



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2009 - 2011**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**POUR L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE POLITIQUE
DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES :
DES PARCOURS PROFESSIONNELS INDIVIDUALISÉS
AU SERVICE D'UNE OFFRE DE SOINS
TERRITORIALISÉE**

Évangeline PERSONENI

Remerciements

Je tiens à remercier M. Pierre Charles PONS, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de DIJON ainsi qu'individuellement chacun des membres de l'équipe de direction pour la qualité de leur accueil, leurs conseils et leur confiance dans les dossiers qu'ils ont bien voulu me confier.

J'adresse mes plus sincères remerciements à l'ensemble des membres du corps médical qui ont accepté de me rencontrer, qui m'ont aidée et qui ont par leur accompagnement, soutenu ce travail, et plus particulièrement M. le Pr Claude GIRARD et M. le Pr Frédéric HUET.

Je remercie vivement Mme Gisèle CALMES, Directeur des Affaires Médicales, maître de stage, pour son soutien, ses conseils, les missions qu'elle m'a confiées, pour la « mise à l'étrier » qu'elle m'a offerte et pour son dynamisme. Je lui dois beaucoup.

J'adresse ici une profonde reconnaissance à M. Gilles CALMES, Directeur Général Adjoint du CHU de LIMOGES, directeur de mémoire, pour ses précieux conseils, le temps consacré, le soutien qu'il a manifesté dans toutes les phases de ce travail et pour sa très grande disponibilité.

« Pour honorer le médecin, n'attends pas que tu en aies besoin »,

citation juive

Sommaire

LISTE DES SIGLES	
INTRODUCTION	1
1. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES AU CŒUR D'UN ENVIRONNEMENT EN PERPÉTUEL MOUVEMENT	7
1.1 D'une gestion des ressources humaines statique et imperméable à une gestion dynamique et ouverte	7
1.1.1 <i>La richesse des expériences extérieures à la gestion des ressources humaines médicales</i>	7
1.1.2 <i>Vers un nouveau modèle de gestion des ressources humaines médicales</i>	8
1.1.3 <i>Un contexte favorable à l'évolution des « affaires médicales »</i>	10
1.2 La loi HPST : une nouvelle révolution pour le corps médical	12
1.2.1 <i>De nouvelles logiques révolutionnant le monde médical</i>	12
1.2.2 <i>Des médecins gestionnaires et en crise d'identité</i>	13
1.2.3 <i>La direction des affaires médicales : vers de nouvelles missions</i>	16
2. D'UNE LOGIQUE COLLECTIVE À DES PARCOURS INDIVIDUALISÉS ATTRACTIFS : LE CHU DE DIJON	18
2.1. Une gestion des ressources humaines médicales longtemps stéréotypée et impersonnelle	18
2.1.1 <i>Une gestion du temps de travail longtemps timorée</i>	18
2.1.2 <i>Un intéressement insuffisant</i>	23
2.1.3 <i>Des modalités de recrutement trop impersonnelles</i>	26
2.2. Des propositions d'outils de leviers dynamisants	30
2.2.1 <i>Une gestion du temps médical incontournable</i>	30
2.2.2 <i>Vers un intéressement collectif médical mais aussi individuel</i>	37
2.2.3 <i>L'expérimentation d'une contractualisation</i>	43

3 D'UNE GESTION INSTITUTIONNELLE À UNE GESTION TERRITORIALE DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES : L'EXPÉRIENCE REPRODUCTIBLE DE LA RÉGION BOURGOGNE	49
3.1. Une gestion territoriale inédite mais répondant aux besoins de santé	49
3.1.1 <i>La filière gériatrique.....</i>	<i>50</i>
3.1.2 <i>La prise en charge cardiologique</i>	<i>52</i>
3.1.3 <i>La Direction des Affaires Médicales : fer de lance des fédérations inter hospitalières</i>	<i>52</i>
3.2. Une gestion partagée et harmonisée territorialement.....	53
3.2.1 <i>Le modèle des postes d'assistants spécialistes à temps partagé.....</i>	<i>53</i>
3.2.2 <i>L'impulsion souhaitée du CHU et des CHT</i>	<i>56</i>
3.2.3 <i>Le rôle incontournable des ARS en matière de régulation territoriale des ressources humaines médicales.....</i>	<i>58</i>
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE.....	63
LISTES DES ANNEXES	

Liste des sigles utilisés

AHU	Assistant Hospitalier Universitaire
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ARTT	Aménagement de la Réduction du Temps de Travail
CCA	Chef de Clinique Assistant
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCM	Comité Consultatif Médical
CET	Compte Épargne Temps
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
COPS	Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREA	Compte de Résultat d'Exploitation Analytique
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
DAM	Direction des Affaires Médicales
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DGARS	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EPRD	État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FFI	Faisant Fonction d'Interne
FHF	Fédération Hospitalière de France
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MCU- PH	Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NPAE	Nouvelle Procédure d'Autorisation d'Exercice
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PAC	Praticien Adjoint Contractuel

PCV	Part Complémentaire Variable
PH	Praticien Hospitalier
PHU	Praticien Hospitalier Universitaire
PRS	Projet Régional de Santé
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PU-PH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
RH	Ressources Humaines
RTT	Réduction du Temps de Travail
T2A	Tarifcation À l'Activité
TPER	Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SRAU	Service Régional d'Accueil des Urgences
URPS	Union Régionale des Professions de Santé Libérales

INTRODUCTION

Sur les 216 017 médecins actifs¹ qui exercent en France, près de 60 000 ont choisi l'hôpital public. La pratique de leur activité dans les établissements de santé publics diffère radicalement de celle exercée dans les cabinets de médecine de ville voire d'établissements de santé privés. En effet, l'hôpital est au cœur de bouleversements et de révolutions qui en font un des sujets d'actualités criants. L'hôpital public, pivot de la société, acteur clé des collectivités et principal employeur, est aujourd'hui au centre de bien des débats. Refondé par des réformes successives, il forme une organisation complexe et riche de questionnement à l'instar de celui qui entoure à l'heure actuelle les contours de la gestion des ressources humaines médicales.

Le corps médical, en effet, représente une entité disparate mais corporatiste, collective mais individualisée, complexe et riche d'enseignements. Il est défini, au sens du rapport de l'IGAS relatif à la gestion des praticiens hospitaliers, comme l'ensemble des « *médecins, chirurgiens, psychiatres, spécialistes, biologistes, pharmaciens, odontologistes nommés à titre permanent et exerçant leur fonction dans les établissements publics de santé* »². L'âge moyen des médecins est de 51 ans contre 44.6 ans pour l'ensemble des professions de santé. Entre 2000 et 2007, les effectifs de médecins spécialistes ont augmenté de 15% en moyenne et diminué de 7% pour les effectifs de médecins généralistes³. L'ensemble du corps médical hospitalier fait face désormais à de nouvelles interrogations sur un échiquier dont les règles évoluent. En effet, les nombreuses réformes successives émaillent leur pratique et leur exercice avec des impacts plus ou moins ressentis. Le système de santé est confronté depuis environ quinze ans à de nombreuses évolutions. Ainsi, après la loi du 31 juillet 1991 réformant la planification sanitaire, l'ordonnance du 24 avril 1996 créant les Agence Régionale de l'Hospitalisation, mettant en place l'ONDAM ou encore l'ordonnance du 2 mai 2005 réformant l'organisation interne des établissements, l'hôpital public a connu quelques secousses. Mais, elles n'ont été que des prémices de la loi du 21 juillet 2009, dite « loi HPST »⁴ qui réforme en profondeur tant l'organisation interne des hôpitaux que leur philosophie. En outre, elle accompagne aussi le changement instauré depuis de longues

¹ Il existe 258 153 médecins inscrits à l'ordre des médecins, en janvier 2009. La différence avec les actifs réside dans le nombre des retraités (42 136) : *source* : Atlas de la démographie médicale 2009, CNOM

² Rapport présenté par C. de BATZ, le Dr LALANDE, G. LAURAND, décembre 2002, La gestion des praticiens hospitaliers, IGAS

³ Les médecins généralistes représentent 94 909 praticiens et les médecins spécialistes 101 199, pour une densité de 290 médecins pour 100 000 habitants contre 300 médecins pour 100 000 habitants en 2008. Le nombre de praticiens en activité a baissé de 2 % entre 2008 et 2009.

⁴ Loi n° 2009- 251 du 21 juillet 2009, loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)

années par les réformes successives dont quelques-unes ont été précédemment exposées. Il s'agit donc d'une loi entre rupture et continuité. Rupture et continuité aussi pour le corps médical qui se voit au cœur d'une évolution dont il est, le premier acteur et la première « victime » dans l'exercice du pouvoir, entre une administration de plus en plus présente et des défis économiques de plus en plus prégnants.

Aujourd'hui, face à ces défis grandissants, la gestion des ressources humaines médicales est donc au cœur de nouveaux enjeux. C'est en effet à la direction, responsable de cette gestion, de savoir mener le changement tout en répondant aux besoins, et des personnels médicaux et des patients. L'objectif de la direction des affaires médicales est de permettre à l'établissement hospitalier de disposer de ressources humaines médicales mobilisées, efficaces et adaptables. Pour ce faire, il est nécessaire de développer de nouveaux outils dans un environnement nouveau. La gestion des ressources humaines médicales a pour but de réduire les écarts entre les besoins et les ressources en personnels médicaux (c'est à dire entre les emplois à occuper et les praticiens dont l'hôpital peut disposer). Pour ce faire, des leviers doivent être maîtrisés ; ces leviers sont notamment le recrutement, la rémunération, l'organisation du temps de travail et la répartition des praticiens sur le territoire de santé. La mise en œuvre de ces outils nécessite une connaissance des individus, de leurs perspectives de carrière et du contexte environnemental. Ainsi, le passage de la seule gestion administrative et statutaire à une politique plus individualisée et territorialisée des ressources humaines médicales s'accompagne de deux démarches : d'une part, permettre de disposer d'un suivi et d'une gestion individualisée des praticiens et, d'autre part, de disposer d'une répartition territorialisée des médecins sur un territoire de santé donné, grâce à la mise en place de pratiques de gestion homogénéisées et partagées entre les directions des affaires médicales des différents établissements d'un même territoire, voire de plusieurs départements. Ce mode de gestion n'a pas seulement une vision collective ou institutionnelle mais aussi individuelle afin que chaque praticien puisse développer un objectif de carrière.

Les personnels médicaux forment un corps complexe, aux statuts divers et variés, aux logiques parfois spécifiques voire contraires à certains besoins de la société⁵. De nos jours, dans un environnement marqué par le développement de la tarification à l'activité (T2A) et par les nouvelles logiques de territorialisation, accompagnées et renforcées par la loi HPST, c'est à la gestion des ressources humaines d'impulser les évolutions, de les mettre en œuvre mais également de les évaluer. La prise de conscience de l'importance du rôle des personnels médicaux est plus prégnante aujourd'hui. Tout d'abord, les

⁵ Cf. Annexe n°3 : « *Descriptif des différents statuts hospitaliers* »

effectifs sont en nette croissance : 17.2 % entre 1997 et 2005. Les dépenses de personnel médical sont également en hausse de 48 % pour la même période (en euros constants). Selon le rapport de la cour des comptes de 2006 relatif aux personnels hospitaliers, les dépenses de personnel médical ont cru de 65% en euros constants pour la période citée ci-dessus.⁶ Le personnel médical et non médical représente 68% des dépenses hospitalières. Ces quelques chiffres posent ainsi l'envergure que prend désormais la gestion des ressources humaines, et notamment médicales⁷. La gestion de ce personnel, devenue stratégique, est au cœur des politiques publiques de santé, entre centralisation ministérielle et tutélaire et autonomie des établissements. Les affaires médicales, comme elles sont communément appelées, sont au tournant de nouveaux enjeux, que la loi HPST a lancés mais aussi que les contextes, budgétaire et social, ont apportés.

Ainsi, ce travail réalisé lors de mon stage long au CHU de DIJON m'a amené à m'interroger sur la réelle pertinence de la gestion des ressources humaines médicales aujourd'hui dans un environnement refaçonné par des réformes nombreuses, chapotées par la loi HPST.

Face à de nouveaux défis, comment la gestion des ressources humaines médicales évolue-t-elle ? Quelles sont les pistes de son devenir ?

*

* *

La gestion des ressources humaines médicales se trouve donc au cœur des révolutions hospitalières au service de la performance (I). Plus dynamique, elle favorisera des parcours individuels attractifs : contractualisation, responsabilisation, intéressement ne peuvent rester de vains mots (II). Plus ouverte, elle permettra un pilotage territorial et harmonisé : démocratie sanitaire, filiarisation des soins, évaluation doivent se traduire concrètement sur le terrain (III).

Le présent mémoire, à partir de l'expérience et du benchmarking de la direction des affaires médicales du CHU de Dijon, mais également du modèle de la région Bourgogne, explore de manière conceptuelle et opérationnelle, la nouvelle gouvernance et les outils inhérents à la mise en œuvre d'une nouvelle politique de ressources humaines médicales. Impulsé par les CHU et les futures communautés hospitalières de territoire, ce nouveau management, reproductible et transposable, exigera une régulation de la part des agences régionales de santé.

*

⁶ T. LAURET et S. RIVET, janvier 2009, Les médecins à l'hôpital public, Berger-Levrault

⁷ Cf. Annexe n°4 : « *Tableau des effectifs des personnels médicaux à l'hôpital public au 31 décembre 2006* »

La loi n° 2009- 251 du 21 juillet 2009, loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), entre rupture et continuité.

Cette loi représente un tournant « à la croisée de nombreuses attentes » comme l'a signifié le ministère de la santé et des sports⁸. Élaborée après un long processus d'échanges et de concertation, la loi vise surtout à répondre à de nouveaux besoins mais également à des attentes insuffisamment satisfaites par les réformes précédentes. Ainsi, la mise en place d'une offre de soins graduée et accessible à tous doit être poursuivie. La modernisation des établissements déjà introduite lors des lois précédentes à l'instar des nouvelles instances (directoire, conseil de surveillance, chefferies de pôle...) remplacent l'ancien système organisationnel des établissements. Surtout, elle induit de réorganiser l'offre de soins dans une logique territoriale. Toutes ces problématiques impactent la gestion des ressources humaines médicales tant en ce qui concerne la nouvelle gouvernance que l'assouplissement des règles de gestion interne. En effet, face à ces évolutions, le corps médical, premier acteur du processus de soins, est directement concerné par ces changements. Il revient donc aux affaires médicales de l'accompagner et d'impulser les évolutions nécessaires à l'institution publique que représente l'hôpital public tel que redéfini par la loi HPST.

Ainsi, un décret en date du 29 septembre 2010⁹ en application de la loi HPST modifie le statut des praticiens à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel pour introduire les nouvelles règles de gouvernance hospitalière, de nomination et de mise en recherche d'affectation. Le texte vise à transposer dans le statut du praticien les modifications du régime de la gouvernance et de l'organisation interne des établissements publics de santé, notamment le rôle du chef de pôle et la place du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME)¹⁰.

État des lieux au CHU de DIJON et sur le territoire 21

Le CHU de DIJON est un établissement de référence et de recours pour le département et la région. Il occupe une fonction pivot tout en étant également un hôpital de proximité dans son bassin d'attraction immédiat. Il offre 1 719 lits, emploie 1 599 personnels médicaux (dont 171 hospitalo-universitaires et 270 hospitaliers) et 4 900 personnels non médicaux. Le CHU représente le volet universitaire de la région avec ses 400 protocoles d'essais thérapeutiques, ses centaines de publications et ses brevets déposés. Cet aspect universitaire permet d'offrir une formation aux futurs médecins (372

⁸ Présentation du dispositif de la loi HPST, janvier 2009, site du ministère de la santé et des sports

⁹ Décret N°2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers

¹⁰ Cf. Annexe n°13 relative au nouveau décret réformant le statut de praticien hospitalier

internes et 575 étudiants)¹¹. Le CHU de DIJON compte 6 % de personnels médicaux hospitalo-universitaires titulaires, 5 % de personnels hospitalo-universitaires non titulaires, 14 % de praticiens hospitaliers, 2 % de praticiens à temps partiel, 4 % de praticiens contractuels, 11 % de praticiens attachés, 23 % d'internes et 35 % d'étudiants¹². 38 % des praticiens hospitalo-universitaires ont plus de cinquante ans et 50 % des personnels mono-appartenant ont plus de 45 ans. La Bourgogne compte 1.6 millions d'habitants et la Côte d'Or représente 32% des habitants. Dijon compte environ 160 000 habitants. En ce qui concerne la démographie médicale sur le territoire de santé, la situation est préoccupante. Selon une étude menée par la DREES¹³, le nombre de médecins devrait considérablement diminuer d'ici 2025. Pour un numérus clausus de 7 000 en 2006, le nombre de médecins actifs passerait de 4 535 en 2002 à 4 118 en 2025 et la densité de 281 à 260 soit une baisse de 8 %. En ce qui concerne les médecins généralistes, la Bourgogne dispose de l'une des plus faibles populations de médecins généralistes en France avec seulement 104 médecins généralistes pour 1000 habitants alors que la moyenne française est de 114 médecins pour 1 000 habitants. Des zones du territoire sont clairement identifiées comme déficitaires, notamment le nord de la Côte d'Or ou encore le département de l'Yonne¹⁴. Une forte proportion de médecins devrait partir à la retraite dans les années à venir.

L'activité hospitalière sur le territoire a progressé (hausse de 7.2 % entre 2001 et 2008). 10 % de patients supplémentaires ont été suivis au CHU pendant la même période.

¹¹ Chiffres clés 2009, Edition 2009, CHU DIJON

¹² Bilan social 2009, Edition 2009, CHU DIJON

¹³ K. ATTAL-TOUBERT et M. VANDERSCHULDEN, février 2009, La démographie médicale à l'horizon 203 : de nouvelles projections nationales et régionales, DREES, n°679

¹⁴ Sous la Direction du Dr P. ROMESTAING, réalisé par G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, Atlas de la démographie médicale en région Bourgogne, Situation au 1^{er} janvier 2009, Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre

1 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES AU CŒUR D'UN ENVIRONNEMENT EN PERPÉTUEL MOUVEMENT

Face à l'évolution du monde hospitalier, dans un environnement de plus en plus complexe où les pratiques et les mentalités sont soumises à de fortes pressions, l'investissement dans la gestion des ressources humaines devient central. A ce titre, la focalisation sur les ressources humaines médicales s'impose. En effet, le médecin hospitalier est de plus en plus engagé dans un processus nouveau dans lequel son rôle évolue, et avec lui, l'institution hospitalière.

Ainsi, la gestion des ressources humaines est en pleine mutation dans l'accompagnement de ces changements, qu'elle doit anticiper et impulser. D'une gestion fermée voire statique parce que principalement axée sur de la gestion administrative des statuts, la gestion des ressources humaines médicales est en cours d'évolution vers une gestion beaucoup plus progressiste (1.1), dans un contexte révolutionnant le corps médical, non sans conséquences (1.2).

1.1 D'une gestion des ressources humaines médicales statique et imperméable à une gestion dynamique et ouverte

La gestion des ressources humaines médicales s'inspire des expériences extérieures au monde hospitalier, pour définir un nouveau modèle, dans un contexte qui favorise le changement d'outils et de mode de gestion.

1.1.1 La richesse des expériences extérieures à la gestion des ressources humaines médicales

Au début des années quatre-vingt dix, la mise en place de dispositifs de gestion des compétences s'intensifie et s'institutionnalise en ce qui concerne les entreprises privées et la direction des ressources humaines des personnels non médicaux dans les hôpitaux. La gestion des compétences est née de la nécessité de s'adapter aux multiples évolutions organisationnelles et concurrentielles¹⁵.

Face aux nouvelles contraintes, la GRH médicale favoriserait une meilleure gestion des savoirs et des compétences afin de permettre une meilleure implication des individus dans l'institution au profit d'un meilleur rendement de l'activité, tel qu'il en est

¹⁵ BARET, VINOT et DUMAS, 2006, article : « *La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : une proposition de modèle de recherche* »

question désormais dans les hôpitaux. C'est en effet le facteur humain qui est au cœur du processus de soins délivrés ; donc c'est sur cet élément qu'il faut travailler. L'impact de la GRH Médicale est donc forte sur la performance d'un établissement à l'instar des travaux réalisés dans les entreprises privées. Ces études ont en effet prouvé que la GRH jouait un grand rôle dans la performance en liant l'aspect global et l'individualisation. Désormais, la gestion des ressources humaines voulue par les affaires médicales doit tendre plus vers le « modèle individualisant » de Mintzberg¹⁶ où les éléments centraux se résument à la personnalisation du lien salarial, l'évaluation, le projet managérial avec des traitements plus flexibles et plus spécifiques aux différents individus en fonction de leur mérite. Ainsi, certaines pratiques du privé peuvent être transposables à l'hôpital public en matière de GRH. Contexte concurrencé, innovation technologique sans précédent et environnement instable sont des points communs auxquels sont confrontés le privé comme le public. Pour stimuler l'innovation, certains facteurs internes à l'organisation dont les RH et la GRH sont à mettre à profit¹⁷. La littérature a mis l'accent sur le rôle de la GRH dans l'atteinte d'avantages compétitifs et l'amélioration de la performance¹⁸.

Selon Osterman (2006), les pratiques mobilisatrices visent l'engagement et le développement des compétences des employés, grâce à une relation de partenariat et d'alignement des attentes des employés sur les buts stratégiques de l'entreprise. Quelques exemples peuvent être transposables à l'hôpital public à l'instar de l'intéressement, de la formation ou encore de l'organisation du travail. Ce mémoire n'analysera que certains points. Ainsi, les arguments de l'approche configurationnelle (Miller et Meyer) et de la théorie des ressources (Barney et Wernefelt) appuient cette idée. Selon les auteurs de la théorie des ressources, une entreprise peut acquérir un avantage compétitif en se basant sur ses ressources internes, créatrices de valeurs. Les pratiques mobilisatrices des ressources humaines et leur complémentarité sont une source d'avantages compétitifs et de meilleure performance en motivant les salariés et retenant les meilleurs talents. Cette idée a été illustrée lors de plusieurs de mes entretiens par des praticiens, au sujet de l'intéressement individuel (*Part complémentaire variable*).

1.1.2 *Vers un nouveau modèle de gestion des ressources humaines médicales*

Ce travail consiste donc à démontrer que dorénavant, la gestion des ressources humaines médicales ne peut plus s'inscrire dans un schéma de régulateur purement administratif, gérant des statuts. La gestion des ressources humaines médicales

¹⁶ MINTZBERG, 1982, Structure et dynamique des organisations, Editions d'Organisation, Paris

¹⁷ A. RAZOUK et M. BAYAD, Colloque GRH, PME et Entrepreneuriat : regards croisés, ESC BRETAGNE et NANCY UNIVERSITE

¹⁸ Travaux de BECKER et HUSELID, 1996

représente donc aujourd'hui un réel levier tant du point de vue de la performance sociale (satisfaction des médecins, présentéisme...), que de la performance organisationnelle (gestion du temps de travail, délégation...) ou encore de la performance économique (intérêt collectif ou part variable complémentaire...).

