarche initiée par l'établissement. En effet, bien accueillir les internes et les fidéliser est un levier souvent adopté par les établissements de santé puisqu'il permet de préparer le recrutement de futurs praticiens (Scherrer, Gendreau, Morin, & Gervès, 2017).

En outre, il est important de noter que la QVT converge de manière de plus en plus marquée avec la responsabilité sociale et environnementale des entreprises (RSE). Cette dernière désigne l'intégration des préoccupations sociales, environnementales et économiques dans leurs activités et leurs relations avec les parties prenantes[24]. Dès 2013, l'ANACT avait souligné les effets positifs de la QVT sur la performance de l'institution. La QVT applique notamment dans la relation de travail, des principes de la RSE, qui prend en compte l'incidence des activités sur le collaborateur, sa santé (prévention des RPS) et son environnement, c'est-à-dire la soutenabilité du travail.

La RSE n'est pas encore une obligation stricte pour les établissements publics de santé, mais elle est fortement encouragée, par exemple en matière de lutte contre le gaspillage alimentaire[25], la qualité des denrées, la réduction des déchets[26]. Le CHPM a lancé une dynamique en ce sens, qui doit se traduire *in fine* par l'adoption d'une démarche RSE. Ainsi, « La QVT contribue à la fois à la performance sociale et économique. Elle est un pas vers la notion de performance globale – économique, sociale, environnementale – qui constitue la colonne vertébrale des politiques RSE » (Bourdu, Péretié, & Richer, 2016, p. 40).

[24] Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions Responsabilité sociale des entreprises: une nouvelle stratégie de l'UE pour la période 2011-2014.
[25] Loi n°2016-138 du 11 février 2016 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire.
[26] Loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 dite EGALIM.

Bibliographie

Ouvrages

Bourdu, E., Péretié, M.-M., & Richer, M. (2016). *La qualité de vie au travail, un levier de compétitivité. Refonder les organisations du travail.* (P. d. Mines, Éd.) Paris: La Fabrique de l'industrie.

Detchessahar, M. (2019). *L'entreprise délibérée. Refonder le management par le dialogue.* Nouvelle Cité.

Articles

Alcaraz-Mor, R., Vigouroux , A., Urcun, A., Boyer, L., Villa, A., & Lehucher-Michel, M.-P. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout... *Santé Publique, 31*, pp. 113-123.

Baret, C., Recotillet, I., & Kornig, C. (2022). Quelles caractéristiques des conditions de travail ont un impact sur la reconnaissance au travail ? Le cas d'un centre hospitalier universitaire français. *Journal de gestion et d'économie de la santé, 5*(5-6), pp. 398-417. doi:10.54695/jdds.040.5-6.82-101

Bercot, R., & Mathieu-Fritz, A. (2007). La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. *Revue Française de Sociologie, 48*, pp. 751-779. doi:10.3917/rfs.484.0751

Bouville, G., & Trempe, C. (2015). La mise en place du lean management : Un bouleversement de l'univers hospitalier ? Dans B. Fermon (Éd.), *Performance et innovation dans les établissements de santé* (pp. 253-266). Dunod. doi:https://doi-org.ehesp.idm.oclc.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0253

Brandao de Souza, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. Leadership in Health Services*, 22*(2), pp. 121-139. doi:https://doi.org/10.1108/17511870910953788

Brézin, A. (2023). Crise actuelle de l'hôpital public : 2/ Point de vue d'un praticien. *Les Tribunes de la Santé, 2*(76), pp. 33-41. doi:10.3917/seve1.076.0033

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisations des Soins, 40*, pp. 39-48. doi:10.3917/pos.401.0039

Chapuis, C., Vielfaure-Chapuis, M., & Didier, A. (2021). Au coeur de l'hôpital... Osons l'accompagnement des équipes. *Gestions hospitalières, 602*, pp. 39-43.

Chatain, C., Morellec, S., Garel, B., Rieutord, A., & Curatolo, N. (2020). Le lean management et la satisfaction au travail à l'hôpital : étude dans un centre hospitalo-universitaire français. *Journal de gestion et d'économie de la santé*(1), pp. 37-54. doi:10.3917/jges.201.0037

Cristofalo, P., Petit dit Dariel, O., & Routelous, C. (2018). 5. La qualité de vie au travail : un levier sous-estimé de la performance. Dans E. Minvielle (Éd.), *Manager une organisation de santé* (pp. 99-119). Rennes: Presses de l'EHESP.