Afin d'appuyer ces propos, les travaux menés par Huselid en 1995 illustrent le fait que la gestion des ressources humaines médicales, qui accompagne le changement hospitalier, s'inspire de la gestion des ressources humaines dans les entreprises privées. En effet, la fonction ressources humaines médicales est en développement dans le secteur public. Elle s'est enrichie de spécialistes qui souhaitent désormais échanger. Cette question devient pertinente de nos jours avec l'évolution de la philosophie à l'hôpital avec les nouvelles réformes dont la loi HPST vient couronner le tout. Bien sûr, il est toujours bon de s'interroger sur les spécificités des moyens de GRH Médicales dans le milieu de la santé par rapport aux entreprises privées. Mais, le constat est là : la part du profit, la recherche de la rentabilité et la part de la performance sont tellement affichées dans la loi HPST que l'évolution de la gestion des ressources humaines médicales est indéniable. Les pratiques que doivent mettre désormais en œuvre les ressources humaines médicales peuvent s'inspirer en grande partie des entreprises privées en jouant un rôle sur la responsabilisation des médecins, le développement de leurs compétences ou encore dans la recherche de stratégies ciblées de recrutement instaurant plus de flexibilité qu'auparavant. Différentes raisons soulignent cette idée ; d'une part, la proportion sans cesse en hausse des dépenses de personnels médicaux dans les établissements ; d'autre part, la complexité croissante que revêt désormais l'organisation hospitalière, entre les nouvelles instances, la multiplicité des statuts médicaux, la responsabilisation grandissante des acteurs et le foisonnement de réglementations. Tout ceci peut expliquer en partie le « malaise des soignants », au premier chef desquels, les médecins¹⁹.

Or, ce qui pose le principal problème, c'est la révolution culturelle qui se joue à l'hôpital. Certes, les manques de moyens sont souvent soulignés mais, les établissements de santé n'ont jamais autant été dotés en personnels surqualifiés.

¹⁹ Gisèle CALMES, 2009 – 2010, « *Gestion du temps de travail médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle* », DH Magazine, N°129 et 130

1.1.3 Un contexte favorable à l'évolution des « affaires médicales »

Ainsi, ce travail vise à souligner que la GRH Médicales, de taylorienne ou bureaucratique est devenue ou devra à l'avenir devenir plus progressiste²⁰. Hier, « être » aux affaires médicales s'apparentait plus à gérer des statuts, des règles et des procédures. Aujourd'hui, piloter des ressources humaines médicales, c'est responsabiliser le corps médical, introduire de la flexibilité, de la performance, développer la territorialisation des filières et l'individualisation des parcours. Certes, il n'est pas à nier que le propre de la gestion des ressources humaines à l'hôpital et dans le secteur public en général repose sur le statut, fondé sur des valeurs d'égalité, de neutralité et de continuité, qui semble pourtant être remis également en cause par la loi HPST. Il ne faut pas non plus occulter les principes de promotion de la fonction publique ni le contrat public, au cœur des ressources humaines. Mais, les médecins ne sont pas des fonctionnaires ; ils sont des agents publics non soumis aux règles de la fonction publique. La gestion des ressources humaines médicales est donc bien plus ouverte aux pratiques déjà élaborées dans le monde du privé mais aussi ouverte au changement, en ce qu'elle gère un public particulier.

Avec l'introduction de la T2A et plus encore avec l'adoption de la loi HPST, il est question de motivation, d'intéressement, de diversification et de moins de rigidités. Le Directeur des Affaires Médicales n'est plus le gestionnaire de statuts d'hier mais devient « le prestataire de services de l'hôpital et des médecins ». Le Directeur des Affaires Médicales aujourd'hui est au cœur du développement des compétences, de la flexibilisation des carrières et de la territorialisation des parcours. La loi HPST est d'autant plus ressentie comme un bouleversement dans la mesure où elle remet en cause l'historique des pratiques à l'hôpital. L'organisation administrative, soignante et professionnelle, définie depuis des dizaines d'années, est aujourd'hui en pleine évolution. Les pratiques de gestion ne peuvent donc plus être les mêmes. L'individualisation des parcours remet en cause l'impersonnalité de gestion. Les médecins sont contraints de se repositionner dans l'institution hospitalière et de revoir leurs pratiques. De nouveaux impératifs de performance, d'efficacité, de coopération et de territorialisation viennent modifier leur périmètre et leur logique d'action. L'irruption des managers dans leur quotidien bouleverse leur culture et renforce un sentiment de malaise qui demandera quelques années à se résorber. Une redistribution des rôles favorise un nouveau couple qui impacte les pratiques de la GRH médicales, à savoir, le couple « médecin-directeur ». C'est alors que la gestion des ressources humaines médicales se doit d'être progressiste

²⁰ BARET, VINOT et DUMAS, 2006, article : « La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : une proposition de modèle de recherche »

face à de nouveaux enjeux tels que la décentralisation des décisions, l'introduction d'un management participatif ou encore de systèmes de récompense.

La méthode de travail que j'ai suivie lors de mon stage long au CHU de Dijon a été la suivante :

Mon étude repose sur deux axes :

- d'une part, une enquête a été menée par des entretiens auprès de praticiens relevant de statuts différents. Par ailleurs, une autre enquête a été menée auprès des Directeurs des Affaires Médicales des CHU de France. Cette enquête portait sur les outils de gestion du temps de travail, la mise en place de l'intéressement et les statuts,
- d'autre part, par des étapes dont la roue de Deming est l'illustration la plus pertinente.

Je tiens à souligner que j'ai limité mon étude à trois aspects :

- gestion du temps de travail,
- recrutement,
- intéressement.

À mes yeux, ce sont les aspects les plus pertinents dans une direction des affaires médicales.

1.2 La loi HPST : une nouvelle révolution pour le corps médical

Face à l'ensemble des réformes et aux refondations de l'hôpital, les médecins ont l'impression d'être pris au piège. Ils se doivent de plus en plus devenir des gestionnaires et peuvent ainsi connaître une crise d'identité, comme l'a démontré l'observation faite au CHU de Dijon.

1.2.1 De nouvelles logiques révolutionnant le monde médical

La loi HPST permet de clarifier le rôle de chacun à l'hôpital, d'exercer ses responsabilités avec plus de lisibilité et de façon plus flexible. Cette réforme s'inscrit dans une logique de rupture avec le passé, affirmée dès le discours du Président de la République le 16 octobre 2007 à Bordeaux avec une révolution du mode de financement, du management de l'hôpital, l'introduction de la performance, de l'attractivité, de la part variable de rémunération des praticiens hospitaliers, du recentrage sur de nouvelles missions de collaboration avec les libéraux et les autres établissements. Les nouvelles instances : conseil de surveillance, directoire et chef de pôle marquent une évolution majeure de l'institution. Ce qui est particulièrement intéressant pour le sujet de cette étude, c'est la volonté de la nouvelle loi de renforcer une certaine « privatisation » du système de santé²¹, à l'instar de ce qui a été mis en place dans certaines entreprises non publiques. Nul n'est besoin d'être grand clerc pour deviner à l'intitulé des termes des instances, que ces derniers sont inspirés du secteur privé. Aujourd'hui, plus rien ne relève en effet d'un « monopole » du public par rapport aux établissements privés de santé. Les missions de service public, redéfinies dans la loi HPST, autrefois apanage des établissements publics, peuvent désormais être pratiquées par les établissements privés de santé. Le service public hospitalier connaît ainsi ses heures les plus sombres, prémices, peut être à sa disparition. Une autre réforme est à souligner, celle de l'ouverture des lieux de stage pour les internes dans les établissements privés. Ceci confère une nouvelle dimension à ce secteur qui intervient maintenant au même titre que l'hôpital dans la formation, concurrençant ce dernier dans le cœur de ses prérogatives. Par ailleurs, le renforcement du rôle du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) verticalise le système de santé en affirmant clairement des lignes hiérarchiques de décision.

²¹ A. MADOIRE et S. PLAN, janvier 2010, « *Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ?* », *Gestion hospitalière*, n°492

Ainsi, la loi HPST apparaît comme la clé de voûte de mutations engagées depuis plusieurs décennies. Elle inquiète donc à plus d'un titre en ce qu'elle instaure une nouvelle dynamique dans le système de santé dans laquelle l'hôpital public est le principal acteur bouleversé.

1.2.2 Des médecins gestionnaires et en crise d'identité

Suscitant une restructuration majeure, la loi HPST a donc provoqué un vaste mouvement de protestations, révélateur d'un malaise plus profond dans le monde soignant et des médecins en particulier. De l'interne au mandarin, tous dénoncent la réforme en ce qu'elle renforce leur sentiment de dévalorisation et de relégation au rang de « médecin subalterne ». En partant de l'évolution du rôle et de la place des médecins à l'hôpital, mon étude a permis de souligner, à partir de mes observations sur Dijon, que le corps médical est particulièrement impacté et soucieux par cette nouvelle logique.

Tout d'abord, l'association des médecins à la direction représente une première modification en profondeur dans leur pratique et philosophie. En effet, dès la création des conseils exécutifs, les médecins ont été amenés à participer à la stratégie de l'établissement. Instance de concertation et de réflexion, le conseil exécutif est devenu l'exemple du décroisement culturel entre gestionnaires et médecins²². L'ensemble formé par la direction générale et cette instance a montré que cette association pouvait traiter de problèmes stratégiques et donner un poids aux orientations proposées. La loi HPST renforce la participation du corps médical. Les médecins sont de plus en plus parties prenantes dans le pilotage de l'établissement. Ainsi, le directoire, successeur du conseil exécutif, est majoritairement²³ composé de représentants médicaux.

Par ailleurs, il est important de souligner ici le poids croissant de la tarification à l'activité dans le processus de soins et dans les pratiques des médecins. L'objectif de la tarification est de rendre le système plus compréhensif pour les professionnels qui seront responsabilisés dans leurs pratiques quotidiennes. Le budget alloué aux structures ne sera plus le résultat d'un processus bureaucratique mais le fruit direct du travail réalisé. Le but est de renforcer l'intérêt des praticiens hospitaliers au résultat de leurs activités. Ceci est souligné par la volonté de rendre les établissements de santé plus autonomes donc plus responsables. Or, ces évolutions ne se font pas forcément avec les ressources

²² Rapport de la Cour des Comptes relatif à l'organisation de l'hôpital, 2006

²³ Décret n°2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé

nécessaires, causant de nombreuses surcharges de travail chez l'ensemble des personnels soignants, médicaux et non médicaux. Aujourd'hui, les médecins parlent de gestion. Ils sont conscients des conséquences et des contraintes économiques de leurs pratiques. En effet, maillon central dans l'offre de soins, c'est par eux que passe la maîtrise médicalisée. C'est une petite révolution dans laquelle « le médecin doit intégrer le fait qu'entre deux prises en charge, diagnostique et thérapeutique, ayant la même efficacité, qualité et sécurité pour le patient, il est raisonnable de choisir la plus économique » souligne le Pr Zambrowski²⁴.

Impliquer le médecin dans ce processus devient essentiel. La délégation de gestion aux chefs de pôle réaffirme ce principe et amène les praticiens hospitaliers dans le monde de la gestion. La question se pose quant à leur formation à la gestion et quant à leur pratique soignante : sont-ils là uniquement pour soigner ou pour gérer ? Comment concilier les deux ? Cette question est bien souvent récurrente dans leur esprit. La logique d'hôpital entreprise avec une gestion comptable centrée sur la réduction des coûts, contraire à la notion de service public fait craindre le rationnement et suscite la controverse au sein du corps médical. Certains, à l'instar des propos du Professeur Denis Devictor, président de la collégiale des présidents du Comité Consultatif Médical de l'AP-HP : « Utiliser la santé pour un objectif à court terme de réduction pure et simple des dépenses est dangereux. La qualité va en pâtir sans aucun doute, de même que l'accès aux soins. Le découragement des acteurs qui font l'hôpital public va s'en suivre. Il y a danger »²⁵. S'ajoute à cela, la peur d'être asservi à l'autorité administrative. Certains médecins hospitaliers craignent de s'éloigner de leur cœur de métier.

À la suite de ces évolutions voire « révolutions », de nombreuses études ont relayé le constat d'un certain malaise parmi le corps médical qui s'est illustré lors des manifestations à la loi HPST. Désarroi qui se symbolise par le sentiment de déclassement, précarisation et sous-estimation. Les médecins sont désormais face à de nouveaux enjeux et doivent développer de nouvelles aptitudes managériales de l'encadrement. A la fois perçus comme des techniciens, ils se sentent désavoués et non reconnus par l'administration et les tutelles. Pour le corps médical, le sentiment de perte de pouvoir est fort. En outre, l'idée que la santé et l'hôpital public changent voire perdent des valeurs augmentent ce sentiment de « dévalorisation ». Il en ressort de ceci un certain découragement des médecins dans un tel contexte.

Tout ceci favorise un sentiment d'insécurité et d'isolement. Certains praticiens craignent l'incertitude quant à leur avenir, après la précarité de l'internat. Ainsi, la gestion

²⁴ J.B. GERVAIS et C. MORIN, Octobre 2009, « Un corps de métier en véritable perte de vitesse », in Dossier « Médecins – Crise d'identité », Décision Santé, N°258

²⁵ Idem que note 21

des ressources humaines médicales ne peut pas rester insensible face à de tels ressentis. Une étude de la DREES²⁶ a démontré que le personnel soignant et, à ce titre les médecins, est fortement touché par les modifications d'organisation et de logique. Une perception relativement négative des conditions de travail se dégage pour une partie des personnels médicaux, notamment du fait d'une hausse des responsabilités non suivie de reconnaissance²⁷. En effet, mes observations sur le terrain, suite aux entretiens, ont démontré que les médecins hospitaliers font face à une part de surcharge de travail de plus en plus forte. À ce titre, de nombreuses conséquences sont constatables : fatigue, surmenage, stress. Grèves et manifestations, dont la plus récente en date du 7 septembre 2010, ont perlé la vie hospitalière ces derniers mois, reflet de la crise identitaire du corps médical. Les praticiens hospitaliers dénoncent le contexte dans lequel ils évoluent : disparités démographiques, difficultés de recrutement, divergences de rémunération, manque de dispositif de régulation. La nouvelle tarification est venue renforcer ce sentiment de mal être. Leur identité professionnelle est déstabilisée : dégradation du statut social, augmentation des recours au pénal, peur de l'avenir...Après le temps des malades est venu celui des usagers de droit et enfin celui des exigences financières. À l'hôpital, le temps du mandarinat semble s'effondrer dans un environnement où le médecin hospitalier n'est plus vraiment maître de son exercice. L'alourdissement des tâches complique leur pratique. Le médecin est désormais parfois désenchanté et désespéré.

Les médecins, indépendants vis-à-vis de l'autorité administrative, disposent d'une certaine liberté individuelle qui peut vite entrer en conflit avec les logiques collectives. En effet, en définissant des objectifs de gestion à leur place, leur sentiment de « souffrance » au travail augmente. La Direction des Affaires Médicales se doit d'être attentive au rôle de la reconnaissance. Dans toutes les organisations du travail, privées comme publiques, il a été démontré que la reconnaissance est centrale. La réduire à son seul aspect gestionnaire et efficience économique est un « contresens ». Cette « souffrance » des praticiens face à la nouvelle organisation de l'hôpital se définit plus comme une réelle crise d'identité. Le praticien est désormais face à une nouvelle représentation sociale de son métier, désacralisé. Cette désacralisation est vécue comme une perte de légitimité de sa liberté d'action, comme une perte de sa singularité²⁸. Le médecin n'est plus entouré de sacralité et son activité n'est plus comparée à un sacerdoce. Aujourd'hui, l'heure est au compte, à l'évaluation face à l'administration. Le changement est radical. Le patient ne

²⁶ Février 2005, « *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail* », DREES, N°373

²⁷ Une étude de 1998 menée par le conseil de l'ordre des médecins a montré combien la profession souffrait d'un manque de reconnaissance.

²⁸ Gisèle CALMES, 2009 - 2010, « *Gestion du temps de travail médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle* », DH Magazine, N°129-130

semble plus la seule préoccupation du praticien ; ce dernier doit aussi « regarder » l'administration.

1.2.3 *La Direction des Affaires Médicales : vers de nouvelles missions*

C'est donc à la Direction des Affaires Médicales de prendre en compte ces difficultés et interrogations qui émergent au sein du corps médical.

Plusieurs évolutions sont à noter en ce qui concerne le monde hospitalier et le personnel médical :

- le changement du rapport au travail, marqué par les changements culturels de la société, l'évolution culturelle de la position du praticien à l'hôpital, dans une organisation plus collégiale, en coordination avec le personnel non médical,
- l'émergence d'une culture gestionnaire, avec l'apparition de « médecins managers », beaucoup plus marquée désormais dans une organisation polaire avec un management médical du chef de pôle, source d'implication des praticiens dans la gestion du pôle. Il faut aussi noter que la nouvelle organisation en pôles demande aux médecins de se « positionner sur une ligne verticale vis-à-vis de la direction de l'établissement »²⁹.

En effet, la GRH Médicales, au cœur de ce processus, doit accompagner ce changement. En effet, le « new public management » (« nouvelle gestion publique ») cherche à remodeler et à redéfinir la fonction et les objectifs de la fonction publique à partir de principes de l'univers marchand. Or, avec la loi HPST, certains médecins voient la pression du privé entrer dans l'hôpital, avec une concurrence accrue entre eux. Ceci modifie profondément la répartition des pouvoirs en renforçant la chaîne managériale et donc le directeur, au détriment du pouvoir des professionnels, placés dans une logique de contrats d'objectifs et soumis à un régime d'évaluation comptable de leurs pratiques³⁰.

Cependant, il n'est pas sans dire que la gestion des ressources humaines médicales reste encore encadrée par les carcans des statuts, des rémunérations et de la complexité des parcours. La gestion des affaires médicales dispose encore d'outils lents, peu dynamiques et peu favorables à une progression des logiques de gestion. C'est à ce titre que la loi HPST a tenté d'introduire modernisation et flexibilité. C'est à cet effet que la

²⁹ Rapport établi par H. ZEGGAR et G. VALLET, février 2010, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS

³⁰ Entretien de C. LAVAL, octobre 2009, in Dossier « les médecins – crise d'identité », réalisé par J.B. GERVAIS et C. MORIN, *Décision Santé*, numéro 259

gestion des ressources humaines médicales évolue donc vers de nouvelles trajectoires et de nouveaux outils, leviers du changement.

La citation du Professeur Marest, lors d'un entretien réalisé par J.B Gervais dans son article sur la crise identitaire des médecins³¹, illustre cette situation. Ainsi, ce dernier affirmait que les solutions à ce problème pourraient venir d'une démarche éthique, inventive et créative.

La GRH Médicales n'en est pas encore là mais elle dispose déjà d'un positionnement qui lui ouvre les portes d'un nouveau modèle d'application. Désormais, le directeur des affaires médicales doit être, plus qu'avant encore, communiquant à l'encontre du corps médical, participatif et dynamique dans les démarches entreprises. A cela doit s'ajouter une bonne connaissance du terrain et des services. Ainsi, actuellement les affaires médicales doivent développer des outils à mettre à la disposition d'une gestion des compétences en ayant une stratégie anticipatrice, afin de positionner la ressource au bon endroit. Les politiques de recrutement, de rémunération et la gestion du temps de travail sont trois éléments à partir desquels les affaires médicales peuvent développer une réelle politique de gestion des personnels médicaux qui donne une réponse aux attentes d'une gestion des compétences.

La direction des ressources humaines médicales doit se doter d'outils pour anticiper les évolutions, faire face aux besoins territoriaux et démographiques, prendre en compte les aptitudes et les aspirations individuelles.

³¹ Cf. Note 10

2 D'UNE LOGIQUE COLLECTIVE A DES PARCOURS INDIVIDUALISÉS ATTRACTIFS : LE CHU DE DIJON

La gestion des affaires médicales a longtemps été très stéréotypée et impersonnelle, que ce soit dans la gestion du temps de travail, trop timorée, que dans les modalités d'attractivité de l'hôpital insuffisamment développées. C'est à partir de l'étude et des observations faites au CHU de Dijon, que des propositions et des réflexions sont menées dans le cadre de ce travail, pour permettre à l'établissement d'approfondir sa démarche sur les thèmes abordés.

2.1 Une gestion des ressources humaines médicales longtemps stéréotypée et impersonnelle

Les principaux outils à l'instar de la gestion du temps de travail, des compléments de rémunération et des modalités de recrutement ont été, par le passé, peu utilisés dans un objectif stratégique.

2.1.1 Une gestion du temps de travail longtemps timorée

Au CHU de Dijon, comme ailleurs, la gestion du temps de travail était hétérogène. Certes, un arrêté en date du 15 février 1973 relatif à l'organisation et à la rémunération des gardes introduisait des tableaux mensuels nominatifs, mais il ne fut pas appliqué faute de volonté et de philosophie en phase avec cette réglementation à l'époque.

Historiquement, le praticien hospitalier disposait d'une grande indépendance. Mandarin dans son service et dans ses actes, il n'était pas question, pour l'administration, de s'intéresser à ses activités. Libre et indépendant, le praticien disposait de son temps comme il le souhaitait. Rien ni personne ne venait y semer le trouble. Cela se traduisait par des fonctionnements divers soit, pour certains praticiens, un investissement important en temps soit, pour d'autres, un travail bien moins dense. Seuls certains services tels le SAMU et le SMUR formalisaient une organisation indiquant l'affectation des praticiens sur des postes et activités à assurer.

La réforme de l'Aménagement de la Réduction du Temps de Travail (ARTT) relance l'idée de mener une véritable gestion des ressources humaines médicales. Aujourd'hui, il est incontournable de s'appuyer sur des outils de mesures du temps de travail afin d'optimiser l'organisation des ressources médicales, en évitant le

renchérissement ou la raréfaction du temps médical. Or, le CHU, jusqu'alors ne disposait pas de moyens de gérer les ressources humaines. Ils géraient surtout la pénurie de personnel. Les établissements sont souvent dans des situations délicates pour maintenir la permanence des soins et recourent aux intérimaires, comme je l'ai constaté dans beaucoup d'établissements de Bourgogne (ce qui m'amènera aux conclusions de la partie III sur la nécessité d'une politique de gestion des ressources humaines médicales territoriale, autour d'un CHU pivot). Même au CHU à Dijon, par exemple, gérer la pénurie revient parfois à inscrire des médecins sur des statuts moins valorisants car non permanents, de recourir aux FFI (faisant fonction d'internes) sans connaissance parfois des disponibilités en interne par manque de moyens de gestion du temps médical. En effet, intervenant dans un contexte démographique tendu, la gestion du temps de travail peut permettre de disposer d'informations et de données sur les médecins, leurs pratiques et leurs comportements afin d'ajuster les ressources humaines selon les besoins des services et d'obtenir une bonne adéquation entre l'emploi disponible et le professionnel qui le pourvoit. En conséquence, c'est la qualité des soins qui est en jeu donc il ne suffit plus désormais de se contenter d'une simple gestion administrative. La gestion des ressources médicales doit maintenant être en cohérence avec la stratégie définie au niveau de l'établissement mais aussi au niveau du territoire.

Au CHU de Dijon, en 2009, la direction des affaires médicales rencontrait de réelles difficultés pour obtenir la totalité des tableaux de service de certaines unités. En cause, la philosophie de certains chefs de service qui refusent de « donner » leur tableau et de « dire » ce qu'ils font, considérés comme une atteinte à leur éthique et pratique professionnelles. Ils ne souhaitent pas consacrer trop de temps aux tâches de gestion administrative, comme l'ont révélé certains de mes entretiens. Ces tableaux de service sont réellement assimilés à du « contrôle » de la part de l'administration. Certains médecins n'en voient toujours pas l'intérêt à l'heure actuelle³².

Avant la mise en place des tableaux de service, l'autonomie totale était laissée aux praticiens. Or, avec ce système, des dérives sont très vite apparues. Ainsi, comme aucun contrôle n'émanait de la direction, les établissements se mettaient vite en infraction avec des pratiques irrégulières. Par exemple, l'activité libérale des praticiens n'était pas toujours surveillée : la quotité de temps de travail consacrée à l'activité libérale, d'une demi-journée ou deux demi-journées hebdomadaires, était supérieure aux limites légales ; les dépenses consacrées à la permanence des soins explosaient, permettant un complément de rémunération aux intéressés.

³² Cf. Annexes n° 11 et 12 relatives aux entretiens

L'ARTT médical a été adoptée à travers le protocole du 22 octobre 2001 définissant les modalités d'application de la réduction du temps de travail et les conditions de la mise en œuvre de la directive 93/104/CE. Ce protocole constitue un cadrage national selon lequel :

- les médecins, pharmaciens, odontologistes et biologistes hospitaliers temps plein,
- les praticiens des hôpitaux à temps partiel, les praticiens contractuels, les assistants et les praticiens attachés bénéficient forfaitairement de vingt jours de RTT dans le cadre d'un nombre annuel de 207 jours de travail définis en demi-journées désormais ou en temps continu (à Dijon, seuls les services du SAMU et du SRAU sont en temps continu) ; les praticiens hospitalo-universitaires ne sont pas concernés par la réforme de l'ARTT,
- les gardes font parties intégrantes du temps de travail,
- la durée du temps de travail hebdomadaire est de 48 heures maximums lissées sur quatre mois. Au-delà, il s'agit de temps de travail additionnel, appelé communément plages additionnelles (qui ne sont ni plus ni moins que des heures supplémentaires pour le personnel médical),
- les jours de RTT non consommés dans l'année peuvent faire l'objet d'une alimentation dans un compte épargne temps (CET) dans la limite de trente jours par an.

Ces dispositions ne concernent ni les praticiens hospitalo-universitaires ni les internes ou faisant fonction d'internes mais ils bénéficient de l'intégration des gardes dans le temps de travail, du repos hebdomadaire et des 48 heures hebdomadaires maximums. Désormais, un praticien dispose d'un temps de travail de référence de 207 jours (414 demi-journées) contre 227 auparavant. Les obligations de service varient selon le statut du médecin hospitalier ; elles sont fixées par voie réglementaire. Il faut distinguer le service de jour de la permanence des soins assurée le samedi après-midi, le dimanche, la nuit et les jours fériés. Mais, le temps de travail passé pendant la permanence des soins est intégré dans les obligations de service³³.

•Différentes raisons viennent en appui de cette mise en œuvre au CHU de Dijon

Parmi elles, la nécessité de définir des règles de gestion claires et partagées du temps médical. L'ARTT permet de fournir des éléments d'analyse d'activité et donc de déployer une stratégie de pilotage comme les budgets disponibles ou l'anticipation des besoins en fonction des évolutions d'activité. Les données de ces tableaux permettent en

³³ **Arrêt CJCE, Jaeger, 9 septembre 2003** : *les périodes pendant lesquelles les médecins hospitaliers sont contraints d'être sur place font partie intégrante de leur temps de travail effectif.*

effet d'alimenter le processus de rémunération et le suivi individuel des droits. Ainsi, au CHU de Dijon, les chiffres révélés dans les tableaux informatisés servent de base de réflexion lors de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) et à la CME.

Les tableaux de service permettent de lisser l'activité sur un quadrimestre et de contrôler si les praticiens ont généré du temps de travail additionnel. Ces plages peuvent également faire l'objet de négociations avec les chefs de service. À savoir, la création de poste de praticien peut être octroyée en contrepartie de leur diminution.

Par ailleurs, les chefs de service disposent grâce à ce dispositif d'arguments pour demander la création de postes supplémentaires de praticiens. Enfin, pour les établissements, de tels tableaux permettent de mettre en place une réelle stratégie de maîtrise des dépenses et de l'organisation des soins en permettant à la direction de disposer d'un regard. À ce titre, les affaires médicales sont au carrefour d'un axe stratégique. Enfin, avoir un outil de décompte du temps de travail permet une meilleure organisation des services et une optimisation des ressources humaines médicales et non médicales (par exemple, lors de la fermeture de lits en été comme en hiver, il est donc aisé de lier les besoins en personnel médical avec ceux du personnel non médical pour affecter les ressources de façon efficiente).

● **Les difficultés rencontrées au CHU de Dijon**

L'application de l'ARTT du 22 octobre 2001 a posé de multiples problèmes liés à la diminution du temps de travail et à l'organisation de la permanence des soins. En effet, désormais il faut décompter au plus près le temps de travail des médecins hospitaliers.

Le principal obstacle auquel se heurte toute réorganisation et rationalisation est donc l'opposition régnant entre la rationalité du métier et sa vision fantasmée : organiser le travail des médecins peut être pris pour une tentative d'ôter ce qui les valorise à leurs yeux. Assujettir l'emploi du temps des médecins à celui du service où ils travaillent restreindrait l'autonomie dont ils disposent, gage de pouvoir pour une profession en voie de banalisation ; sérier l'activité des infirmiers ou des aides-soignants à leur champ propre d'action viderait leur travail de toute identification au travail médical³⁴. Le personnel médical peut rejeter de premier abord cette « incursion » de l'organisation dirigeante. A Dijon, les divers entretiens m'ont permis de mettre à jour une certaine division au sein du corps médical quant à l'utilité de tels tableaux.

Des points de vue opposés sont à noter entre les disciplines : certaines ne voient pas d'objections au regard porté par l'administration et le rôle de ces tableaux, à l'instar de spécialités en service continu où le tableau de service et les tableaux de gardes et

³⁴ Gisèle CALMES, 2009 - 2010, « *La gestion du temps médical et la remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle* », DH MAGAZINE

astreintes sont incontournables pour permettre au service de s'organiser. Par ailleurs, la mise en place de l'ARTT a révélé une opposition latente entre les services en décompte horaire et ceux en demi-journée.

En outre, l'instauration des tableaux de service est vécue comme une remise en cause de l'autonomie professionnelle des praticiens. La régulation par l'administration est parfois mal vécue par le personnel médical qui y voit une ingérence de la direction dans ce qui ne doit être qu'« une organisation interne au service », régulée par le chef de service. Ainsi, à Dijon, avant 2007, certains services adressaient les tableaux de service de manière irrégulière, selon leur envie ou quand ils y pensaient. Clairement, aujourd'hui, sur Dijon, les tableaux de service ont fait l'objet d'une informatisation permettant un regard par la Direction des Affaires Médicales à n'importe quel moment. Par ailleurs, chaque fin de mois, les tableaux réalisés sont bloqués à la Direction des Affaires Médicales. Aucun changement ne peut plus être effectué par les services eux-mêmes. En outre, toutes les informations utiles comme les gardes, astreintes et plages additionnelles ou encore les absences sont retournées aux affaires médicales par des formulaires parallèles.

Par ailleurs, des difficultés surviennent quant à la réglementation elle-même. Elle prévoit deux types de modalités du décompte du temps de travail :

- un décompte en demi-journées pour la majorité des services,
- une organisation en temps médical continu (décompte du temps de travail en heures) pour les services du SAMU et du SRAU.

Le problème de ce système est la difficulté de définir clairement le temps d'une demi-journée. Certes, le protocole du 22 octobre 2001 prévoit une durée hebdomadaire de 48 heures maximum et que les obligations de service représentent dix demi-journées. Donc, la référence est celle de 9h36 pour un jour de travail et donc de 4h48 pour la demi-journée. Cela peut provoquer, et je l'ai clairement observé lors de mon stage, des iniquités entre praticiens et des incompréhensions entre ceux qui relèvent d'un système et ceux relevant de l'autre système.

Une autre difficulté est le manque de financement alloué pour financer les jours de RTT ; le CHU de Dijon provisionne depuis 2008 le financement des jours posés sur les CET pour le personnel du titre I ; pour le personnel médical, le provisionnement est fait depuis 2009.

La diversité des activités (consultations, actes techniques, recherche, formation...) et l'autonomie des médecins dans leur organisation ont parfois constitué des barrières à la mise en place de l'ARTT.

2.1.2 *Un intéressement insuffisant*

Les personnels médicaux sont rémunérés par l'établissement qui les emploie. Ils sont des salariés. Leur rémunération est déterminée par l'application des règles statutaires, donc par leur position de praticien au sein de l'échelle indiciaire afférente au statut. L'objectif des statuts est d'assurer une progression linéaire de carrière et de rémunération automatiquement liée à l'ancienneté.

Les personnels hospitaliers universitaires (PU-PH ; MCU-PH ; CCA et AHU), personnels bi-appartenant, perçoivent d'une part une rémunération hospitalière (l'université est leur employeur principal) et d'autre part des émoluments de la part de l'hôpital. Les personnels mono-appartenant (praticiens hospitaliers, assistants spécialistes, praticiens contractuels, praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés et praticiens attachés associés) perçoivent une rémunération de l'hôpital uniquement. À ces rémunérations, variant selon l'échelon et la quotité de travail, s'ajoutent des indemnités de sujétion pour le travail effectué la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, des indemnités pour temps de travail additionnel au-delà des obligations de service, des indemnités correspondant aux astreintes et déplacements en cours d'astreinte, une indemnité pour activité dans plusieurs établissements pour permettre la constitution de réseaux et de coopérations inter-établissements. À cela, peuvent s'ajouter des rémunérations annexes pour activité libérale (sous conditions). Or, après étude, ce système ne permet pas une réelle équité et attractivité. D'une part, l'activité libérale à l'hôpital ne concerne que certaines spécialités et est soumise à des conditions sévères d'exercice³⁵. Le montant des honoraires varie selon la discipline et le statut des praticiens. D'autre part, des dépassements dans le nombre d'actes maximum autorisés ont été constatés ce qui a conduit à des ajustements pédagogiques.

D'autres rémunérations accessoires relèvent d'activités présentant un caractère d'intérêt général dans la limite de deux demi-journées hebdomadaires non cumulables avec une activité libérale, d'indemnités pour participation à des jurys de concours, à l'enseignement et à la formation.

À la lecture de cette énumération, les praticiens sont rémunérés de façon homogène. Or, après avoir mené une enquête et des recherches dans les dossiers de rémunération des praticiens du CHU de Dijon, il apparaît clairement que des disparités fortes règnent entre les rémunérations accessoires des praticiens. Les pôles dont les

³⁵ Articles L. 6252-1 à L. 6154-1 et R. 6254-1 à R. 6154-24 du Code de Santé Publique et Annexe n° 6 : « *Présentation de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public* »

montants de rémunérations sont les plus élevés concernent l'anesthésie réanimation, la gynécologie et les urgences³⁶.

En 2000, le statut des praticiens hospitaliers a été revalorisé. Les rémunérations des praticiens hospitaliers, des praticiens attachés, des praticiens des hôpitaux à temps partiel ont fait l'objet d'un réaménagement, respectivement en 2000, 2003 et 2009. Ainsi, la rémunération étant basée sur une grille indiciaire, cela amène à obtenir une échelle des rémunérations hiérarchisée à l'ancienneté et sclérosante. C'est un système qui peut conduire à une non-implication et à une démotivation. Les différences portent principalement sur les indemnités. Or, ces écarts ne mettent pas en avant des différences dans la performance et l'activité. Le travail quotidien d'un praticien et son intensité ne sont pas prises en compte dans ce mode de rémunération très hiérarchique et statutaire donc purement administratif. En effet, dans les établissements publics de santé, il existe une réelle inexistence de lien entre l'activité, la performance et la rémunération. Certes, la rémunération a été revalorisée et l'activité libérale peut représenter une opportunité de complément. Cependant, ces accessoires de rémunération restent très encadrés et très complexes dans leur mise en œuvre³⁷.

La rémunération reste donc fortement déconnectée du volume d'activité exercé par les praticiens. Les résultats et les performances ne sont donc pas valorisés dans la rémunération, à la différence des établissements privés. L'ensemble de toutes les indemnités ne permet pas de lier l'activité à la rémunération. Par ailleurs, beaucoup de praticiens regrettent que certaines de leurs activités ne soient pas plus reconnues : enseignement pour les non universitaires, recherche, investissement avec des horaires dépassant les temps réglementaires, activités administratives. Il s'agit d'un ressenti, mais à Dijon, un début de valorisation de ces activités a été mis en place au travers d'un taux accordé dans le temps de travail de 15 % d'activité non clinique. Leurs implications ne sont pas toujours prises en compte. Des écarts d'horaires sont importants entre eux. Certains sont en situation de suractivité alors que d'autres sont en sous-activité pour un effectif équivalent.

Par ailleurs, lors de mes entretiens, certains praticiens ont souligné l'hétérogénéité de l'intensité de travail de leurs confrères. Des disparités importantes de motivation sont regrettables et non prises en compte. En effet, certains praticiens peuvent ne plus être en phase avec leur activité professionnelle ; la situation actuelle des statuts ne permet pas une quelconque intervention de l'administration afin de mettre un terme à certaines difficultés de ce type. À ce titre, beaucoup de praticiens ressentent une certaine amertume. Cette linéarité de rémunération est parfois mal perçue puisque ne prenant pas

³⁶ Ces pôles sont composés de services à gardes et les personnels médicaux sont en fin de carrière. Il existe également des difficultés de recrutement dans ces services qui se traduit donc par du temps de travail additionnel élevé.

³⁷ Cf. Annexe n° 6 : « *Présentation de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public* »

en compte les charges et la pénibilité qui découlent de l'activité. Il est difficile de contrôler l'activité du praticien et son décompte horaire (comme il l'a été démontré plus haut). Le suivi des activités n'étant pas encore très efficient, les outils ne permettent pas de lier l'activité à la rémunération. Les chefs de service sont parfois peu engagés dans la régulation du temps de travail et dans l'organisation de la répartition de l'activité entre les praticiens du service.

Ainsi, le système actuel de rémunération des praticiens n'apparaît pas optimal et adapté au contexte actuel de recherche de la performance et de l'attractivité dans les établissements de santé. Ce système ne fait pas émerger une gestion dynamique des ressources humaines médicales en adéquation avec les exigences désormais médico-économiques développées au CHU de Dijon. Plusieurs raisons permettent d'expliquer pourquoi l'hôpital public, dont le CHU de Dijon en est un des exemples, s'est parfois conforté dans ce système. Tout d'abord, pour le praticien, il était relativement sécurisant puisque déconnecté de l'activité ; il offrait une sécurité de l'emploi et de la rémunération, linéaire et quasi-automatique. Le praticien connaît exactement le profil de sa rémunération pour les 35 ans de sa carrière, et ce dès son recrutement. Il ne se soucie donc pas de son activité ni de l'intérêt croissant à se mobiliser. Ainsi, beaucoup de praticiens rencontrés à Dijon m'ont fait part de la crainte de l'hôpital à s'engager dans le recrutement d'un praticien pour 35 ans sans connaître son réel potentiel ni investissement dans son service. Tout ceci est variable d'un individu à l'autre. Or, la charge de travail et l'investissement ne sont pas valorisés (ce que regrettent les praticiens)³⁸.

D'autre part, en étudiant et observant le système de gestion des hôpitaux publics dans leur ensemble, il apparaît clairement qu'il n'offre pas de perspectives de mobilité et de gestion dynamique des parcours de carrière parce que le cadre statutaire est trop rigide dans l'évolution des carrières professionnelles. Les exigences (thèses, diplomation, mobilité...) se révèlent plutôt des barrières pour les praticiens qui veulent s'investir dans leur carrière et qui se retrouvent vite « essoufflés » dans leur élan. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que ce système de rémunération est fondé non pas sur une logique d'efficience, de performance et d'activité mais sur une logique statutaire liée aux missions et à la philosophie du service public, socle premier de l'hôpital public depuis sa création historique. Ce système, aujourd'hui, n'est plus en phase avec l'introduction de la tarification à l'activité dans laquelle les recettes de l'établissement sont directement liées à la production d'actes et à leur cotation. On constate ainsi des départs, notamment de jeunes praticiens vers les établissements privés ou publics, pour cause de rémunération plus attractive, parfois *hors réglementation*. En effet, le départ de certains praticiens dans des disciplines déjà en difficulté pose un réel problème pour l'hôpital. Lors de mon stage,

³⁸ Cf. Annexe N°11 et 12 relatives aux entretiens

j'ai pu observer cette situation dans un établissement de Bourgogne dans lequel plus aucun médecin n'assurait d'activité dans certaines spécialités ; à ce titre, le centre hospitalier devait recourir à des médecins appelés « mercenaires ». Ainsi, par exemple, dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (*ESPIC – ex-PSPH*), les salaires sont fixés dans le cadre de la convention de 1951 et de ses avenants. Des établissements organisent pourtant eux-mêmes leurs règles de rémunération. Il s'agit d'un mode de gestion entre la gestion statutaire des établissements publics et la rémunération à l'acte des établissements à but lucratif. La loi HPST introduit plus de souplesse dans la rémunération. Enfin, le code de déontologie médicale prévoit qu'un médecin salarié ne peut accepter de rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui aurait pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins³⁹.

2.1.3 Des modalités de recrutement trop impersonnelles

●Une pluralité de statuts des personnels médicaux

Douze statuts de praticien⁴⁰ se juxtaposent au CHU. Ils organisent la carrière du médecin et permettent de faire face à différentes situations.

Ainsi, le jeune interne⁴¹ en fin de cursus peut se voir proposer différentes possibilités de placement, en fonction de son projet de carrière : il peut se positionner sur un poste de chef de clinique assistant ou assistant hospitalier universitaire en attendant de passer le concours de PH voire de se destiner à une carrière universitaire. Enfin, il peut s'installer directement en libéral et être toutefois recruté à l'hôpital en tant que praticien attaché, praticien contractuel inférieur à 100% ou praticien des hôpitaux à temps partiel. A Dijon, généralement, l'objectif de tout médecin hospitalier est de candidater sur un poste de praticien hospitalier, lorsqu'il en remplit les conditions (être lauréat du concours de praticien hospitalier).

Le statut de praticien hospitalier fait de ce dernier un agent public nommé par le ministre de la Santé et des Sports, protégé de l'autorité administrative pour son activité de

³⁹ Décret n°95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, article 97

⁴⁰ Cf. Annexe N°3 : « *Présentation des différents statuts hospitaliers* »

⁴¹ *A la fin de l'internat, qui correspond au troisième cycle des études médicales, les praticiens en formation ayant validé le nombre de stages requis et soutenu leur mémoire obtiennent leur diplôme d'études spécialisées (DES). Ce diplôme et la soutenance de la thèse de médecine leur donne le droit d'exercer la médecine, après inscription au tableau départemental du Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM). Cet exercice peut prendre diverses formes : en hôpital, en cabinet libéral, en clinique privée ou sous forme salariée dans un autre organisme. 5200 médecins se sont inscrits pour la première fois à l'ordre en 2009 (rapport de l'IGAS, C. AUBIN, C. DANIEL, Dr F. SCHAETZEL, A. BILLON, P. BLEMONT, A. ELIOT, J. VEYRET, Juin 2010, Le post internat, constats et propositions).*

soins, il n'est pas sous la subordination hiérarchique du chef d'établissement. Des avantages sont à prendre en compte dans ce statut. Le praticien peut exercer de l'activité libérale au sein de l'établissement, sous conditions. Il peut également enseigner et mener des activités de recherche. Ce statut permet de garantir une indépendance dans son activité de soins. L'objectif d'un tel statut est de réunir le corps médical sous un statut unique, sans faire de différence. Cette logique est en lien avec la philosophie de l'hôpital qui a régné pendant les dernières décennies : celle d'un service public ouvert et accessible à tous. Ce statut est vite devenu l'emblème de la carrière médicale hospitalière.

Cependant, aujourd'hui, des difficultés sont constatées quant à l'application de ce statut qui semble inadapté à certaines situations et aux nouvelles logiques.

Les principaux problèmes constatés aux affaires médicales de Dijon sont de différents niveaux :

● **Des statuts détournés de leur objet**

L'exemple des statuts de chefs de clinique-assistants et assistants hospitaliers universitaires⁴² illustre bien l'inadéquation des statuts offerts avec les perspectives de carrière de certains praticiens. En effet, seulement 11 % des CCA/AHU accèdent à une carrière universitaire⁴³ alors que l'objectif de ce statut est de devenir maître de conférences : MCU-PH puis professeur des universités : PU-PH.

A contrario, dans certains établissements de Bourgogne, des praticiens se sont inscrits dans un schéma valorisant dans lequel ils parviennent à un niveau de rémunération intéressant du fait de l'activité libérale octroyée. Cette situation peut se révéler problématique pour de petits établissements, minés par les difficultés démographiques et l'isolement géographique, quand un praticien manque de motivation et d'investissement, tranquillement installé dans un système avantageux pour lui.

● **Des statuts ressentis comme peu attractifs**

Le statut de praticien hospitalier tout d'abord représente un réel souci en ce qui concerne la reconnaissance de certains praticiens, chef de service qui ne se sentent pas suffisamment reconnus dans leur fonction car n'ayant pas une carrière hospitalo-

⁴² *Les postes de CCA sont ouverts aux praticiens titulaires d'un DES dans une discipline clinique ou mixte (arrêté du 29 juin 1992 modifié) depuis moins de trois ans ou bénéficiant d'une équivalence de diplômes délivrés par un Etat membre de l'Union Européenne ; les postes d'AHU sont ouverts aux titulaires d'un DES dans une discipline biologique ou mixte depuis moins de trois ans ou aux pharmaciens ayant validé leur internat. Depuis le décret n°2008-744 du 28 juillet 2008, le clinicat est ouvert aux médecins titulaires d'un DES de médecine générale depuis moins de quatre ans (CCU-MG).*

⁴³ Rapport de l'IGAS, C. AUBIN, C. DANIEL, Dr F. SCHAEZEL, A. BILLON, P. BLEMONT, A. ELIOT, J. VEYRET, Le post internat, constats et propositions, Juin 2010

universitaire. À Dijon, comme ailleurs dans d'autres CHU, il existe de nombreux PH chef de service qui sont dans cette situation. Un statut unique pour toutes les spécialités hospitalières pénalise le recrutement dans certaines spécialités⁴⁴. Une fois affectés, les praticiens ne sont pas évalués sur la base d'un contrat d'objectifs ni sur leur présentisme. Des praticiens hospitaliers peuvent gagner la moitié de la rémunération d'un médecin dans le privé, car ils sont rémunérés à l'activité. Un défaut d'attractivité est à noter. Il faut comprendre que les jeunes praticiens aspirent désormais à concilier vie privée et vie professionnelle. Beaucoup de jeunes médecins à Dijon envisagent sincèrement de s'installer en libéral ou, s'ils restent à l'hôpital public, leur investissement sera sans comparaison avec ce que fut celui de leurs confrères plus âgés.

Le statut d'assistant des hôpitaux est parfois mal perçu. En effet, pendant toutes ces années, le médecin s'est formé et a acquis des compétences utiles pour l'institution. Faute de statuts plus valorisant, il s'est peu à peu désengagé de l'hôpital. Cependant, ce statut offre pourtant des avantages : il permet l'installation en secteur II dans le libéral et n'est que temporaire. En effet, le praticien ne peut rester sur ce poste plus de six ans. Il favorise plutôt une réflexion sur les perspectives du candidat après son assistantat.