Desailly-Chanson, M.-A., & Siahmed, H. (2016). *Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge.* Inspection générale des affaires sociales.

Detchessahar, M. (2011). Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... *Revue française de gestion*(214), pp. 89-105. doi:10.3166/RFG.214

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de "gestionnite". *Annales des Mines - Gérer et comprendre*(98), pp. 27-37. doi:10.3917/geco.098.0027

Drexler, A., & Maringue, G. (2016). Mesures catégorielles pour le personnel médical. Tonneau des Danaïdes ou investissement d'avenir ? *Revue Hospitalière de France*(572), pp. 32-39.

Duchamp, D., & Persson, S. (2012). Vers des Médecins-Managers-Mentors ? Premiers résultats d'un accompagnement concerné dans un CHU. *Management & Avenir, 3*(53), pp. 142-161. doi:10.3917/mav.053.0142

Gerain-Breuzard, M.-N., Richard, I., Fournier, A., & Spinhirny, F. (2023, juin). L'attractivité de l'hôpital public. *Esprit*(6), pp. 37-44. doi:https://doi-org.ehesp.idm.oclc.org/10.3917/espri.2306.0037

Gollac, M., & Volkoff, S. (2008). Les conditions de travail aujourd'hui. *Savoir/Agir*, 43-57. (H. Degoy, & L. Weber, Intervieweurs) doi:10.3917/sava.003.0043

Grosjean, V., & Guyot, S. (2016, mars). Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux : de quoi parle-t-on ? *Hygiène et sécurité du travail*(242), pp. 6-9.

Hénaff, Q. (2023). Statuts médicaux. Enquête sur la mise en oeuvre de la réforme statutaire de 2022. *Revue hospitalière de France, 613*, pp. 8-12.

Laly, P. (2020). Qualité des soins : la HAS intègre la qualité de vie au travail dans le référentiel de certification. *Actualité et dossier en santé publique, 110*, pp. 29-32.

Le Guillou, A. (2019). Réforme du 2e cycle des études médicales. Un levier pour l'attractivité des carrières hospitalières ? *Revue Hospitalière de France*(588), pp. 24-26.

Lemaire, A., Gritton, A.-C., & Bourret, R. (2017, octobre). Délégation polaire et gestion médicalisée. Sources d'attractivité médicale. *Revue Hospitalière de France*(578), pp. 60-64.

Masse, M. (2017). Fonction publique, la qualité de vie au travail (QVT) quitte le côté obscur. *Gestion & Finances Publiques, 3*, pp. 93-98. doi:10.3166/gfp.2017.00055

Minvielle, E. (2021). Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ? *Les Tribunes de la Santé, 3*(69), pp. 59-68. doi:10.3917/seve1.069.0059

Pihouée, L., & Venutolo, F. (2019). Les leviers de l'attractivité. Bilan du projet social médical au centre hospitalier de Gonesse. *Revue Hospitalière de France*(589), pp. 18-22.

Riet, Z. (2023). Relever le défi de l'attractivité pour l'hôpital public. *Les Tribunes de la santé, 76*, pp. 77-84. doi:https://doi.org/10.3917/seve1.076.0077

Scherrer, L.-A., Gendreau, H., Morin, M., & Gervès, H. (2017). Comment déployer une politique d'attractivité médicale ? *Revue Hospitalière de France*(579), pp. 30-33.

Shadili, G., Goumard, D., Provoost, J.-P., & Le Pallec, G. (2018). Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. *L'information psychiatrique, 94*, pp. 13-18. doi:10.1684/ipe.2018.1735

Shortell, S. M., Blodgett, J. C., Rundall, T. G., & Kralovec, P. (2018). Use of Lean and Related Transformational Performance Improvement Systems in Hospitals in the United States: Results From a National Survey. *Joint Commission journal on quality and patient safety, 44*(10), pp. 574-582. doi:10.1016/j.jcjq.2018.03.002

Sibé, M. (2020). Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant ». *Actualité et dossier en santé publique*, pp. 35-38.

Textes juridiques

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières

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

Décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'engagement collectif dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986

Décret n° 2022-132 du 5 février 2022 portant diverses dispositions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé

Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier

Décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels

Articles R. 6152-334 à R. 6152-394 du Code de la santé publique

Arrêté du 13 mars 2020 fixant les montants prévus par l'article 4 du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 pris pour l'application de l'article 78-1 de la loi du 9 janvier 1986 et portant création d'une prime d'engagement collectif dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986

Arrêté du 22 décembre 2023 modifiant le montant du plafond des dépenses engagées par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire

Rapports

Centre National de Gestion. (2021). *Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie.* Centre National de Gestion.