La démographie médicale vieillissante et peu renouvelée en Bourgogne est un autre problème auquel doit faire face le CHU de Dijon. À ce titre, le recours à des praticiens étrangers peut apparaître comme une solution⁴⁵. La principale difficulté concerne le recrutement de ces praticiens dont le cursus de formation n'est pas toujours bien connu. Il est difficilement envisageable qu'un établissement public de santé fasse reposer son recrutement sur de tels dispositifs. En effet, au CHU de Dijon, ces questions se sont posées lors des réflexions menées au moment de la révision des effectifs : certains praticiens étrangers, ayant obtenu l'autorisation du plein exercice accordé par le ministère de la Santé et des Sports, à l'issue d'une commission, n'ont pas reçu l'aval de leurs confrères pour poursuivre leur carrière au CHU, au motif qu'ils n'enseignent pas et qu'ils ne pratiquent pas de recherche.

●Le recours à des montages complexes

Lors des absences des praticiens (congés, maladies...), dans certains services du CHU, il est parfois impératif de mettre en place des montages permettant de placer un praticien, attaché par exemple sur un poste de contractuel un certain temps afin de permettre de remplir la grille de présence du service, dans des périodes où l'activité le justifie. Ce montage représente un surcoût pour l'établissement faute d'autres solutions permettant des recrutements pérennes.

⁴⁴ S. JOHANET, mai-juin 2003, « *Refondre les statuts médicaux pour moderniser l'hôpital ou comment développer l'intérêt à agir* », *Réflexions hospitalières*, n°492

⁴⁵ Cf. Annexe n° 7 : « *Description de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice* »

• Des choix face aux contraintes financières

La révision des effectifs hospitaliers du CHU a été l'occasion d'illustrer les difficultés que peuvent poser des recrutements et des transformations de poste. En effet, que faire dans un contexte financier difficile ? (le CHU se situe dans un plan de retour à l'équilibre, signé avec l'ARS et très suivi). Les choix sont donc stratégiques et nécessitent de nombreuses réflexions qui peuvent parfois entrer en opposition avec la logique d'offrir aux médecins des perspectives de postes attrayants et valorisants pour leur carrière. Ainsi, dans ce tableau de révision, certains médecins affectés sur des postes temporaires, d'assistants ou d'attachés, qu'il aurait été favorable, pour l'attractivité de l'établissement et la motivation de l'individu, de transformer en postes de praticien hospitalier, ne l'ont pas été. Or, des logiques différentes rentrent en jeu. Par exemple, un médecin ayant satisfait pendant des années aux contraintes de l'activité et ayant rendu des services à une équipe ne sera pas forcément récompensé par l'octroi d'un poste attrayant ou, tout du moins, plus valorisant. Ce type d'exemple symbolise les difficultés que peut rencontrer un établissement dans la fidélisation de certains médecins par rapport à l'attrait du privé mais aussi les stratégies des chefs de service. Par ailleurs, la logique d'un CHU est différente de celle d'un CH en ce qui concerne les aspects recherche et innovation. Le CHU doit disposer, à ce titre, d'un personnel particulièrement moteur. C'est alors que le choix des recrutements devient particulièrement stratégique. En effet, comme le faisait souligner certains praticiens lors de mes entretiens⁴⁶, il est incontournable pour un CHU de se doter de médecins leaders et charismatiques dans des disciplines sur lesquelles la réputation et l'excellence de l'établissement se jouent. Il est donc parfois compliqué de trouver le bon candidat, avec des statuts qui peuvent ne pas répondre à ses exigences. L'établissement s'engage lors de ce recrutement sur un statut de praticien pour des années ; il est alors parfois complexe de juger de la capacité d'un candidat, surtout avec les nouvelles contraintes financières qui imposent une rentabilité de l'activité. En effet, dans certaines disciplines à l'instar de l'anesthésie réanimation, beaucoup de postes restent vacants, notamment ceux de CCA et de PH. Les causes de ces vacances sont liées, entre autre, à l'héliotropisme et à l'attrait d'établissements privés. Il existe donc parfois une inadéquation entre l'offre et la demande. Au CHU de Dijon, l'objectif est de garder les internes sortants, formés au CHU et évalués par leurs pairs. La pression sur les services devient de plus en plus grande, l'étude médico-économique étant systématiquement jointe avec le dossier de demande de poste à la révision des effectifs. Or, en face, aucun statut attractif ne permet de s'adapter à cette logique. L'impression qui se dégage de cette situation est celle d'un fossé entre les exigences médico-économiques et le statut offert au praticien qui peut rester moins dynamique et évolutif.

⁴⁶ Cf. Annexes n° 11 et 12 relatives aux entretiens

2.2 Des propositions d'outils de leviers dynamisants

2.2.1 Une gestion du temps médical incontournable

Différents éléments sont à prendre en compte dans la mise en place de l'ARTT telle qu'elle a été mise en place à Dijon.

Tout d'abord, certains médecins interrogés reconnaissent tout de même l'intérêt d'un tel outil. En effet, cela permet d'instaurer un certain encadrement et d'éviter ainsi des abus du passé avec des praticiens travaillant trop ou trop peu selon les cas voire de permettre d'instaurer un certain « contrôle » de l'activité libérale. Un gain de sécurité et de qualité pour le patient accompagne la mise en place de cet outil. Un renforcement du travail en équipe est instauré.

Au CHU de Dijon, il existe deux types de tableaux :

- les tableaux de service des services sans gardes régulières et les tableaux de service à gardes (SRAU / SAMU / Anesthésie-Réanimation / Pneumologie / Néphrologie / Pédiatrie / Cardiologie).
- en ce qui concerne les services à gardes, les tableaux de service sont informatisés et transmis chaque mois, normalement. Les services sans garde ont accès aux tableaux de service sur le serveur informatique commun mais beaucoup remplissent encore leur tableau de manière manuscrite. Par ailleurs, des tableaux de gardes et astreintes sont édictés par les services et régulièrement transmis à la direction des affaires médicales.

Par ailleurs, un tableau des gardes et astreintes est établi⁴⁷ pour les services à gardes régulières. Ce tableau est remis par les services mais ils ne sont pas encore informatisés sur Dijon. Il est donc important que le CHU se dote d'un tableau informatisé unique pour l'ensemble des services à gardes et astreintes.

À Dijon, la démarche s'est déroulée selon une méthode précise :

- il a fallu adopter une démarche pédagogique pour les praticiens et mettre en œuvre un processus participatif, expliquer pourquoi changer et privilégier le discours sur la nouvelle organisation. Il faut expliquer les raisons d'un tel changement.

⁴⁷ Cf. Annexe n° 8 et 9 relatives aux tableaux de gardes et astreintes établis au CHU de Dijon

- à Dijon, de nombreuses réunions ont donc permis d'expliquer, dans les services, avec l'ensemble des personnels médicaux de l'unité, le but du remplissage du tableau et comment y parvenir. Il faut assurer un accompagnement et des soutiens ponctuels en cas de besoins, comme je l'ai observé aux affaires médicales à Dijon. En effet, beaucoup de crainte de la part des praticiens se fait sentir dans la mesure où la mise en place de la gestion du temps de travail et son informatisation deviennent un enjeu de lutte de pouvoir entre organisation soignante et organisation dirigeante. Cependant, les praticiens sont de plus en plus intéressés par les avantages qu'ils pourraient retirer de la mise en œuvre de l'ARTT, notamment des droits à congés.

Ce système amène donc le corps médical et la direction des affaires médicales vers une nouvelle approche et une étroite coopération dans l'intérêt de tous.

● **Mise en place d'un processus de gestion et de suivi budgétaire à l'aide de tableau de service, au CHU de Dijon.**

Conformément à l'arrêté du 30 avril 2003, l'obligation de mettre en œuvre ces tableaux de service est devenue une priorité. D'abord sur version papier, ils se sont progressivement informatisés, comme cela a été décrit plus haut.

Des tableaux hebdomadaires par services permettent de connaître l'effectif minimum requis, matin, après-midi, nuit et week end. Ils sont de plus en plus informatisés. Ces tableaux, disponibles depuis une base de données, permettent d'adapter l'effectif aux besoins et à l'activité, lors de grèves, de congés annuels par exemple ou de fermetures de lits.

À Dijon, les tableaux se présentent de la manière suivante⁴⁸ : il précise

- le nom et le prénom du praticien,
- le statut,
- les demi-journées de présence,
- l'activité exercée (libérale, temporaire, présence non clinique, arrêt maladie, congés annuels, accident du travail, congés maternité ou paternité).

⁴⁸ Cf. Annexes n° 8 et 9 relatives aux tableaux de service

- **Des approfondissements nécessaires à Dijon**

Le remplissage des tableaux de service peut parfois être différent entre les tableaux prévisionnels et les tableaux réalisés ; en effet, trop souvent, ils ne reflètent pas toujours l'activité réelle et la présence effective de certains praticiens.

Enfin, souvent, le fait de disposer de différents documents (documents papiers, documents informatisés, tableaux faits par les services) est source de complexité et d'erreurs, pour les services comme pour l'enregistrement aux affaires médicales.

À ce titre, la direction des affaires médicales de Dijon envisage de revoir le développement informatique de ses tableaux à l'aide d'un logiciel de gestion informatisé du temps de travail afin d'élaborer des tableaux types dans les services prenant en compte les aléas et les modifications quotidiennes de l'organisation d'un service. Ce système permettrait ainsi d'obtenir des tableaux homogènes sur l'ensemble des services de l'établissement et de disposer d'un outil fiable permettant la mise en place de politique à partir des tableaux. La gestion du temps de travail médical doit permettre de servir de support d'évaluation du besoin médical et de préparation de plannings⁴⁹.

- **Analyse à l'aide des tableaux de l'activité en fonction des périodes** (*activités plus ou moins fortes, repérage des périodes problématiques en termes d'adéquation des ressources médicales aux besoins des usagers*).

À Dijon, ce système nécessite encore des approfondissements et une implication plus forte des personnels médicaux à remplir ces tableaux. Une réflexion doit être menée en interne afin d'assurer les missions tout en disposant d'équipes adéquates en ayant en ligne de mire des objectifs de réorganisation et de mutualisation. Aujourd'hui, à Dijon, la réorganisation des services et des équipes est restée trop timide en raison d'un manque d'investissement de la communauté médicale et de volonté de la part de la direction. Par ailleurs, cette réorganisation doit se faire en prenant en compte les souhaits des individus, les besoins des services et les contraintes de l'administration en offrant une possibilité aux praticiens de s'adapter à la structure. La réussite de la mise en place des tableaux de service passe inévitablement par une appropriation par les praticiens et les chefs de service qui répartissent et organisent leur service : ils représentent le maillon indispensable de cet outil.

Théoriquement, ce tableau est rempli deux fois par les services ; une première fois en « prévisionnel » puis une deuxième en « réalisé ». Le premier tableau doit être arrêté avant le 20 de chaque mois, arrêté par le directeur sur proposition du chef de service conformément à l'organisation du temps de travail définie annuellement par le directeur après avis de la CME. Le deuxième tableau est arrêté selon la même procédure mais constate les obligations de service dans le mois et le trimestre. Or, à Dijon, il est encore

⁴⁹ Gérer le temps médical, Méah, Ministère de la Santé.

difficile d'établir une analyse fine à partir de ces outils dans la mesure où les tableaux de service à astreinte ne sont pas encore remis en temps voulu.

L'organisation du temps médical peut se dérouler en cinq ou six étapes qui peuvent être ainsi résumées :

1. analyser l'activité médicale de son service,
2. analyser l'organisation des ressources médicales,
3. définir les besoins en fonction de l'activité et des ressources,
4. analyser les écarts,
5. définir les maquettes d'organisation médicale de service
6. contractualiser in fine.

La collecte des informations permet de comparer la charge de travail par période (sur l'année, sur la semaine et sur la journée). Ces étapes d'organisation du temps de travail sont importantes pour développer une culture d'échanges et de négociations au sein de l'établissement, objectiver les situations et anticiper les recrutements et l'adaptation des ressources médicales à l'activité en clarifiant les ressources disponibles et en traduisant les moyens médicaux en temps opérationnel à disposition après soustraction des activités régulières ou effectuées à l'extérieur ; ainsi, l'importance des contributions aux permanences de la part des médecins par des conventions de partage d'activités ou de mise à disposition sont sources de réduction forte de disponibilité dans le service. Cela permet aussi de mieux percevoir les conséquences des choix organisationnels dans la répartition des ressources médicales et d'évaluer le coût de l'activité en personnel médical, en permettant une meilleure visibilité sur le temps de travail en récapitulant les périodes d'activités par praticien et en permettant de faire des projections budgétaires. En outre, il faut compenser le temps médical non clinique, passé dans les tâches administratives.

● **Un travail de réorganisation de la Permanence des Soins Hospitaliers (PDSH) en cours**

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (*COPS, obligatoire pour tout établissement de santé*) donne son avis sur l'organisation des gardes et astreintes et sur l'élaboration des tableaux de service mensuels nominatifs. À Dijon, les principales décisions prises par la COPS sont relatives, par exemple, aux conditions de paiement des TTA, au décompte horaire du temps de travail dans les services. L'ensemble des praticiens rencontrés souligne l'intérêt de la COPS en tant qu'instance de régulation, de dialogue et d'échanges. Elle permet de régler, de mettre à plat certaines

difficultés d'organisation des services et de débattre de la politique de gestion du temps de travail en partenariat avec la DAM.

Une réorganisation globale du nombre de gardes et astreintes afin de mieux répondre aux besoins réels des services et à leurs disponibilités en personnels médicaux a été définie. Ainsi, le tableau de gardes et astreintes a été revu à la baisse, après une rationalisation budgétaire de l'ARS et une décision de cette dernière de ne plus financer l'intégralité de la permanence des soins. En effet, désormais, la permanence des soins se gère aussi territorialement⁵⁰, favorisant des restructurations d'organisation. Un groupe de travail a été constitué afin de mutualiser les gardes et astreintes sur trois services : réanimation médicale, pneumologie et néphrologie. En outre, certaines lignes de gardes et d'astreintes non obligatoires ont été supprimées, à l'instar de la réanimation médicale et de la radiologie interventionnelle. En effet, sur Dijon, le rapprochement géographique des services n'a pas toujours été possible et l'existence de doublons pèse sur une gestion efficace des ressources humaines, du fait des deux sites (Hôpital Général et Bocage). Certaines lignes de gardes et d'astreintes auraient pu être mutualisées avant. Avec l'ARTT et les décisions de réorganisation territoriale de l'ARS, il est impératif de mutualiser les ressources à l'instar de l'expérience menée à Dijon dans les trois services cités plus haut. A ce titre, l'ARTT représente un outil intéressant pour remettre à plat les structures et économiser du temps médical dans un contexte de plan de retour à l'équilibre dans lequel l'établissement est pleinement engagé.

C'est alors qu'apparaissent les difficultés dans certaines disciplines pour assurer cette continuité des soins dans la mesure où la démographie médicale ne permet pas de disposer du nombre suffisant de praticiens. Ainsi, le recours aux plages additionnelles est parfois incontournable pour remplir les missions dévolues aux services en temps continu notamment. Les plages additionnelles peuvent mettre en exergue le manque de moyens en personnel médical.

Ces tableaux sont des outils centraux puisqu'ils peuvent déterminer la rémunération des médecins hospitaliers.

Très vite ces tableaux doivent devenir indispensables dans la gestion du temps de travail des praticiens. Astreignants selon eux et parfois non remplis, ils sont désormais pris au sérieux⁵¹. Au sein même des services, les tableaux ont permis de mettre en place une nouvelle logique et de faire endosser au chef de service un nouveau rôle, celui d'un manager du temps médical. Ce dernier opère un arbitrage entre les congés, les RTT et les volontés des praticiens de son service. Depuis 2009, la direction des affaires

⁵⁰ Cf. Partie III

⁵¹ Cf. Annexes n° 11 et 12 relatives aux entretiens

médicales de Dijon a informatisé ces tableaux de service. Ainsi, ce système permet au personnel médical et à l'administration de suivre le temps travaillé de chaque praticien à partir de règles définies en commun et issues de la réglementation ; cela permet également aux gestionnaires des affaires médicales un calcul simplifié des éléments variables de la paie et, enfin, de doter l'établissement d'un outil de projection budgétaire (projection des coûts liés à la rémunération de la permanence des soins notamment). Il s'agit donc d'un réel outil d'appui à l'analyse des organisations médicales de service dont le CHU de Dijon appréhende de plus en plus les contours de manière progressive.

• Une évaluation progressive des actions conduites à Dijon

Ce système doit permettre d'analyser l'existant et de réajuster les situations en cas de difficultés. En outre, ce bilan permet de faciliter une certaine acceptation de la procédure par le corps médical. Lors de l'évaluation, le but est d'identifier les points faibles, les points forts et les problèmes qui doivent être résolus (délais, différence entre services...).

En effet, grâce à ces tableaux de service, les contraintes du service sont réparties sur l'ensemble des praticiens du service de manière plus équitable. Par exemple, j'ai remarqué que lorsqu'un médecin est absent, sa charge de travail est supportée par un autre médecin de l'équipe. Ceci oblige donc le directeur des affaires médicales à avoir une réflexion sur l'organisation des équipes médicales en termes d'effectifs minimum et de qualifications.

C'est alors que certains indicateurs peuvent être mis en place :

- nombre de permanences sur place, astreintes et déplacements en astreintes réalisés par les médecins du service, afin de voir s'il est possible de regrouper des gardes ou astreintes en fonction de la charge de travail de chacune,
- pourcentage de week-ends récupérés, notamment le suivi de patients le dimanche matin (qui ne fait pas partie des obligations de service) afin de mettre en place une politique (récupération ou médecin attaché qui intervient sur ses demi-journées),
- nombre de postes vacants dans le service, cause de la vacance et formulaire de demande,
- solde des congés annuels et RTT.

Ces différents indicateurs contenus dans des tableaux permettent de contractualiser avec les praticiens des services, en accord avec les chefs de service voire chefs de pôle. Cette phase d'analyse est essentielle et progressivement mise en place à

Dijon. En effet, elle doit permettre de pouvoir mieux répartir le temps de travail médical et paramédical afin d'optimiser le temps de praticien, rare de nos jours dans un contexte de démographie médicale difficile. En effet, la mise en place de l'ARTT s'est traduite par le recours aux plages additionnelles pour assurer les soins.

- **Permettre d'assurer une réelle sécurité des soins**

Après une garde, le repos compensateur permet de garantir une plus grande sécurité pour le patient et une plus grande sécurité juridique pour le médecin et l'institution. Ainsi, grâce à ces nouveaux outils de maîtrise de la gestion du temps de travail, une meilleure optimisation des moyens médicaux est possible. Cette évolution concrétise une responsabilisation croissante du corps médical. La loi HPST conforte ceci en instaurant de nouvelles instances de coopération avec le corps médical et en intégrant d'autant plus ce dernier dans la gestion économique de l'établissement. Le CHU de Dijon, poursuit dans cette voie. La mise en place de leviers dans la gestion du temps de travail, bien que progressive doit aboutir à un système plus efficace de répartition du temps médical. Tout ceci démontre que désormais, c'est bien l'association du corps médical avec les directions qui est centrale dans la gestion efficace et efficiente d'un établissement. En outre, l'instauration de cet outil permet de mieux répondre aux attentes des patients en replaçant le praticien au cœur de la problématique de la qualité des soins.

- **Vers un espace de relations privilégiées entre médecin et direction : la gestion du temps de travail comme outil de négociation**

Il est nécessaire que les médecins s'approprient l'outil. Mes entretiens et mon observation aux affaires médicales ont démontré que la réussite de la mise en place de cet outil dépendait de la volonté des praticiens de s'investir. Et, pour cela, les affaires médicales se doivent d'être présentes et d'accompagner les médecins dans le processus d'appropriation et de compréhension des objectifs de cet outil, qui n'est pas contre eux mais dans leur intérêt.

La gestion du temps de travail a cependant permis aux praticiens et notamment à certains chefs de service de se positionner comme manager de leur équipe et de pouvoir mieux répartir et faire fructifier leurs ressources en personnel dans leur service. Ceci se fonde dans la logique polaire et notamment de la réorganisation introduite par la loi HPST dans laquelle le praticien, chef de service revêt une dimension de plus en plus gestionnaire et stratégique. En effet, la gestion du temps de travail a permis de mutualiser et de réorganiser les services. Il s'agit donc de mettre en place un réel système de codécision entre le directeur et le médecin dont la COPS en est l'exemple le plus pertinent.

Enfin, ce système doit permettre de lier revendication de vie privée des praticiens et nécessité de répondre aux missions de service public. En effet, les praticiens utilisent leurs RTT et CET selon leur intérêt propre : soit pour prolonger des vacances, soit par crainte de les perdre ou en préparation de la retraite pour solder le CET.

Ainsi, la mise en place de cet outil démontre que désormais la gestion des ressources humaines médicales est participative. La concertation avec le corps médical est incontournable. C'est alors que la Meah⁵² a proposé dans une de ses études relatives à l'organisation du temps de travail, d'organiser un entretien annuel avec le chef de service en examinant conjointement les objectifs relatifs aux activités avec les souhaits des praticiens dans leur activité et en confrontant l'inventaire des médecins du service concerné pour chaque jour des périodes de l'année en comparant l'activité des services. Au cours de mes entretiens, j'ai compris l'investissement des praticiens dans ce système. Les praticiens ont été associés en tant que managers dans ce processus, par des actions précises :

- arbitrage par le chef de service des tableaux en dernier recours,
- définir une organisation prévisionnelle et concertée,
- permettre de travailler autrement et de s'organiser différemment en renforçant le travail d'équipe et la coordination autour du patient et de la qualité des soins, qui reste au cœur de la gestion du temps de travail médical.

Ainsi, la gestion du temps de travail peut s'inscrire fondamentalement dans une organisation polaire, en gestion par contrat de pôle, qui pourrait contenir des outils et indicateurs d'une gestion saine du temps médical. Il serait possible de lier gestion du temps médical et intéressement.

2.2.2 Vers un intéressement collectif mais aussi individuel

•Vers la mise en place de nouveaux outils de rémunération

Face aux contraintes des hôpitaux et à la concurrence accrue des établissements privés, il est nécessaire de mettre en place de nouveaux outils de rémunération plus attractifs. L'un des arguments appuyant cette mise en place, en sus de la logique T2A, est celui de la démographie médicale.

⁵² Organisation du temps médical, Méah, 2005

Dans le SROS de la région Bourgogne, il est noté que « *la démographie médicale est particulièrement difficile, le vieillissement des chirurgiens, la nouvelle législation du temps de travail (...), la judiciarisation aggravent la crise des vocations* »⁵³.

Il est important de prendre plus en compte la formation initiale de haut niveau, l'investissement personnel et l'attractivité que doit retrouver l'hôpital public. L'enjeu que représente la démographie médicale doit être pris en compte dans la rémunération afin d'attirer les praticiens à l'hôpital public. Il est désormais possible de mettre en place un système de rémunération basée également sur l'activité, depuis l'arrêté interministériel du 28 mars 2007 relatif à la part variable complémentaire.

À partir du 1^{er} janvier 2008, les praticiens de chirurgie et de psychiatrie peuvent recevoir une rémunération supplémentaire variable dans la limite de 15 % de leur rémunération⁵⁴. Ce dispositif, qui concernait au départ les praticiens hospitaliers a été étendu aux personnels enseignants et hospitaliers par l'arrêté interministériel du 6 octobre 2008. Le versement de cette rémunération supplémentaire est conditionné au respect de certains critères de qualité (évaluation des pratiques professionnelles et démarche d'accréditation individuelle) et d'activité à déterminer. Elle est accordée aux praticiens à titre permanent (praticien temps plein ou partiel, PU-PH, MCU-PH) qui s'engagent par contrat passé avec le directeur et le responsable de pôle sur des objectifs de qualité et des objectifs d'activité (à l'exclusion de l'activité libérale) déterminés par des indicateurs et des pré-requis à remplir⁵⁵ :

- activité chirurgicale globale de l'établissement : nombre d'interventions réalisées par an supérieur à 2000, sauf dérogation exceptionnelle accordée par le DGARS,
- existence d'un tableau de service mensuel prévisionnel,
- l'EPRD de l'établissement,
- existence d'un tableau de service mensuel réalisé,
- repos quotidien assuré,
- processus de lutte contre les infections nosocomiales...(12 pré-requis au total).

Le contenu du contrat est défini à l'article 2 de l'arrêté interministériel du 28 mars 2007 ; il précise les conditions d'attribution de la part complémentaire variable et les modalités d'évaluation de l'engagement. Le taux de l'indemnité peut être modulé par le

⁵³ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bourgogne – 2006/2011, ARH de Bourgogne, Mars 2006

⁵⁴ Arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération (PCV).

⁵⁵ Les éléments cités sont issus d'une étude élaborée par le CH de Mâcon

praticien selon une grille de cotation (comportant le type d'acte, le nombre effectué de ces actes, l'objectif prévu). Ce doit être un réel outil permettant de capitaliser les expériences de contractualisation interne acquises ou en cours. Le contrat fixe annuellement en cohérence avec le contrat de pôle, les objectifs de qualité et d'activité - à l'exclusion de l'activité libérale - déterminés par des indicateurs dont la liste figure en annexe de l'arrêté. Le contrat est révisé tous les ans et évalué. Le nombre de points obtenus au titre des critères d'activité est pondéré par le nombre obtenu au titre des critères qualité. Le nombre total de points permet de déterminer le taux de l'indemnité versée aux praticiens bénéficiaires dans la limite d'un plafond fixé par l'arrêté.

● **Les raisons de la non-introduction de ce dispositif au CHU de Dijon**

D'une part, l'ensemble des praticiens l'a refusée parce qu'elle n'était dédiée qu'aux chirurgiens ce qui instaurait une inégalité de fait entre praticiens. En effet, lors de mes entretiens, beaucoup de médecins m'ont fait part de leur désapprobation face à un tel système qui ne prend pas en compte les iniquités entre services et les spécificités de certaines spécialités. Il s'agit d'un mode de rémunération qui ne peut s'appliquer que pour des activités chiffrables, quantifiables et pour lesquelles il est facile d'évaluer la charge de travail. Or, qu'en est-il des spécialités pour lesquelles les actes ne sont pas quantifiables ni le temps passé sur des dossiers, à l'instar de disciplines telle que la pédiatrie ou encore la gériatrie.

Par ailleurs, si la part complémentaire variable n'a pas pu être mise en place c'est notamment dû aux réelles difficultés de mise en œuvre, en sus des oppositions des praticiens. En effet, la collectivité hospitalière n'est pas prête, dans sa culture actuelle, à la mise en place d'un intéressement financier individuel. L'enquête en interne a bien prouvé un réel souci de l'équité et de la prise en compte de la spécificité des missions de l'hôpital public. L'intéressement peut s'appliquer à la recherche, à l'enseignement mais pas aux soins. Or, en médecine, le plus rémunérateur est le soin. L'enquête auprès des directions des affaires médicales des autres CHU de France a aussi démontré que peu d'établissements avaient mis en place ce système, faute de motivation, de culture et de simplicité du système.

La PCV a été ressentie de façon négative dans les établissements publics de santé. En effet, la production de soins y est perçue comme un devoir ne pouvant faire l'objet d'un contrat et d'une rémunération accessoire. Celle-ci est inhérente à l'engagement dans le service public, dont le rôle de l'équipe et du travail collectif reste primordial.

Ensuite, les difficultés techniques sont de plusieurs ordres.

Ainsi, le taux de l'indemnité est fixé en tenant compte de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses de l'établissement (EPRD). La situation budgétaire de l'établissement peut justifier de la non mise en œuvre de la PCV, comme cela a été fait à Dijon, suite à la mise en place du Plan de Retour à l'Équilibre (PRE). En effet, la PCV est financée sur le budget bâti selon le principe de la T2A, c'est à dire sur une enveloppe fermée liée à l'activité de l'établissement. La ligne budgétaire de la PCV sera donc dépensée au détriment d'autres postes.

Le contrat doit être fixé annuellement en cohérence avec le contrat de pôle, ce qui suppose que la réflexion ou la négociation sur les objectifs définis s'inscrive dans le calendrier de préparation de ce contrat. L'évaluation de ce contrat doit se réaliser régulièrement sous réserve de la disponibilité de données de l'activité pour que le taux choisi soit soumis aux instances et transféré à l'ARS.

En effet, à la lourdeur calendaire s'ajoute la lourdeur du suivi de la procédure : l'ARS doit instruire le dossier avec la commission exécutive. Le retour de l'ARS doit avoir lieu en février pour pouvoir saisir les éléments dans la paie en mars.

Mais, le plus difficile est d'assurer une certaine équité entre disciplines. A Dijon, le refus de la mise en place est pour partie liée aux trop grandes différences entre spécialités. Le nombre d'actes et d'interventions sur un patient ou un opérateur n'est pas facile à extraire des logiciels de recueil PMSI ; une intervention pouvant faire l'objet de plusieurs actes chirurgicaux.

Or, l'indemnité n'est accordée qu'aux praticiens titulaires alors que beaucoup d'actes sont pratiqués par des praticiens non titulaires. Il est donc difficile d'évaluer la part réellement effectuée par un praticien au sein d'un service dans le système informatique de recueil de données actuel.

Dans certains services, des chirurgiens vont effectuer plus d'actes « légers » tandis que d'autres vont pratiquer des interventions plus lourdes et plus longues, qui sont plus rémunératrices au sens de la T2A. Il est donc nécessaire de trouver un indicateur qui pondère le poids de l'intervention en fonction de sa lourdeur. Ce dernier est très complexe à élaborer, et aucun logiciel ne permet réellement de mettre en place ceci. Par ailleurs, il est difficile de justifier pour un praticien un écart de rémunération sur le seul fait que les interventions qu'ils pratiquent sont considérées comme « légères » aux yeux de la nomenclature et des indicateurs. Il s'avère que ce ne sont pas des arguments défendables en médecine. Ce système prouve ici ses limites en démontrant qu'il ne prend pas en compte la qualité du soin et le confort pour le patient. Ce qui entoure le soin n'est pas intégré dans ce mode de rémunération. Le travail en équipe n'est pas plus intégré. Cette nouvelle logique implique un réel changement de philosophie.

• Une stratégie pensée à Dijon mais non encore appliquée

De ces difficultés doivent ressortir une stratégie. Pour être appropriée, la démarche doit s'inscrire dans une politique de gestion des ressources humaines médicales élargie. Il faut prendre en compte les équipes médicales ; plus l'équipe joue un rôle important dans le service et plus la rémunération individualisée est difficile.

À Dijon, comme ailleurs, la Direction des Affaires Médicales ne dispose pas de l'ensemble des données, à l'instar de la part réelle de l'activité libérale, faute de données connues dans le PMSI. En outre, la stratégie de l'établissement et les contrats de pôle doivent pleinement intégrer la dimension des affaires médicales.

Par ailleurs, il devrait être analysé toutes les activités des médecins et chirurgiens en fonction du temps passé, des responsabilités, des pénibilités et de l'impact sur l'équipe médicale. C'est l'ensemble des critères qu'il faut améliorer. L'équité doit rester au cœur du dispositif en garantissant qu'une même activité médicale est rémunérée dans les mêmes conditions. Il ne faut pas uniformiser les rémunérations mais au contraire les fonder sur le niveau de responsabilité, de pénibilité et de poids médico-économique en intégrant la qualité et la sécurité pour le patient. La logique actuelle qui applique des critères purement économiques de quantité ne garantit aucune équité entre les activités exercées et laisse de côté les moins rémunératrices (qui sont pour autant tout à fait centrales dans une prise en charge de qualité au sein d'un territoire). Il est important d'instaurer des critères qui prennent en compte tout ceci et non uniquement une succession d'actes, ce qui peut mener à diminuer le cloisonnement entre prise en charge en ambulatoire et en hospitalisation. Ainsi, les activités de recherche, d'enseignement ou de participation à la gestion d'un établissement de santé devraient être prises en compte dans la rémunération. Mais, la part variable de rémunération doit permettre d'optimiser le temps passé auprès de patient et non de réduire ce temps à des actes, en incitant à améliorer la qualité.

À ce titre, il faut aboutir à une gestion des affaires médicales qui soit plus contractualisée et individualisée en créant un lien entre l'activité et la rémunération. La théorie dite « de l'agence » préconise un type de rémunération « variable », fondé sur le versement d'incitations financières en contrepartie de la réalisation d'objectifs préalablement définis pour augmenter la performance de l'établissement hospitalier. La gestion individualisée des praticiens est l'avenir des affaires médicales dans un nouveau contexte T2A et HPST. Le temps de parcours indifférencié et lié à l'ancienneté selon une grille indiciaire est révolu. La rémunération doit être plus individualisée si les établissements de santé veulent garder une cohérence avec le développement de la T2A. La carrière et le recrutement doivent donc évoluer sur la base des objectifs attendus et

des résultats obtenus. L'attractivité en ressortirait accrue et la motivation des personnels également. Un des praticiens avec lequel je me suis entretenue soulignait le fait qu'à 40 ans, un praticien doit autant s'investir qu'à 30 ans et ne pas « tomber dans la routine », danger de beaucoup de praticiens des établissements de santé, « installés dans leur statut ». Le mode de rémunération est donc un outil majeur de la gestion des ressources humaines médicales. Ce mode de rémunération doit donc être introduit progressivement, d'abord à l'échelle d'une équipe ou d'un service avant de s'individualiser totalement. Il faut laisser le temps aux praticiens d'adopter la nouvelle culture instaurée par les réformes successives. Afin d'individualiser plus la rémunération mais aussi la gestion du praticien, la loi HPST prévoit la création de contrat de praticien clinicien⁵⁶ face aux insuffisances de la rémunération statutaire. Cela permettra de valoriser le respect d'engagements négociés préalablement. Ces postes de praticien clinicien devront être en cohérence avec le projet médical de territoire. Des indicateurs quantitatifs de volume d'activité et de qualité seront à la base de ces contrats afin de permettre une politique de rémunération plus dynamique en reconnaissant davantage l'engagement et les talents des praticiens. Ces contrats seront ouverts à des praticiens nouvellement recrutés dans les établissements mais également aux praticiens hospitaliers y exerçant déjà afin de créer et de renouer la motivation et de l'investissement dans la structure. La liberté de choisir sera permise. Cependant, certaines craintes existent concernant ce nouveau contrat et seul le recul permettra de juger de son efficacité ; en effet, il est à craindre une concurrence entre PH et praticiens contractuels sur ce type de contrat pour un travail équivalent, un manque de motivation des PH et ainsi un pas vers le fonctionnement des cliniques qui est parfois loin de la philosophie de l'hôpital public. Il est surtout mis en avant par beaucoup de praticiens interrogés lors de mes entretiens la nécessité de renforcer le travail d'équipe et les conditions d'exercice à l'hôpital, afin de restaurer l'attractivité des établissements publics. Ainsi, les limites de la théorie de l'agence se situent dans le fait de ne pas prendre en compte la reconnaissance des motivations liées au service public. En outre, la définition des indicateurs liés aux objectifs sera centrale afin de ne pas introduire de biais dans la réussite de l'objectif⁵⁷.

Par ailleurs, face au constat fait à Dijon, un programme annuel d'activités pourrait être mis en place au sein d'une équipe, permettant de répartir l'activité entre les membres afin de lier le mode de rémunération avec le travail en équipe avant de mettre en place progressivement des contrats plus individualisés. La motivation au travail ne repose pas sur la seule rémunération, ne causant qu'une « motivation de circonstance » (Roussel, 1996).

⁵⁶ Article 19 de la loi HPST, article L. 6152-1, 3° et L. 6153-3 du Code de Santé Publique

⁵⁷ M. BEAUVALLET, Edition 2009, Les stratégies absurdes, Seuil

Il devrait être possible de rémunérer le praticien selon ses activités (soins, recherche, enseignement). Il existe des disparités entre un jeune praticien qui débute sa carrière et donc qui passe plus de temps en soin qu'un praticien en fin de carrière ayant plus de responsabilité en recherche, à l'extérieur de l'établissement. La rémunération doit se différencier au cours de la carrière et prendre en compte cette évolution avec l'instauration de primes (de responsabilité d'enseignement, de recherche...). Les obligations de service devraient par-là même évoluer au cours du temps.

L'organisation polaire peut servir d'outil dans cette perspective. En effet, elle peut permettre d'offrir des moyens de contractualisation pour renforcer le sentiment d'appartenance au pôle, par l'intéressement, basé sur des indicateurs. Ceci permet à la fois d'augmenter le souci du bien commun et de satisfaire les intérêts individuels des praticiens, qui seront plus fidèles à l'institution hospitalière. Le projet de pôle représente à ce titre un enjeu clé du management du corps médical. Alors, si l'intéressement n'est pas totalement accepté, il représente tout de même un outil de management. Il faut donc des objectifs clairement fixés dans les contrats de pôles à l'appui.

2.2.3 L'expérimentation d'une contractualisation

• Définition d'une politique de recrutement

Des pistes sont exploitables sur le CHU de Dijon. La définition d'une politique de recrutement médical est un enjeu stratégique pour un CHU comme pour un Centre Hospitalier. Il s'agit en effet d'un facteur clé pour la mise en œuvre d'une stratégie de développement de l'hôpital.

Chaque établissement définit sa stratégie de recrutement en fonction du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'ARS, qui se traduit dans son projet médical, son projet d'établissement, ses relations externes (centres hospitaliers voisins, cliniques...) et dans son organisation interne en pôles notamment. Par ailleurs, la tarification à l'activité renforce l'aspect stratégique du recrutement médical qui a désormais un impact médico-économique, envisagé ainsi dans un cadre prospectif, à l'instar des dossiers présentés pour la révision des effectifs et la commission prospective des hospitalo-universitaires dans les CHU avec une analyse médico-économique systématique. Dans les CHU, le personnel médical est non seulement administrateur de soins mais aussi dispensateur de formation et contributeur au processus de recherche clinique⁵⁸. Les CHU doivent conforter leur stratégie de recrutement médical en définissant

⁵⁸ Politique de gestion des recrutements médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires, Guide Pratique de Délégation de Gestion, Direction des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation, CHU de Nice

précisément les modalités de valorisation médico-économique de chaque demande de recrutement médical.

• **Une politique de management médical par les pôles**

La politique de management par les pôles doit intégrer désormais la politique de recrutement médical dans le cadre de la production des soins et la qualité du service rendu. En outre, la nécessité d'assurer la formation et la mission de recherche dévolues aux CHU est centrale dans cette stratégie.

Le recrutement médical est donc un levier d'action pour le chef de pôle qui a désormais, en application de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire, la responsabilité de l'ensemble des ressources de son pôle. Le chef de pôle est désormais un interlocuteur incontournable dans la politique de recrutement médical. Il dispose d'une délégation de gestion en ce sens, pour le personnel non médical, et décide de l'opportunité du recrutement des praticiens. Il est tenu d'y associer l'ensemble des chefs de service dans ses décisions avant de les soumettre à la Direction des Affaires Médicales. La stratégie au sein de la Direction Générale du CHU est donc de concilier le plan de retour à l'équilibre budgétaire avec la nécessité d'assurer les missions de soins, enseignement et formation dévolues aux CHU. A ce titre, l'organisation en pôle représente un outil de management des personnels et notamment des médecins. En effet, le projet et le contrat de pôle permettent de disposer de moyens d'impliquer le corps médical dans la stratégie de l'établissement, de disposer de leviers dynamiques de gestion du corps des praticiens et de permettre de lier stratégie d'établissement, qualité des soins et gestion statutaire. Par ailleurs, le contrat de pôle permet de disposer d'éléments de gestion des praticiens tels que les indicateurs (taux d'absentéisme, causes de l'absentéisme, pyramide des âges dans les pôles...). Ces outils ont un impact sans précédent dans la gestion du corps médical.

• **Des outils d'aide à la décision peuvent être développés à l'instar du Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés (TPER) et EPRD annuel**

Il s'agit d'évaluer le coût des recrutements médicaux. La gestion des effectifs médicaux s'inscrit par exemple dans le cadre exclusif de l'EPRD au CHU de Nice depuis le 1^{er} janvier 2009. Ce cadre est déterminé annuellement et révisé régulièrement en fonction de l'évolution de la situation budgétaire des pôles, des projets des contrats de pôle ou des dotations particulières. Un logiciel de suivi des dépenses en personnel médical est à disposition du chef de pôle. Ce tableau comporte les emplois rémunérés du pôle, l'effectif budgété, les effectifs présents et la valorisation totale des postes pourvus en euros. L'évolution des mouvements peut alors être suivie et analysée afin d'anticiper les perspectives de recrutement. Ces tableaux sont utilisables dans les échanges avec la

Direction des Affaires Médicales. Ainsi, le niveau des rémunérations médicales peut être rapporté à l'activité et aux dépenses réalisées dans le pôle. Des ajustements peuvent donc être mis en œuvre au regard de l'activité. Par ailleurs, un tableau des effectifs médicaux doit également être mis en place, complément indispensable au suivi des emplois médicaux au CHU afin de disposer des effectifs nominatifs par discipline. Alors, un poste devenu vacant dans une spécialité peut conduire à modifier l'offre de soins s'il reste vacant un certain temps. Cette politique de gestion des recrutements est en lien avec le suivi des tableaux de service et de la gestion du temps médical. Les comptes de résultat d'exploitation analytique et les tableaux coût-case mix servent d'aide à la décision dans le recrutement médical : les demandes sont désormais en lien avec un projet et un contrat signé dans le pôle, pour des postes vacants et une activité non déficitaire. Si l'activité reste déficitaire, le recrutement de nouveaux praticiens n'a pas lieu sauf si le non-remplacement du poste porte préjudice à l'activité de soins.

Les recrutements de praticiens supplémentaires se justifient par le développement de l'activité de soins, de recherche et de formation ou afin d'améliorer l'organisation de la continuité des soins en favorisant des économies sur les plages additionnelles générées. Par ailleurs, les recrutements médicaux peuvent être permis grâce à des financements hors T2A dans le cadre de financement MIGAC ou enveloppes budgétaires prédéfinies. Ceci peut servir à pourvoir du temps médical momentanément indisponible. À ce titre, au CHU de Dijon, il existe un organigramme des effectifs médicaux, utilisé par la DAM, en vue de concertation et d'échanges avec les chefs de service à l'approche de la révision des effectifs. Un livret médical vient récemment de succéder à cet organigramme. Ce livret est à disposition des chefs de pôles, du Président de la CME et des gestionnaires de la DAM, qui le mettent à jour régulièrement. Ce livret permet de répertorier l'ensemble des différents statuts de praticiens par service et pôle, les postes couverts, vacants, budgétés ou prévus. Ceci permet ainsi de disposer d'un réel outil d'anticipation et d'appui dans la politique de recrutement. Ainsi, l'existant est connu et les effectifs sont mieux suivis. Des projections à moyen terme sont possibles afin de visualiser les emplois attendus ou la situation dans deux à trois ans en tenant compte des flux de départs et d'entrées (en phase avec la révision des effectifs). Enfin, il permet de faire un diagnostic des ressources à l'instant *t*.

- **Fidéliser les praticiens hospitaliers en interne**

Cela demande l'organisation d'une véritable politique de gestion individuelle des carrières avec l'établissement d'un projet professionnel et d'une mobilité géographique (thème développé dans la partie ci-dessous). En outre, une politique d'attractivité de

l'hôpital auprès des internes de la faculté de médecine de la ville permettrait de disposer d'un potentiel de candidats intéressants.

Le CHU de Dijon développe une réflexion spécifique en tant que centre de référence et à ce titre dispose d'une politique de gestion des personnels hospitalo-universitaires attractive. Lors de mon stage, plusieurs solutions sont apparues :

- d'une part, mieux valoriser la participation des praticiens hospitaliers dans la démarche d'enseignement et de recherche : une première approche de cette valorisation est menée actuellement à travers l'établissement de tableaux de répartition des affectations par UF⁵⁹ du temps hospitalier des praticiens. Ainsi, le temps consacré à la recherche et à l'enseignement est désormais valorisé. Il reste, après l'enregistrement dans les CREA⁶⁰, à mettre en face le financement et, plus tard, une perspective de rémunération qui prend en compte cette activité.
- d'autre part, il est nécessaire, dans un CHU tel que celui de Dijon de permettre le recrutement des meilleurs et des plus charismatiques dans des disciplines non offertes dans les centres hospitaliers (faute de praticiens au regard des difficultés démographiques) ; ceux qui permettront à la discipline de se développer et de rendre une image valorisante de l'établissement, pilier d'une filière sur un territoire donné. A ce titre, plusieurs témoignages de praticiens du CHU affirment que les postes de CCA devraient être réservés à des jeunes médecins se destinant à une carrière hospitalo-universitaire. A Dijon, ces postes peuvent parfois servir de transition vers une carrière de praticien mono-appartenant.

Au CHU de Dijon, presque tous les praticiens hospitaliers participent à l'encadrement des étudiants, à la formation, à la réalisation de protocoles quotidiens et à des activités innovantes dans les services. A ce titre, les postes à responsabilité devraient être plus facilement valorisés. De plus, des tarifs spécifiques pour les gardes lourdes liées à des technicités particulières pourraient être proposés dans des disciplines comme l'obstétrique, les urgences cardiaques lourdes avec assistance, les greffes, la pédiatrie néonatale poly traumatologique ou encore la radiologie interventionnelle⁶¹.

En outre, le nombre de poste de chefs de clinique est trois fois moins important qu'à Paris : 440 postes d'assistants disponibles et 511 postes de CCA-AHU disponibles sur la région Ile de France pour 331 Internes finissants, en 2007, soit un ratio de 2.87 postes pour un interne⁶². En comparaison, Paris dispose de moins d'internes. A Dijon, la

⁵⁹ UF : Unité Fonctionnelle

⁶⁰ CREA : Compte de Résultat d'Exploitation Analytique

⁶¹ Pr C. GIRARD, octobre 2007, «*CHU régionaux : problèmes actuels de démographie médicale et d'attractivité- mesures envisageables*», Président de la CME, CHU DIJON

⁶² Rapport de l'IGAS, C. AUBIN, C. DANIEL, Dr F. SCHAETZEL, A. BILLON, P. BLEMONT, A. ELIOT, J. VEYRET, Juin 2010, Le post internat, constats et propositions

ration est de 0.39 postes offerts pour un interne. Ainsi, en Ile de France, l'accès aux postes de chefs de cliniques est 78 % supérieur à la moyenne des régions françaises. Il est donc important de développer le nombre de poste de chef de clinique sur les établissements de province comme le CHU de Dijon qui dispose d'un excellent potentiel de formation poste interne.

À ce titre, la Direction des Affaires Médicales a produit un document synthétique soulignant les intérêts des carrières hospitalières afin de permettre aux jeunes internes d'être sensibilisés à la carrière hospitalière. Cette démarche d'information pourrait cependant être renforcée en proposant des réunions ou conférences aux internes arrivants sur le CHU ou encore en proposant sur le site Intranet de l'établissement un lien permettant l'accès aux principales données les concernant.