Centre National de Gestion. (2024). Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires - situation au 1er janvier 2024. Accessible sur https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2024-06/etude_praticiens-hospitaliers_2024_vf.pdf

Cour des Comptes. (2024). *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics.* Accessible sur https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-07/20240723-S2024-0749-Interim-medical-et-permanence-des-soins.pdf

Fédération Hospitalière de France. (2014). *L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public.* Commission permanente de l'attractivité médicale. Accessible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_definitif_fhf_attractivite_medicale.pdf

Grall, J.-Y. (2007). *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins.* Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Accessible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf

Le Lan, R. (2005). *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail.* Etudes et Résultats n° 373, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Le Menn, J., & Chalvin, P. (2015). *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester.* Accessible sur https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/154000771.pdf

Ministère de la transformation et de la fonction publique. (2020). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Accessible sur https://www.fonction-

publique.gouv.fr/files/files/ArchivePortailFP/www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/rapport_annuel/RA2020_web.pdf

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2016, décembre 5). *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent.* Accessible sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_2016.pdf

Rousseau, A., & D'Autume, C. (2018). *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière.* Accessible sur : https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/184000615.pdf

Véran, O. (2013). *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte.* Assemblée Nationale.

Thèses et Mémoires

Bazin, M. (2020). *Répondre au défi de l'attractivité médicale - l'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier.* Mémoire, EHESP.

Beheregaray, V. (2022). *Le directeur des affaires médicales et le défi de la professionnalisation du management médical.* Mémoire, EHESP.

Demanet, Q. (2015). *La déclinaison du Projet Social Médical au sein du groupe hospitalier de l'Est Parisien (AP-HP) ou comment renforcer concrètement son attractivité sur le personnel médical ?* Mémoire, EHESP.

Hénaff, Q. (2018). *Qualité de vie au travail, savoir-faire ou faire-valoir du manager hospitalier.* Mémoire, EHESP.

Prunières, J.-B. (2018). *Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire*. Thèse, Montpellier. doi:https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211473

Volet, S. (2018). *La mise en oeuvre d'une démarche "qualité de vie au travail du personnel médical" au Centre Hospitalier Sud Francilien : point d'entrée d'une politique structurelle d'attractivité médicale.* Mémoire, EHESP.

Sites internet

Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Accessible sur https://www.anap.fr

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. Accessible sur https://www.anfh.fr

Haute Autorité de Santé. Accessible sur https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2874833/fr/etablissements-et-services

Liste des annexes

Annexe 1 : Etablissements membres ou associés du GHT de Bretagne Occidentale II
Annexe 2 : questionnaire QVT III
Annexe 3 : plan d'action QVT médicale et attractivité XII

LE QUELLEC	Manuel	Octobre 2024

Directeur d'hôpital

Promotion 2023 - 2024

Le lancement d'une démarche d'attractivité médicale par la qualité de vie au travail

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, RENNES

Résumé **:**

Les établissements publics de santé sont confrontés à une perte d'attractivité des carrières et en particulier concernant le personnel médical.

Plusieurs leviers peuvent être activés pour améliorer l'attractivité médicale des hôpitaux. Parmi ceux-ci, une démarche de qualité de vie au travail médicale pourrait s'analyser comme un levier stratégique pour attirer et fidéliser le personnel médical.

Bien que disposant d'atouts, le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix souffre de ce déficit d'attractivité médicale. Pour y répondre, la direction des affaires médicales souhaite placer la qualité de vie au travail au cœur de sa politique de ressources humaines médicales, en s'inscrivant dans le mode d'organisation *lean* adopté par la gouvernance. Par cette démarche, l'établissement peut se doter de moyens nécessaires pour relever les enjeux liés à l'attractivité médicale.

Les outils concrets ainsi préconisés dans le plan d'action QVT et attractivité médicale, s'ils sont mis en œuvre de manière cohérente et suivis d'évaluations régulières, pourraient non seulement améliorer la satisfaction des médecins mais aussi, *in fine*, la qualité des soins prodigués aux patients. Il est donc important que cette dynamique s'inscrive dans une démarche d'écoute, d'adaptation, et d'amélioration continue pour garantir la pérennité et l'efficacité des mesures prises.

Mots clés **:**

Qualité de vie au travail, attractivité médicale, fidélisation, personnel médical, projet social médical, lean management, management médical, espaces de discussion

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.