- **Disposer d'une procédure permettant de cerner les candidats avant tout recrutement**

À Dijon, des fiches de poste permettent d'objectiver le recrutement de praticiens, en permettant la cooptation interne qui, malgré son utilité, peut parfois décevoir. Cette fiche contient la description du poste, les objectifs attendus par le praticien et le travail effectué en équipe. Le profil de poste est rédigé par le chef de pôle en lien avec le chef de service et les affaires médicales.

Ainsi, il serait envisageable de proposer un statut de « *junior responsable* » afin d'éviter de propulser le jeune médecin sur un statut de praticien hospitalier immédiatement sans lui permettre une réflexion de suite sur son choix de vie qui peut évoluer dans les années qui suivent son recrutement. Un statut intermédiaire permettrait de voir évoluer le candidat. Une période probatoire plus longue que celle actuelle (un an) pourrait être envisagée.

- **Mise en place d'une contractualisation progressive**

La loi HPST offre la possibilité de passer un contrat avec le praticien concerné. Afin de renforcer l'attractivité de certains postes et éviter le recours à des intérimaires, il serait possible de mettre en place une revalorisation des rémunérations des praticiens se déplaçant dans les établissements périphériques. Ainsi, sur le territoire de Bourgogne, des difficultés importantes de recrutement de praticiens dans certains établissements pourraient être solutionnées en ajoutant à la rémunération statutaire une valorisation du déplacement de praticien du CHU sur ces CH. La somme allouée pourrait être répartie sur l'ensemble des praticiens participants. Ceci a deux avantages : accroître la

rémunération des médecins hospitaliers et donc d'éviter la fuite vers le privé ; mettre fin au recours aux « mercenaires » tout en créant une dynamique de territoire, stimulante pour les praticiens et donc motivante à rester sur certains postes⁶³.

Par ailleurs, il pourrait être envisagé à Dijon une modulation des carrières des jeunes médecins et pharmaciens par la Direction des Affaires Médicales. Aujourd'hui, la carrière du praticien est figée, ce qui peut causer des conséquences navrantes lorsque le médecin s'installe dans une « certaine routine » et rend ainsi difficile toute motivation. Donc, les fonctions et les activités pourraient être modulées en fonction des compétences, des rythmes et des investissements de chaque praticien en favorisant l'alternance d'années plus centrées sur le soin et d'autres sur la recherche, la formation ou l'enseignement. Des bilans des activités doivent en contrepartie avoir lieu régulièrement. Ce système permettrait d'éviter le manque d'investissement constaté dans certains services de l'établissement et donc de rendre la carrière à l'hôpital plus dynamique et attractif. Suite aux bilans, le directeur de l'établissement, après avis du directeur des affaires médicales pourrait ainsi disposer de moyens éclairés dans sa stratégie de recrutement avec des critères objectifs concernant la valeur des praticiens. Ceci peut s'établir en parallèle avec un tableau d'activité du service prenant en compte les choix des praticiens afin de réguler les ressources médicales par rapport à l'activité. Certains établissements de Bourgogne interrogés lors de mon stage ont développé une politique prévisionnelle d'évolution professionnelle. Il s'agit de constituer une fiche avec les objectifs personnels de l'individu, son profil de poste et ses perspectives de carrière. Un plan de formation élaboré par les affaires médicales peut venir en soutien de cet outil. Il est certain que ce type de pratique est plus facilement développé dans les établissements de taille moyenne mais il peut être étendu à l'échelle d'un établissement plus important, notamment par l'intermédiaire des pôles.

Enfin, un contrat engageant le service peut être envisagé, comme il l'est dans certains établissements. Ce contrat doit mettre en balance l'activité prévue avec celle exécutée, en modulant une part variable de rémunération octroyée à l'échelle du service.

En conclusion, la politique de gestion des recrutements médicaux doit pouvoir répondre aux conditions considérées comme essentielles à la mise en place de manière optimale de la politique de management par les pôles.

Les projets de pôles sont indispensables pour mener à bien les recrutements médicaux. Ceci doit amener à construire des échanges avec le personnel médical et la

⁶³ Idem que note 30

direction en fidélisant les meilleurs professionnels de l'établissement en prenant en compte les contraintes financières qui reposent sur les établissements de santé.

Cette politique de recrutement permet de prendre en compte les besoins propres à chaque service et pôle en personnel médical. Elle s'inscrit pleinement dans la logique polaire, avec la nomination de chefs de pôle, choisis sur la base de profils de poste et sur leur capacité à dégager du consensus, de rassembler les qualités de leadership, de faire preuve d'un investissement important et d'une réelle motivation. A ce titre, la Direction des Affaires Médicales joue un rôle stratégique.

3 D'UNE GESTION INSTITUTIONNELLE A UNE GESTION TERRITORIALE DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES : L'EXPÉRIENCE REPRODUCTIBLE DE LA RÉGION BOURGOGNE

Afin de répondre aux besoins de santé, la gestion des ressources humaines médicales devient territoriale, à l'instar de ce qui s'est construit pour la filière gériatrique ou l'instauration de FMI en Bourgogne, dans un but de partage et d'harmonisation du temps médical.

3.1 Une gestion territoriale inédite mais répondant aux besoins de santé

Aujourd'hui, au CHU de Dijon, la gestion des ressources humaines médicales évolue. Elle devient de plus en plus territorialisée et de nombreux exemples riches d'enseignement illustrent ce tournant.

La mobilité des praticiens sur un territoire de santé devient incontournable. En effet au regard des difficultés démographiques du territoire de santé de la Côte d'Or, il est important d'associer les praticiens du CHU dans ces établissements, isolés géographiquement mais essentiels dans la continuité des soins sur un territoire. Les médecins de la région Bourgogne représentent 2.2 % de l'effectif national. Au 1^{er} janvier 2009, 5 581 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre de la région, soit 3.9 % de moins qu'au 1^{er} janvier 2008. La Côte d'Or est le département qui a connu la deuxième plus grosse perte de praticiens -5.3% entre 2008 et 2009. Sur ces 5 581 praticiens, seuls 78 % ont une activité régulière. L'âge moyen des praticiens de la région est de 51 ans. Par ailleurs, la densité des praticiens se densifie sur le territoire de Dijon au détriment de beaucoup de zones isolées. Les effectifs des nouveaux entrants inscrits ont diminué de

29 % en vingt ans tandis que les sortants sont 305 % de plus qu'au 1^{er} janvier 1988⁶⁴. Ainsi, sur le territoire de Haute Côte d'Or, en dehors du CHU, deux autres établissements souffrent particulièrement de la pénurie de personnels médicaux et du manque d'attractivité des petites villes rurales. Il s'agit des établissements de Semur en Auxois et de Châtillon - Montbard. La gestion territorialisée par des dispositifs particuliers mise en place entre le CHU et ces deux établissements illustre l'évolution de la gestion des ressources humaines médicales dans un contexte ancré par la pénurie démographique et le manque d'attractivité de certains établissements.

La Direction des Affaires Médicales intervient désormais dans la stratégie des établissements ; elle sert de support à leur développement et de tremplin à leur réorganisation. Elle permet de resserrer les liens et les échanges entre les acteurs médicaux afin de renforcer la qualité de l'offre de soins sur un territoire. Ainsi, deux exemples de coopération illustrent les nouveaux outils et nouvelles pratiques dont dispose une direction des affaires médicales à l'échelle d'un CHU.

3.1.1 La filière gériatrique

Tout d'abord, la constitution d'une filière gériatrique sur les deux établissements cités plus haut explicite l'évolution des relations entre les centres hospitaliers aujourd'hui. Hier, la gestion était restreinte à son établissement ; aujourd'hui, il s'agit de coopérer, mettre à disposition du personnel médical et de partager les savoirs afin de former, échanger et renforcer l'offre de soins de qualité dans des zones géographiques isolées. Une démarche de concertation et de coopération a été progressivement mise en place afin de mettre en place cette filière. Les trois établissements principalement concernés en dehors du CHU disposent de moyens variables dans la prise en charge gériatrique. Le travail autour de ce projet s'est déroulé par étapes. Un état des lieux des besoins a d'abord été nécessaire. En effet, sur le territoire de Haute Côte d'Or, la population est vieillissante et ruralisée. Au regard des cartes établies, il apparaît clairement que le territoire de la Haute Côte d'Or est isolé avec un pourcentage de population de plus de 75 ans important. L'espérance de vie est de 84.7 ans pour les femmes et de 77.8 ans pour les hommes sur le département de la Côte d'Or. Ces chiffres amènent donc naturellement à une réflexion quant aux capacités d'hébergement et l'offre de soins gériatriques sur ce territoire donné.

⁶⁴ Sous la direction du Dr Patrick ROMESTAING, Janvier 2009, Atlas de la démographie médicale en région Bourgogne, situation au 1^{er} janvier 2009, Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre

Selon une étude de l'INSEE, en 2030, 20 % de la population des plus de 75 ans se trouverait dans les zones rurales du département. Dans certaines zones, les décès pourraient l'emporter sur la natalité. Le vieillissement sera d'autant plus marqué dans certaines zones rurales. La population âgée tend à croître comme sur l'ensemble du territoire national. Les plus de 85 ans vont quadrupler d'ici les 20 prochaines années. Il est donc nécessaire d'anticiper la prise en charge des besoins médicaux de cette population et de prendre en compte l'offre médicale sur le territoire.

Une organisation de la prise en charge doit s'organiser afin de prévoir l'afflux des personnes âgées dans les structures et d'anticiper l'hospitalisation pour la limiter aux cas extrêmes. En outre, l'adressage des patients doit être réfléchi selon les spécialités et les établissements. La collaboration et la coordination peuvent porter tant sur l'offre médicale que sur la formation des professionnels de santé. Une culture gériatrique a ainsi plus de chance de se développer sur le territoire. Il est en outre nécessaire d'anticiper le départ à la retraite de certains praticiens exerçant dans les établissements concernés. L'implantation de nouveaux praticiens exige une perspective travaillée dans une perspective à long terme et anticipée. La présence de médecins gériatres dans les services médico-chirurgicaux permettra ainsi de faciliter la prise en charge des patients âgés fragilisés et de favoriser l'installation d'une culture gériatrique. En outre, l'hospitalisation en cours permet de traiter des problèmes médicaux et d'éviter une hospitalisation future.

État des lieux de l'offre de soins en gériatrie en Haute Côte d'Or

Type d'activité	Nombre de lits	Temps de travail	Temps théorique	Besoins
Médecine gériatrique	28	1.4	2.8	Création de Cours Séjours Gériatriques quand il existe un SAU dans les hôpitaux concernés ?
SSR	90	4	4.5	
USLD	60	0.9	3	
EHPAD	880	3	8	Intérêt de la présence de lits d'USLD dans chaque structure de proximité ? Intervention de médecins coordonnateurs dans les EHPAD sans médecin attitré
Hôpital de Jour	2	0.4	0.4	
UMG		0.5	1	
MCO	233	0.5	1.4	
Consultation mémoire				Assurée par les praticiens de chaque ville

3.1.2 *La prise en charge cardiologique*

Un autre dossier concernant la cardiologie illustre le rôle prépondérant des affaires médicales sur le territoire

Ce dossier illustre bien le rôle des affaires médicales aujourd'hui. Le territoire du nord de la Côte d'Or est victime d'une pénurie démographique en ressources médicales. En effet, la densité médicale nationale est de 290 médecins pour 100 000 habitants. La région Bourgogne est classée parmi les régions à faible densité⁶⁵. La spécialité de cardiologie est touchée par ce problème.

Ainsi, sur le Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois, le service de cardiologie souffre du manque de professionnel médical spécialisé. Les besoins nécessitent pourtant qu'une offre de qualité soit offerte. En ce qui concerne la spécialité de cardiologie, l'âge moyen des cardiologues sur le territoire est de 48 ans et très peu de libéraux exercent sur le nord de la Côte d'Or. Ainsi, il a été décidé, au regard des moyens de ce centre hospitalier et des disponibilités de praticiens sur le CHU de constituer une Fédération Médicale Inter hospitalière (FMI) de cardiologie entre le CH de Semur et le CHU de Dijon. La démarche a intégré les affaires médicales, qui se sont trouvées au cœur de ce dispositif. Comme pour le dossier relatif à la filière gériatrique, un état des lieux a permis de déclinier les besoins en soins, l'absence de cardiologues, l'âge vieillissant des praticiens et les besoins souhaités. L'objectif principal de ce dispositif est de mettre en place un échange, une coopération, la formation des praticiens entre eux sur un territoire donné et de répondre aux besoins de la population. Des réunions et des réflexions ont conduit au projet d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière. La situation du CH de Semur en Auxois est difficile dans un contexte de pénurie de médecins, qui touche principalement les établissements voisins de CHU et isolés géographiquement.

3.1.3 *La Direction des Affaires Médicales : fer de lance des fédérations inter hospitalières*

La Fédération Médicale Inter hospitalière représente une opportunité de collaboration entre deux établissements de taille et de vocation différente. Cela permettrait de mettre en place des mécanismes d'organisation d'activité, de gestion des plannings, de rémunération des praticiens qui soient communs et qui évitent les tensions entre établissements et services. Ce type de coopération est l'exemple de ce que peuvent mettre en place les établissements afin de disposer de ressources humaines médicales et d'outil d'harmonisation des pratiques. La Fédération Médicale Inter hospitalière est un outil et un levier pour la gestion des affaires médicales. Les modalités d'organisation et de

⁶⁵ Idem que note 62

fonctionnement de la FMI correspondent à ce que sera de plus en plus à l'avenir la gestion de personnels médicaux :

- un service unique est ainsi constitué entre deux établissements,
- un seul tableau de service commun. Les tableaux d'astreintes restent par contre propres à chaque établissement puisqu'il existe deux lignes d'astreintes (cas des Centres Hospitaliers de La Rochelle et de Rochefort qui ont constitué une FMI dans la spécialité d'orthopédie),
- le chef de service responsable est dénommé « coordonnateur »,
- les plages additionnelles sont définies à l'avance.

Ainsi, ce type de collaboration et de mutualisation des ressources humaines médicales à l'échelle d'un territoire représente l'avenir de ce que sera la gestion des personnels médicaux, qui tend à être de plus en plus partagée et harmonisée territorialement.

3.2 Une gestion partagée et harmonisée territorialement

L'harmonisation et le partage des personnels médicaux sont possibles grâce à des dispositifs tels que les assistants spécialistes à temps partagé, à l'impulsion des CHU et des CHT et au rôle incontournable des ARS dans la régulation territoriale.

3.2.1 Le modèle des postes d'assistants spécialistes à temps partagé

Face aux difficultés de recrutement de praticiens dans certaines spécialités, un nouveau dispositif a été introduit en 2009. Une circulaire du 26 janvier 2009 relative au recrutement d'assistants spécialiste dans les CHU organise les modalités de mise en œuvre de ce dispositif.

Il s'agit d'adapter le dispositif de formation sur l'ensemble du territoire ainsi que l'offre de formation. La loi HPST se propose de renforcer les outils permettant un pilotage plus fin des flux de formation de spécialistes ; cela se traduira par une affectation des internes par diplôme et non plus par discipline. Cette mesure doit permettre d'adapter progressivement les capacités de formation aux besoins démographiques et d'offrir aux internes une meilleure visibilité des postes réellement offerts dans une zone géographique. Ainsi, le rôle fondamental d'un poste internat adapté pour les spécialistes autres que la médecine générale est incontournable. Jusqu'à maintenant la possibilité de recruter des assistants spécialistes était réservée, sauf exception, aux établissements publics de santé non universitaires (CH). Des expériences d'activité partagées entre un centre hospitalier employeur et un CHU ont montré tout l'intérêt pour de jeunes médecins de bénéficier d'une première expérience professionnelle dans un environnement dédié

aux soins, à la recherche et à l'enseignement, disposant d'un plateau technique de référence et d'un personnel médical hautement qualifié et reconnu. Ce dispositif doit donc permettre d'ancrer les pratiques dans les établissements de périphérie en développant des échanges et des synergies locales.

Ainsi, le décret n°2009-24 du 8 janvier 2009 étend aux CHU la possibilité de recruter des assistants spécialistes. Cela encourage de jeunes praticiens à approfondir leur formation spécialisée dans des établissements et sur des fonctions de plein exercice. Ce dispositif permettra à l'avenir de faciliter l'installation de jeunes praticiens dans des établissements périphériques, en ayant la proximité d'un CHU, établissement de référence. Les CHU tendent donc de se rapprocher des CH par ce moyen de coopération. Les affaires médicales sont au centre de ce processus puisque c'est la Direction des Affaires Médicales qui est en charge de recevoir les demandes des établissements de santé, de répertorier les disciplines, de rédiger un projet et de les transmettre à l'ARS. Un assistant spécialiste n'a donc pas vocation à exercer exclusivement en CHU mais à s'installer après son assistantat en centre hospitalier. Ce processus s'inscrit pleinement dans une logique de territoire.

Les assistants spécialistes sont financés par l'ARS pour deux ans, seule détentrice du pouvoir décisionnel. En effet, un certain nombre limitatif de ces postes est octroyé en France en fonction de la pénurie démographique de médecins et répartis par région. En 2009, 200 postes ont été accordés sur toute la France dont 13 sur la Bourgogne. Chaque ARS décide ensuite, dans sa région, des spécialités et des centres hospitaliers exigibles à ce dispositif, sur proposition du CHU. Bien entendu, le travail en amont de concertation, de choix de candidat et de constitution du dossier est réalisé à la direction des affaires médicales du CHU, avec les chefs de services et de pôles. Le calendrier de la procédure était très serré. Les orientations étaient définies en début d'année avec le directeur de l'ARH à l'époque. Les directeurs d'établissement, le CHU et les chefs de service intéressés par le dispositif se concertaient et préparaient des demandes dans leurs spécialités. Les dossiers étaient récupérés auprès de la direction des affaires médicales, remplis et retournés à cette dernière qui centralise les demandes avant de les soutenir à l'ARS. Ce dispositif illustre les possibilités de mise à disposition de temps médical auprès des structures périphériques. Des conventions de mise à disposition organisent ainsi ces stratégies.

Une définition de politique de gestion du corps médical au sein d'un territoire est intéressante également sur un autre sujet : celui du recrutement de praticiens. En effet, dans les établissements périphériques et isolés, il est de plus en plus difficile de recruter du personnel médical compétent, jeune et volontaire, dans un contexte concurrentiel fort

et marqué par le développement technologique des gros plateaux techniques des centres pivots. Ainsi, dans ces centres hospitaliers, certaines pratiques se sont développées. Les « petits » établissements évitent de recourir à l'intérim pour des raisons financières mais aussi de qualité des soins et de suivi. Alors, il est souvent proposé aux praticiens qui veulent exercer dans ces établissements, une rémunération basée sur le quatrième échelon de la grille des praticiens hospitaliers avec une majoration de 10 %. Ceci est tout à fait légal. Par contre, beaucoup de centres hospitaliers utilisent des moyens plus illégitimes tels que le paiement de plages additionnelles non réalisées ou de gardes en nombre supérieur à la réalité. Certains autorisent des avancements d'échelon plus rapides... Il ressort de ces entretiens et constats que le recrutement des praticiens devient territorial et leur gestion également, allant parfois jusqu'à la course à la surenchère. Il est alors indispensable de définir des règles plus harmonieuses et consensuelles au sein d'un territoire de santé. Ainsi, une expérience a été menée entre le CHRU de Lille et un CH dans le Nord Pas de Calais : des postes de chefs de clinique à temps partagé entre les deux établissements. Ce dispositif permet d'attirer des jeunes praticiens dans des établissements voisins des CHU où le recrutement est difficile mais l'activité de soins et les besoins indispensables. Dans ce dispositif, les jeunes praticiens sont recrutés en qualité de chefs de clinique régionaux exerçant 6 mois dans un établissement voisin et 6 mois au CHU. Deux personnes sont recrutées sur un même poste afin d'assurer une continuité des soins. Le financement de ce dispositif incombe en partie à l'ARS. Ceci démontre notamment que les agences régionales ont un rôle indéniable dans la répartition territoriale des ressources humaines médicales. La souplesse dans la répartition du temps partagé entre les établissements reste un élément fondamental d'attractivité du dispositif.

Cependant, ce dispositif rencontre certaines difficultés d'attractivité en ce qui concerne les établissements éloignés des CHU. Moins d'un quart des postes ouverts ont été pourvus dans les établissements éloignés de la métropole régionale. Les difficultés de transport, les conditions matérielles de logement ou encore l'environnement sont souvent des arguments exposés pour expliquer le moindre attrait de ces centres hospitaliers⁶⁶. En outre, il ressort de certains de mes entretiens, que les jeunes internes ne disposent pas d'informations suffisantes sur la pérennité de ce dispositif et ces conditions d'exercice⁶⁷. Cette expérience apporte beaucoup concernant la dimension territoriale de la gestion des

⁶⁶ Cf. annexe n° 11 et 12 relatives aux entretiens réalisés au CHU de Dijon

⁶⁷ *En Lorraine, un groupe de pilotage s'est constitué, comprenant les représentants institutionnels : DRASS, ARS, Conseil Régional, Fédération des Établissements Hospitaliers, Faculté de Médecine, Associations d'Internes, afin de créer un site Internet d'informations destinées aux internes relatives aux conditions d'accueil dans les établissements, aux différents statuts de post-internat, aux modalités d'exercice de la médecine, aux postes offerts dans la région. Source : rapport de l'IGAS, C. AUBIN, C. DANIEL, Dr F. SCHAEZEL, A. BILLON, P. BLEMONT, A. ELIOT, J. VEYRET, Juin 2010, Le post internat, constats et propositions*

personnels médicaux. Elle prend pleinement en compte la dimension démographique en analysant les besoins par spécialité : taux de fuite selon la spécialité dans le bassin géographique, état des lieux des besoins, capacité de formation régionale par spécialités, attractivité des établissements publics et privés. Ceci aboutit donc au développement d'une politique de coopération avec les établissements voisins du CHU dans la mise en place d'une politique régionale des ressources humaines médicales.

3.2.2 L'impulsion souhaitée du CHU et des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)

L'objectif est la mise en place d'une politique régionale des ressources humaines médicales.

Le but poursuivi est de proposer l'instauration et le pilotage d'une gestion régionale des ressources humaines médicales en rassemblant les établissements publics de santé de Bourgogne sous la conduite du CHU de Dijon.

Ceci vise :

- à mettre fin aux pratiques concurrentielles entre établissements, induites par la démographie médicale défavorable en Bourgogne,
- à favoriser une harmonisation de la répartition et de la gestion des personnels médicaux au sein de la région.

Deux étapes sont nécessaires à la mise en œuvre de ce processus :

- définir la politique régionale en impulsant une dynamique commune de ressources humaines médicales ; en harmonisant des outils et des pratiques en terme de recrutement et de rémunération, de règles de temps de travail, de modalités de contractualisation. Par ailleurs, le développement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences par la gestion des recrutements et des remplacements doit aussi être mis en place. L'identification des besoins en formation médicale continu doit aussi être accentuée par le développement professionnel continu. La poursuite et le développement du temps médical partagé et des coopérations médicales doit être le fer de lance d'une telle politique. A ce titre, le CHRU de Lille représente un exemple. En effet, cet établissement a développé une dynamique et des initiatives en matière de gestion des ressources humaines médicales. Ainsi, la région s'est dotée d'outils de diagnostic grâce à la création de l'Observatoire National des Professionnels de Santé afin de mesurer les besoins et de disposer

d'éléments chiffrés pour se projeter à l'avenir. En outre, un plan de développement des ressources humaines médicales a été mis en place par l'ensemble des acteurs régionaux (ARH/ DRASS/FHF/Région). Il vise à développer l'attractivité des postes offerts sur le territoire. Quatre objectifs composent le plan d'actions : mesure de l'évolution de la démographie médicale, valorisation de la région, développement de l'accueil et du suivi des internes, organisation des plans de carrières pour les internes. Les établissements se concertent dans leur démarche, en cohérence avec le SROS III. Ils organisent des réseaux de mise à disposition de temps médical autour d'établissements de référence. Par ailleurs, un décloisonnement de la ville et de l'hôpital est renforcé.

- organiser la politique régionale par la constitution d'un comité de pilotage associant les chefs d'établissement, les présidents de CME et la FHF Bourgogne pour la définition, la mise en œuvre et le suivi de cette politique régionale ; il est nécessaire de réunir une assemblée des responsables des affaires médicales et des présidents de CME des établissements et de constituer des groupes de travail thématiques (recrutement, GPEC, contractualisation) et obtenir des financements externes (MIGAC).

Ces actions doivent être présentées à l'ARS. L'exemple de ce dispositif illustre désormais le rôle incontournable de la régulation à l'échelle d'un territoire des personnels médicaux. Aujourd'hui, la démographie médicale impose de disposer d'une gestion des ressources humaines médicales organisée à l'échelle d'un territoire.

Plusieurs constats expliquent ce besoin :

- des pratiques convergentes d'un établissement à l'autre dans la rémunération des praticiens : les centres hospitaliers isolés peuvent avoir recours à des modalités de rémunération en plages additionnelles fictives en complément d'un salaire basé sur un échelon avancé de la grille de PH,
- des établissements isolés qui persistent dans le recrutement de praticiens intérimaires, dits « mercenaires » qui ne permettent pas un suivi de qualité et une continuité optimale des soins,
- des services en souffrance face à l'absence de praticiens spécialisés qui refusent d'exercer dans des centres périphériques, éloignés, dans lesquels ils ne disposent pas de plateau technique leur permettant un maintien et une formation continue au meilleur niveau.

Ainsi, des propositions concrètes ont été exposées dans différents rapports et repris pour partie dans la loi HPST. Actuellement, la répartition des postes de clinicien peut

relever d'un certain héritage puisque le nombre et la répartition des postes sont faits au niveau national. Des écarts importants entre les régions existent concernant ces postes. Il en est de même de la répartition des postes d'assistants qui relèvent de l'adéquation entre les besoins des établissements et les envies de carrière des praticiens, parfois mal organisée ou retranscrite. Ceci aboutit au recrutement de praticiens contractuels sur des postes de titulaires. A ce titre, le rôle des territoires est incontournable aujourd'hui. Mme la Ministre de la Santé et des Sports l'a rappelé dans un communiqué en date du 14 septembre 2010. Le gouvernement désire désormais changer de paradigme et dépasser les contradictions antérieures. La feuille de route affichée est celle du décloisonnement des secteurs et de la territorialisation. L'idée est donc de mettre en commun autour de projets l'ensemble des acteurs locaux. Dans ce cas, l'ARS devient donc l'interlocuteur naturel des préfets et des collectivités locales. Cette concertation s'illustrera notamment au sein de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et donc au moment de l'élaboration des schémas régionaux sanitaire, médico-social et de prévention que doivent nourrir chaque Projet Régional de Santé (PRS). Le territoire devient pleinement l'unité de base de réflexion de l'ARS.

Par ailleurs, les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) peuvent jouer un rôle complémentaire à celui du CHU ou jouer le même rôle dans les très grandes régions qui comprennent plusieurs départements de taille conséquente, à l'instar de la région Midi-Pyrénées. Ces régions disposeront alors de plusieurs CHT. Les CHT vont permettre à plusieurs établissements de s'organiser afin d'offrir la possibilité à une population d'un territoire d'accéder aux soins. Elles disposent d'un projet médical commun, en cohérence avec les projets d'établissements et les projets médicaux des établissements parties. Elles sont donc un levier de la mutualisation des ressources médicales sur un territoire.

3.2.3 Le rôle incontournable des ARS en matière de régulation territoriale des ressources humaines médicales

Les Agences Régionales de Santé jouent désormais un rôle beaucoup plus important dans la répartition territoriale des praticiens. La loi HPST leur donne de nouvelles possibilités d'incitation à l'installation de praticiens dans les zones rurales. Par exemple, en situation de carence, après trois ans d'incitations diverses, l'ARS pourra proposer aux médecins installés dans des zones surmédicalisées des « contrats de santé solidarité ». Grâce à ces contrats, les médecins s'engageront à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous médicalisées. Ceux qui refuseront de signer de tels contrats ou ne respecteront pas leurs engagements seront taxés : une « contribution

forfaitaire annuelle » leur sera demandée. Les contrats de cliniciens hospitaliers, cités plus haut, devront être négociés avec les ARS pour compléter les équipes médicales en place et mettre en œuvre le projet médical de territoire.

En outre, c'est le Directeur Général de l'ARS qui pilote la permanence des soins publique/privée. En ville, le médecin qui s'y soustrait pour raisons professionnelles ou personnelles en informe le conseil départemental de l'Ordre qui en informe à son tour de l'ARS...

Par ailleurs, sous l'autorité de l'ARS, des protocoles de coopération entre professionnels de santé sont élaborés ; ces protocoles seront déclinables à l'échelle de la région et peuvent recouvrir des transferts d'activité ou d'actes de soins.

Enfin, l'ARS organise territorialement l'offre de soins. Elles doivent coordonner, harmoniser et réguler les pratiques sur un territoire donné. Le projet régional de santé en est l'illustration. Piloté par l'ARS, institué par la loi HPST, ce projet régional de santé intègre notamment les nouveaux schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale. La loi HPST permet aux ARS de contractualiser avec les médecins de ville dans le but d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Les Unions Régionales des Professions de santé libérales (URPS) vont être mises en place dans chaque région et pour chaque profession. Elles seront regroupées dans une fédération régionale des professionnels de santé libéraux. Les URPS contribueront à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional ; elles pourront conclure des contrats avec les ARS.

La régulation médicale sur un territoire débute dès les études de médecine. A ce titre, des contrats d'engagements de service public (sorte de bourses) sont créés par l'article 46 de la loi HPST pour la rentrée 2010⁶⁸, à destination des étudiants et internes en médecine, en échange d'un engagement d'installation à l'issue de la formation sur un territoire défavorisé en offre de soins. Ce contrat offre une contrepartie financière mensuelle pour les étudiants qui acceptent, à partir de la deuxième année de médecine, ou les internes après l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (DES), d'exercer la médecine dans des zones déficitaires en praticiens. Il est prévu 200 de ces contrats en 2010. Ceci peut permettre de réguler les lieux d'exercice des jeunes médecins. Cependant, ce choix possible, récent, ne semble pas le plus pertinent dans la mesure où le choix de s'installer sur un territoire isolé n'est pas répandu chez les étudiants. Cette mesure demandera du temps pour faire évoluer les mentalités et les pratiques des jeunes praticiens. Les études de médecine étant longues, l'incertitude de leur devenir pourrait

⁶⁸ Décret d'application 2010-735 du 29 juin 2010 et les arrêtés du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires, au nombre de ces bénéficiaires et au montant de l'allocation.

conduire certains étudiants à renoncer à ce type de contrat. Par contre, favoriser les stages dans ces territoires semblent un point intéressant puisque les stages permettent de sensibiliser les jeunes médecins aux lieux, à la région et de s'y attacher en faisant abstraction des idées préconçues. Ces stages peuvent être accompagnés d'aides pratiques d'installation (logement...).

Par ailleurs, une régulation médicale du post internat au niveau régional sera mise en place pour 2010/2011, selon les propositions du rapport de l'IGAS relatif au post internat, cité plus haut. Il s'agirait de mettre en place une formule d'affectation centralisée et obligatoire pour répondre aux besoins. Ainsi, les priorités légitimes seraient respectées en affectant prioritairement les postes de chefs de clinique aux praticiens ayant un projet universitaire établi. Une cellule régionale composée de représentants de l'ARS, des CH et CHU, des représentants des internes et des chefs de clinique et praticiens assureraient ce pilotage. Cette cellule disposerait d'un fonds régional d'adéquation pour appuyer sa mission et notamment sa mise en œuvre matérielle et logistique.

En outre, la mise en place de « bourses régionales des emplois » est également préconisée par le rapport de l'IGAS.

Conclusion

« L'expérience est une observation provoquée dans le but de faire naître une idée », C. Bernard

La gestion des ressources humaines médicales tend désormais vers une dynamique plus individualisée et territorialisée. Cette nouvelle politique des affaires médicales se situe au cœur de l'évolution qui touche les établissements publics de santé. La loi HPST illustre bien ces changements qui affectent la gestion des personnels médicaux, notamment dans la problématique de l'allocation de la ressource humaine médicale, de plus en plus rare.

Derrière ces nouvelles logiques et ces nouveaux outils, c'est l'équilibre de la relation direction – médecins qui évolue. Avec les modifications engendrées par la loi HPST, les possibilités nouvelles incitatives offertes aux Directeurs des Affaires Médicales pour rendre leurs établissements plus attractifs aux yeux des praticiens, notamment par la rémunération, en partie variable, c'est un redimensionnement de la place des acteurs qui se joue⁶⁹. L'attractivité du service public passe donc par une gestion plus active et dynamique voire décomplexée des personnels médicaux.

Pour les personnels médicaux, c'est un peu une révolution. En effet, après avoir connu le « mandarinat » du praticien du début du siècle, exerçant sans contrainte aucune, ni de l'administration ni du patient, ils connaissent désormais de nouvelles priorités dans leur pratique qui change la donne de leur exercice. La relation avec l'administration est relativement importante par rapport à sa relation avec le patient. Le praticien doit prendre en compte les attentes de la direction de l'établissement et pas seulement celle de son patient. Les nouveaux leviers de gestion des personnels médicaux prennent réellement cela en compte, tant à l'échelle d'un établissement qu'à celle d'un territoire.

Les éléments exposés dans ce mémoire, appliqués et pensés au CHU de Dijon sont transposables et applicables à l'ensemble des autres établissements. Il s'agit de disposer d'outils de leviers d'une politique de gestion des affaires médicales plus audacieuse, répondant aux logiques désormais prégnantes dans les établissements publics de santé, à savoir, attractivité, activité, efficacité et motivation.

⁶⁹ « Loi HPST : l'entrée dans le paradigme du « tout –incitatif » en question », Elsa BOUBERT, n°493- février 2010, gestions hospitalières

Le corps médical, longtemps oubliée des études de motivation et de politique de gestion des personnels, est ainsi au cœur des ressources humaines, au cœur des problématiques de l'hôpital, en plus d'être le premier acteur de la production de soins. C'est à l'ensemble des établissements publics de santé et de leurs directeurs de se munir de ses éléments pour agir efficacement dans ce contexte. L'avenir de l'hôpital repose aussi dans cette nouvelle perspective.

Bibliographie

OUVRAGES

- J. AUBERT, P. GILBERT, F. PIGEYRE, 2è Edition Dunod 2005, Management des compétences
- M. BEAUVALLET, Seuil, Edition 2009, Les stratégies absurdes
- T. LAURET et S. RIVET, Berger-Levrault, Edition 2009, Les médecins à l'hôpital public, statuts et carrières
- MINTZBERG, Editions d'Organisation, Paris, 1982, Structure et dynamique des organisations
- Rapport d'observation définitive, février 2010, Organisation des Soins à l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, exercices 2004, Chambre Régionale des Comptes d'Ile de France

DOCUMENTS OFFICIELS

- Présentation du dispositif de la loi HPST, janvier 2009, site du ministère de la Santé et des Sports
- Projet d'établissement, CHU DIJON, 2008-2011
- Protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers, signé le 22 octobre 2001 avec les quatre organisations syndicales CHG CMH INPH SNAM, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Relevé de décisions, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille, mars 2005
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Bourgogne – 2006/2011, ARH de Bourgogne, Mars 2006

RAPPORTS

- Rapport de l'IGAS, C. AUBIN, C. DANIEL, Dr F. SCHAETZEL, A. BILLON, P. BLEMONT, A. ELIOT, J. VEYRET, juin 2010, Le post internat, constats et propositions
- Rapport de l'IGAS présenté par C. de BATZ, le Dr LALANDE, G. LAURAND, décembre 2002, La gestion des praticiens hospitaliers, IGAS
- Pr Y. BERLAND, septembre 2006, Mission « Démographie Médicale »
- Rapport de l'IGAS, L. CHAMBAUD, M. KHENNOUF, C. LANNELONGUE, Janvier 2009, Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers
- Sous la direction du Dr P. ROMESTAING, janvier 2009, Atlas de la démographie médicale en région Bourgogne, situation au 1^{er} janvier 2009, Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre
- M. TACZANOWSKI, Les mutations de la profession de praticien hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical : évolutions sociologiques et implications managériales, l'exemple du Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Mémoire EHESP, filière Directeur d'Hôpital, Promotion 2005
- Rapport de l'IGAS établi par H. ZEGGAR et G. VALLET, février 2010, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé
- Chiffres clés 2009, CHU DIJON, Edition 2009
- Bilan Social, CHU DIJON, Edition 2009
- Organisation du temps médical, Meah, 2005
- Politique de gestion des recrutements médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires, Guide Pratique de Délégation de Gestion, Direction des Affaires Médicales, de la Recherche et de l'Innovation, CHU de Nice
- Rapport de la Cour des Comptes relatif à l'organisation de l'hôpital, 2006

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Loi n°2009-251 du 21 juillet 2009, loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- Décret n° 2006-1221 du 5 octobre 2006 portant statut des praticiens hospitaliers
- Décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers universitaires
- Décret n°99-183 du 11 mars 1999 modifiant le décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers universitaires
- Arrêté du 28 mars 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération (PCV)

ARTICLES

- K. ATTAL-TOUBERT et M. VANDERSCHULDEN, février 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », DREES, n°679
- BARET, VINOT et DUMAS, 2006, « La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : une proposition de modèle de recherche »
- E. BOUBERT, février 2010, « Loi HPST : l'entrée dans le paradigme du « tout – incitatif » en question », Gestions Hospitalières, n°493
- Gisèle CALMES, 2009-2010, « Gestion du temps de travail médical et remise en cause identitaire des médecins hospitaliers dans leur activité professionnelle », DH Magazine, N°129 et N°130
- Interview recueillie par A. DHORDAIN, septembre 2009, « Le contrat de clinicien hospitalier : une opportunité pour l'hôpital public ? », Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes- Réanimateurs, SNPHAR, n°50

- Réalisé par J.B. GERVAIS et C. MORIN, octobre 2009, « Un corps de métier en véritable perte de vitesse », in Dossier « Médecins – Crise d'identité », Décision Santé, N°258
- Entretien de C. LAVAL, sociologue, octobre 2009, in Dossier « les médecins – crise d'identité », réalisé par J.B. GERVAIS et C. MORIN, Décision Santé, n° 259
- Pr C. GIRARD, octobre 2007 : « CHU régionaux : problèmes actuels de démographie médicale et d'attractivité- mesures envisageables », Président de la CME, CHU DIJON
- T. TALEC, décembre 2009, « La révision des effectifs médicaux hospitaliers, levier de la T2A », Gestions Hospitalières, n°491
- A. RAZOUK et M. BAYAD, Colloque GRH, PME et Entreprenariat : regards croisés, ESC BRETAGNE et NANCY UNIVERSITE
- Février 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », DREES, N°373

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 Présentation du CHU de DIJON
- Annexe 2 État de la démographie médicale
- Annexe 3 Présentation des différents statuts hospitaliers
- Annexe 4 Tableau des effectifs de personnels médicaux à l'hôpital public au 31/12/2006
- Annexe 5 Schéma de l'organisation sanitaire issue de la loi HPST
- Annexe 6 Présentation de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public
- Annexe 7 Présentation de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice
- Annexe 8 Exemple de tableau de service du CHU de DIJON
- Annexe 9 Exemple de tableau de gardes et astreintes du CHU de DIJON
- Annexe 10 Grille d'entretien
- Annexe 11 Liste des personnes rencontrées et auditionnées
- Annexe 12 Synthèse des entretiens réalisés
- Annexe 13 Réforme du statut de praticien hospitalier

Annexe 1 : Présentation du CHU de DIJON

Le CHU de DIJON occupe une position de référent territorial, conforté par sa vocation de recours régional pour la plupart des spécialités. Il constitue également un site pivot pour l'ensemble des établissements du territoire dans lequel il est implanté et un hôpital de proximité dans son bassin d'attraction immédiat.

Le CHU est composé de trois sites : le complexe du Bocage, l'Hôpital Général et le site gériatrique de Champmaillot.

Principales indications chiffrées

1. Capacité d'accueil :

Capacités	Lits et places
COMPLEXE DU BOCAGE	942
Hôpital du Bocage	370
Hôpital d'Enfants	288
Maternité	99
Centre de Cardiologie	70
Centre de Convalescence et de Rééducation	98
Centre d'Hémodialyse	17
HOPITAL GENERAL	341
CENTRE GERIATRIQUE DE CHAMPMAILLOT	421
USP LA MIRANDIERE	15
TOTAL GENERAL	1 719

2. Lits et places par disciplines :

- Médecine : 732 soit 42 % du total
- Chirurgie : 338 soit 20 %
- Gynécologie- Obstétrique : 99 soit 6 %
- E.H.P.A.D. : 285 soit 17 %
- Soins de suite : 177 soit 10 %
- Psychiatrie : 88 soit 5 %

En 2009, l'établissement a réalisé 996 332 actes dont 206 000 consultations.

L'origine géographique des patients est la suivante :

- 43 % des hospitalisations concernent des patients domiciliés à Dijon et son agglomération,
- 32.9 % concernent des patients domiciliés en Côte d'Or hors Dijon et son agglomération,
- 16.9 % concernent des patients domiciliés dans les autres départements de Bourgogne,
- 7.2 % concernent des patients provenant d'autres régions.

Le CHU de DIJON à une position dominante par rapport aux cliniques dijonnaises pour la procréation médicalement assistée, les greffes, les traumatismes multiples graves, les affections de l'appareil respiratoire, les affections endocriniennes.

Le personnel :

○ Personnel médical :

- personnel médical hospitalier-universitaire : 177
- personnel médical hospitalier : 306
- praticiens attachés : 169
- internes et résidents : 372
- étudiants : 575

Soit un total de 1599 personnels médicaux.

○ Personnel non médical :

- personnel administratif : 585
- personnel soignant-éducatif : 3 186
- personnel médico-technique : 389
- personnel technique : 740

Soit un total de 4 900 personnels non médicaux.

Environnement

○ Photographie socio-économique de la Bourgogne :

PIB de la Bourgogne en 2007 : 40 000 millions d'euros constants soit 2.3 % du PIB de la France métropolitaine

Structure de l'activité économique : la Bourgogne est très largement tournée vers les services marchands (environ 45 % de la valeur ajoutée générée dans la région).

La Bourgogne présente aussi une activité agricole forte comparativement à l'ensemble de la France métropolitaine (5.1 % de la valeur ajoutée de la région contre une moyenne de 2.6 % pour la France métropolitaine).

La Bourgogne est une région créatrice d'entreprises. En 2007 : le taux de création est de 10 % supplémentaire.

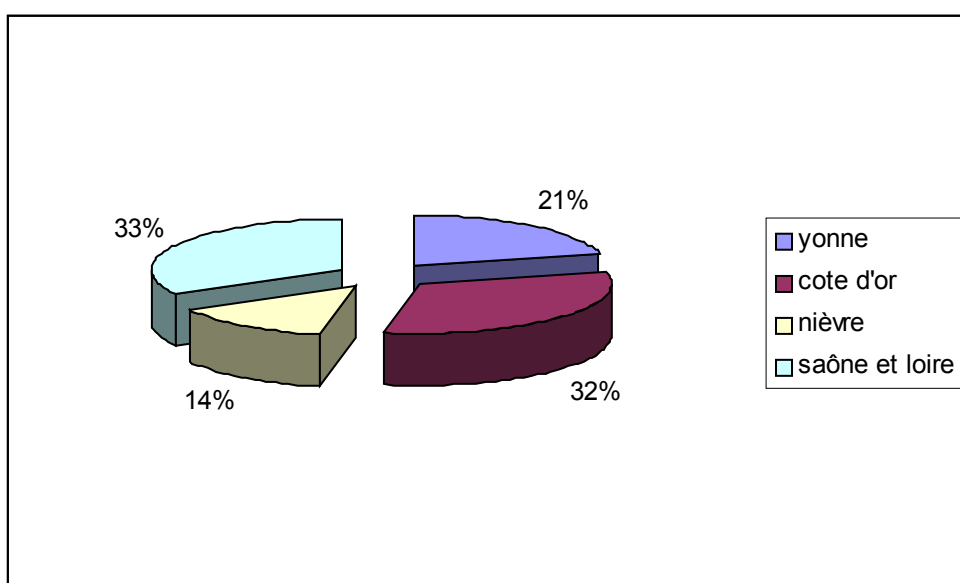
Le taux de chômage est de 8.8 % en 2008 pour la Côte d'Or et de 10 % pour la région Bourgogne.

10.7 % de la population bourguignonne de moins de 65 ans vit sous le seuil de bas revenu, c'est à dire avec un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 698 Euros (alors que le taux moyen en France est de 13 %).

Démographie :

Au 1^{er} janvier 2008, la population en Bourgogne représentait 1 633 864 habitants et celle de la Côte d'Or 519 132 habitants. La variation annuelle de la population était de 0.3 en Côte d'Or et 0.2 en Bourgogne.

Répartition de la population de Bourgogne par département



Démographie médicale

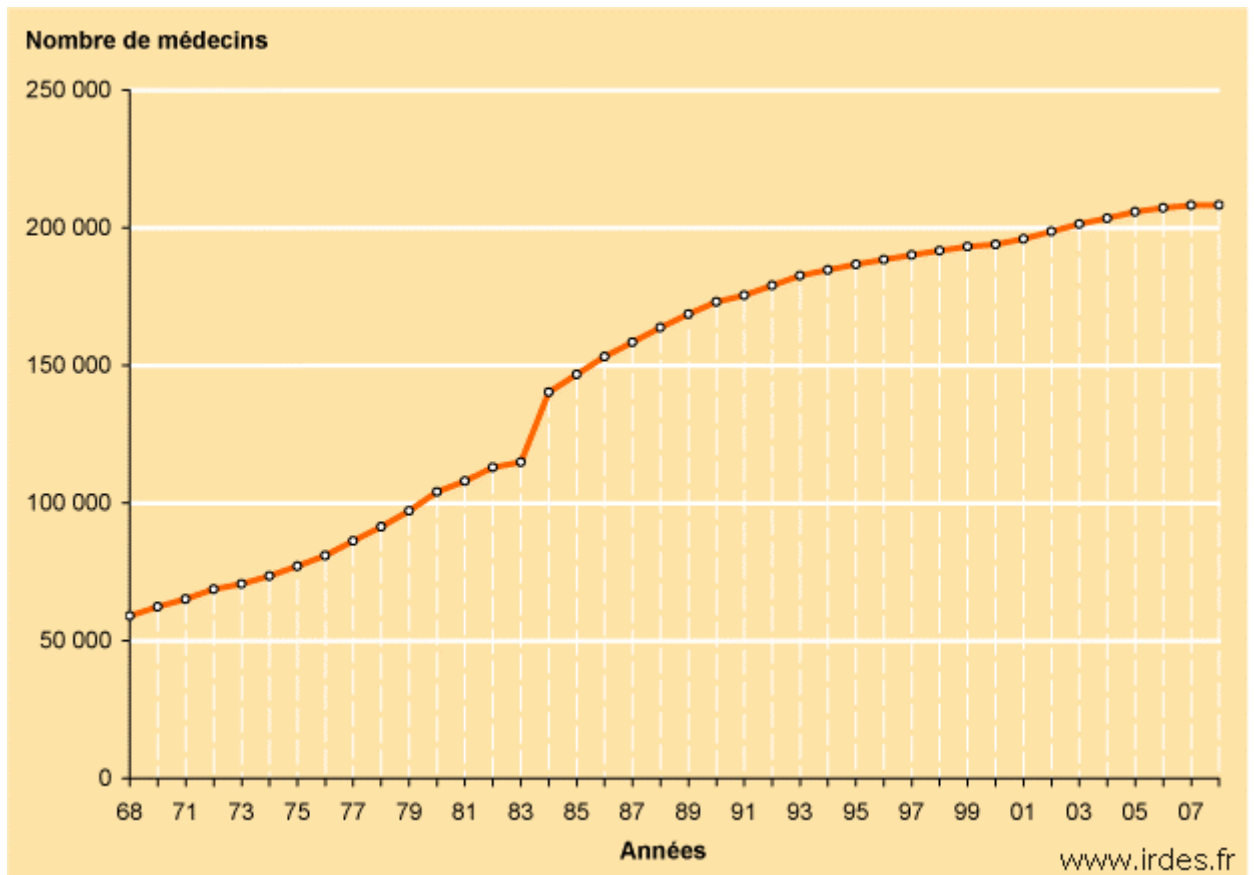
Tous professionnels de santé confondus, la situation à venir en Bourgogne est préoccupante. Selon une étude menée par la DREES⁷⁰, le nombre de médecins devrait considérablement diminuer d'ici 2025. Pour un *numerus clausus* de 7 000 en 2006, le nombre de médecins passerait de 4 535 en 2002 à 4 118 en 2025. La densité passerait de 281 à 260 soit une baisse de 8 %.

La Bourgogne dispose de l'une des plus faibles populations de médecins généralistes en France avec seulement 104 médecins généralistes pour 1 000 habitants alors que la moyenne française est de 114 (donnée 2005).

19 zones de la région sont identifiées comme déficitaires ou fragilisées dans l'avenir (soit 20 % de la Bourgogne). Cette tendance ne peut que se confirmer puisque 70 % de la population des médecins généralistes en Bourgogne est âgé entre 40 et 54 ans. L'âge moyenne, actuellement, des médecins généralistes est de 47 ans. Une forte proportion de médecins va partir à la retraite dans les années à venir.

⁷⁰ La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, DREES, n°679, février 2009

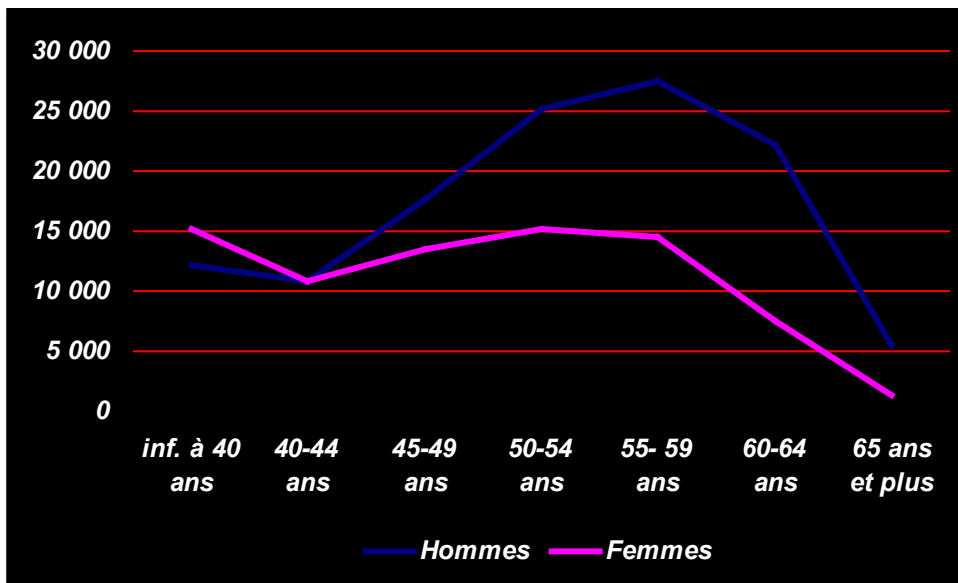
Annexe 2 : État de la démographie médicale en France et en Bourgogne



Source : [Eco-Santé France 2009](#), d'après données Adeli de la DREES

L'effectif de l'ensemble des médecins (libéraux et salariés) ne cesse de croître, passant de 59 065 en 1968 à 208 249 en 2008, s'accompagnant également d'une augmentation de leur densité dans la population : 118,33 médecins pour 100 000 habitants en 1968 et 337,39 médecins pour 100 000 habitants en 2007.

Répartition des praticiens par âge et sexe



Variation des effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre pour la région Bourgogne

Département	Variation 2008/2009
Côte d'Or	- 5.3 %
Nièvre	-0.9 %
Saône et Loire	-2.2 %
Yonne	-5.4 %
TOTAL	-3.9 %

À noter que les médecins de la région Bourgogne représentent 2.2 % de l'effectif national. Au 1^{er} janvier 2009, 5 591 médecins sont inscrits au Tableau de l'Ordre de la région Bourgogne ; soit 3.9 % de moins qu'au 1^{er} janvier 2008. La région Bourgogne est la sixième région de France métropolitaine à être la moins bien dotée en médecins. 67 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des Médecins ont fait le choix d'exercer leur activité en secteur salarié. 15 % effectuent des remplacements et 17 % s'installent en libéral.

Annexe 3 : Présentation des différents statuts hospitaliers

Les praticiens recrutés sur des statuts hospitaliers ne sont pas des fonctionnaires hospitaliers. Ils sont des agents publics.

Seule la catégorie des personnels enseignants et hospitaliers forme un corps de fonctionnaires de l'État du fait de leur rattachement à l'université.

Les différents statuts hospitaliers permettent de recruter des praticiens selon leur perspective de carrière et les besoins de l'institution hospitalière.

Le praticien peut ainsi être recruté sur un poste à temps plein ou à temps partiel ; à titre permanent ou temporaire.

On différencie les praticiens nommés à titre permanent, dits « titulaires ». Ils se répartissent en deux catégories. Les praticiens hospitaliers à temps plein ou praticiens des hôpitaux à temps partiel.

En CHU, il existe des statuts bi-appartenant : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH). Les chefs de clinique (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les praticiens hospitaliers universitaires (PHU).

Les praticiens peuvent aussi être recrutés par voie contractuelle : praticien attaché, praticien attaché associé, praticien contractuel. Le terme « associé » accolé à un statut signifie que le praticien ne répond pas à toutes les conditions nécessaires pour avoir le plein exercice.

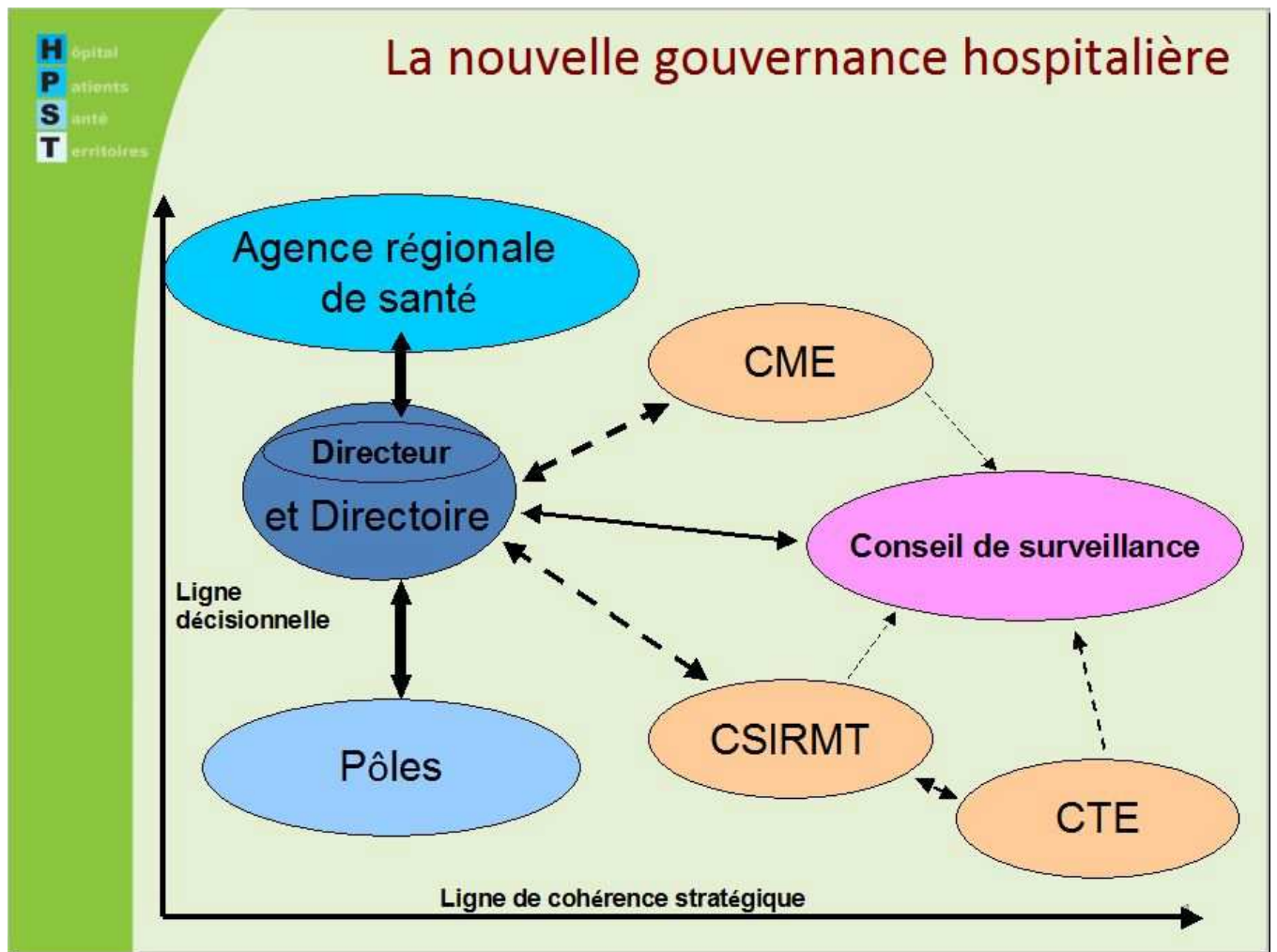
Tableau récapitulatif des statuts hospitaliers

Nature du statut	En CHU	En Centre Hospitalier
Médecins recrutés à titre permanent	PU-PH / MCU-PH	
	PH temps plein Praticien des hôpitaux à temps partiel	
Médecins recrutés à titre temporaire (« post internat »)	CCA / AHU / PHU (PH détaché sur emploi universitaire) / Assistants spécialistes	Assistants généralistes Assistants spécialistes
Médecins recrutés par contrat	Praticiens hospitaliers contractuels (PHC) Praticiens attachés	
Médecins étrangers et/ou à diplôme étranger	Praticiens attachés associés Praticiens adjoints contractuels Assistants spécialistes associés	
Médecins en formation	Internes Faisant Fonction d'Interne	

Annexe 4 : Tableau des effectifs médicaux à l'hôpital public au 31 décembre 2006

	Total	PU- PH et MCU- PH	CCA/ AHU/PHU	PH temps plein et praticien des hôpitaux à temps partiel	Assistants	Praticiens attachés	Autres (PAC, contractuel)
ETP personnels médicaux	59 359	3 048	1 904	36 946	3 991	8 855	4 620

Annexe 5 : Schéma de l'organisation sanitaire issue de la loi HPST



Annexe 6 : Présentation de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital public

1 - L'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE EST ENCADRÉ

Les praticiens hospitaliers à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale exclusivement au sein des établissements publics de santé dans lesquels ils sont nommés, ou dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique (Article L. 6154-1 à L. 6154-6 du Code de la Santé Publique).

Peuvent bénéficier des dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale, les praticiens statutaires, à temps plein, à savoir :

- les professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) (y compris les PU-PH en qualité de consultant, sous réserve d'exercer une activité clinique en secteur public)
- les praticiens hospitaliers (PH)
- les maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers (MCU-PH)
- les chefs de clinique (CCA)
- les assistants hospitalo-universitaires (AHU)
- les praticiens hospitaliers universitaires (PHU)

Sont donc exclus du dispositif :

- les personnels (MCU-PH et PH) à titre probatoire,
- les praticiens hospitaliers temps plein exerçant à taux réduit
- les praticiens hospitaliers associés, les praticiens adjoints contractuels,
- les praticiens des hôpitaux, les praticiens attachés, les praticiens contractuels

2 - LES MODALITÉS D'EXERCICE

L'activité libérale s'exerce sous réserve du respect de trois conditions (art. L 6154-2). Elle peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation.

Elle s'exerce à la triple condition :

- que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur public hospitalier,

- que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de ceux effectués personnellement au titre de l'activité publique,
- que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens.

L'activité exercée en secteur libéral doit être de même nature que l'activité exercée en public.

« Il faut en effet que les praticiens exercent personnellement et à titre principal, une activité de même nature dans le secteur hospitalier public (article L. 6154-2) ».

- **Personnellement** : tout praticien exerçant à titre libéral doit lui-même exercer à titre public. Il ne pourrait donc s'en remettre au reste du service pour ce qui concerne l'activité publique. L'activité libérale doit être exercée à titre personnel.
- **Exercice à titre principal** : les activités exercées, à savoir consultations, soins en hospitalisations et actes médico-techniques doivent être effectués à titre principal dans le secteur public hospitalier. Autrement dit, il ne peut y avoir : consultations, soins en hospitalisations et actes médico-techniques à titre libéral, s'ils ne sont pas exercés d'abord à titre public.
- **De même nature** : Les dispositions législatives et réglementaires ne permettent pas qu'un praticien effectue dans le cadre de l'activité libérale des actes qu'il ne pratique pas dans le secteur public.

Toutefois, si le praticien ne peut effectuer à titre public des actes toujours strictement identiques à ceux effectués à titre libéral, il convient que ces actes soient mesurables selon les mêmes unités de références, chaque praticien devant apporter des éléments statistiques exprimés selon les critères permettant à la commission de l'activité libérale de comparer la nature de ses activités publiques et libérales,

- **Consultations et actes effectués au titre de l'activité libérale inférieur au nombre de ceux effectués personnellement au titre de l'activité publique** : la commission d'activité libérale doit s'assurer que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale est inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués personnellement au titre de l'activité publique..

- **20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire** : cela s'entend hors gardes. Il s'agit :
 - ❖ une demi-journée par semaine lorsque le praticien opte pour un exercice à 10 % de ses obligations de service hebdomadaire,
 - ❖ et deux demi-journées lorsque le praticien opte pour la quotité de 20 %.



L'activité libérale vient en déduction de l'activité d'intérêt général. Par conséquent, l'exercice pendant une demi-journée d'une activité extérieure d'intérêt général a pour effet de limiter l'activité libérale à une demi-journée par semaine (10 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire).



Là où les demi-journées consacrées par un praticien à son activité libérale doivent être clairement indiquées sur les tableaux de service.

Le respect de l'ensemble de ces trois conditions fait l'objet d'un contrôle particulier des commissions locales et de la commission centrale de l'activité libérale.

3 - CONDITIONS FINANCIÈRES DE L'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBÉRALE

Des charges pour le praticien

L'exercice de l'activité libérale est conditionné au respect de démarches administratives et au paiement de charges par le praticien.

L'exercice d'une activité libérale suppose en regard de ses recettes, le paiement d'un certain nombre de charges par le praticien : l'impôt sur le revenu, la taxe professionnelle, une assurance responsabilité civile professionnelle et contrat défense et recours, les cotisations de sécurité sociale, URSSAF, caisse autonome de retraite, et bien sûr, la redevance.

Le praticien titulaire d'un contrat d'activité libérale doit tenir un « livre de recettes » comptabilisant jour par jour le nom des patients, le montant des honoraires versés et le mode de règlement reçu (chèque, espèce...).

La couverture sociale de praticien salarié est modifiée lorsqu'il exerce une activité libérale puisqu'il verse alors des cotisations et contributions sociales à des organismes de

protection sociale. Lorsque le médecin fait le choix du secteur à honoraires opposables (secteur 1), une partie du coût de sa protection sociale est prise en charge par la sécurité sociale.

La redevance

L'exercice de l'activité libérale suppose le paiement d'une redevance à l'établissement par le praticien titulaire du contrat (*article L 6154-3*). La redevance doit permettre de dédommager l'hôpital du prêt et de l'utilisation des locaux, des équipements et d'éventuellement de la participation du personnel.



En aucun cas, les membres du personnel, fonctionnaires hospitaliers ne doivent recevoir de rémunération en lien avec l'exercice par un praticien d'une activité libérale.

La redevance est calculée en pourcentage des tarifs fixés pour le remboursement par les caisses de sécurité sociale.

Le choix du mode de perception des honoraires

« Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou (...) par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. » (article L. 6154-3)

Dans le cas où le praticien choisirait de percevoir directement ses honoraires, il fournit au directeur un état récapitulatif de l'exercice de son activité libérale, nécessaire au calcul de la redevance qu'ils doivent acquitter (*article L. 6154-3*).

Dans le cas où le praticien déciderait de passer par les caisses de l'hôpital, l'établissement reverse mensuellement les honoraires à l'intéressé et prélève trimestriellement le montant de la redevance.

Annexe 7 : Présentation de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice

Par dérogation aux conditions de diplômes et de nationalité exigées pour l'exercice de la médecine en France, les personnes qui ne satisfont pas à l'une ou l'autre de ces conditions peuvent être autorisées à exercer la médecine par arrêté individuel du ministère de la Santé. Elles doivent pour cela être candidates à la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) afin d'obtenir l'autorisation ministérielle d'exercice et satisfaire à des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de langue française et des connaissances (art. L.4111-2 du CSP ; décret n°2004- 508 du 8 juin 2004, arrêtés du 21 juillet 2004, circ. DHOS/M/4 n°004-386 du 2 août 2004, et circ. DHOS du 1^{er} mars 2007).⁷¹

Les épreuves, écrites et anonymes, portent sur :

- la vérification des connaissances fondamentales,
- la vérification des connaissances pratiques,
- la pratique de la langue française.

Le candidat ayant obtenu une note égale ou inférieure à 6 sur 20 à l'une des épreuves ne peut être déclaré admise.

Chaque année, un arrêté ministériel fixe le nombre de places ouvertes, pour chaque discipline et par spécialité, aux candidats à l'autorisation d'exercice (A).

Deux exceptions à ce concours existent :

- des candidats peuvent être inscrits sur une liste B : le nombre de places ouvertes n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises,
- des candidates inscrites sur la liste C : il n'y a plus de nombre maximal opposable.

Des dispositions transitoires applicables jusqu'au 31 décembre 2001 ont pour objectif de prendre en compte la situation de praticiens exerçant sur le territoire national depuis plusieurs années. La possibilité de présenter un examen au lieu du concours est subordonnée à des conditions de date initiale de recrutement, de durée de fonction et d'exercice. Ils doivent avoir eu des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 et pendant une période continue de deux mois entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006. Ces fonctions doivent avoir été exercées sous les statuts d'assistant associé, d'attaché

⁷¹ T. LAURET, S. RIVET, Les médecins à l'hôpital public, statuts et carrières, Edition Berger Levrault, janvier 2009

associé, de praticien attaché associé, de chef de clinique associé ou d'assistant associé des universités, d'étudiant faisant fonction d'interne ou d'infirmier.

Un stage est nécessaire pour obtenir l'autorisation d'exercice. Les candidats choisissent un service, parmi ceux agréés par le ministère, dans lequel ils effectuent leurs trois années de fonctions hospitalières. Ils sont recrutés par contrat par le directeur de l'établissement, en qualité d'assistants associés (généralistes ou spécialistes) pour trois ans.

Il est possible de se faire dispenser de l'obligation d'exercer trois ans dans des fonctions hospitalières lorsque le candidat a déjà fait valoir une expérience acquise durant plusieurs années d'exercice en France sur des statuts divers

C'est une commission d'autorisation d'exercice qui examine les dossiers des candidats et le rapport d'évaluation du responsable de la structure dans laquelle le candidat a exercé. Elle transmet un avis au ministère de la Santé et des Sports.

Depuis la loi n°99-641 du 27 juillet 1999, il est impossible de recruter des médecins à diplôme étranger comme praticiens attachés associés.

Les médecins à diplôme hors Union Européenne ne peuvent plus être recrutés (même comme faisant fonction d'interne) sauf s'ils ont exercé des fonctions hospitalières rémunérées en France avant la date de publication de la loi du 27 juillet 1999.

La loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 prévoit des exceptions transitoires à ce principe d'interdiction.

Sont donc admis à exercer des fonctions sur un statut de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à la fin de leurs droits au plus tard le 31 décembre 2011, les praticiens qui remplissent les conditions suivantes :

- ❖ avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement public de santé ou privé participant au service public hospitalier,
- ❖ pouvoir justifier de fonctions rémunérées entre le 22 décembre 2004 et le 22 décembre 2006 pendant deux mois.

Les praticiens attachés associés bénéficient de tous les éléments du statut des praticiens attachés dont la même grille de rémunération.

Les assistants associés sont rémunérés selon une grille spécifique.

Un statut est en voie de disparition : les praticiens adjoints contractuels (PAC), créé par la loi du 4 février 1995.

Le décret N°95-569 du 6 mai 1995 régit ce statut. À la suite de la création de la procédure d'autorisation d'exercice, il n'est plus possible d'en recruter.

Les praticiens qui exercent sur ce statut ne peuvent travailler que sur un établissement d'affectation. Ils sont recrutés par contrat de trois ans, renouvelable par reconduction expresse. Ce contrat est signé entre le praticien et le directeur.

Les conditions pour être recruté praticien adjoint contractuel sont les suivantes :

- être inscrit sur la liste d'aptitude à l'issue des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001,
- être inscrit sur la liste d'aptitude à l'issue des concours de PAC organisés jusqu'en 2001,
- avoir obtenu l'autorisation ministérielle d'exercice,
- être inscrits au tableau de l'Ordre,
- être en position régulière quant aux conditions de séjour des étrangers.

Annexe 8 : Exemple de tableau de service du CHU de Dijon

Semaine du 04/01/2010 au 10/01/2010

Prévisionnel

Réalisé

Pôle :

Service :

Noms des praticiens	Grade	Lundi			Mardi			Mercredi			Jeudi			Vendredi			Samedi			Dimanche		
		Matin	Après midi	Nuit	Matin	Après midi	Nuit	Matin	Après midi	Nuit	Matin	Après midi	Nuit	Matin	Après midi	Nuit	Matin	Après midi	Nuit	Matin	Après midi	Nuit

P : présence

M : missions

P.M. : permanence sur place

A.S.T : astreinte

C : cours

F.M.C : formation médicale continue

CA : congés annuels

RTT : réduction du temps de travail

R.Q. : repose quotidien

R.S. : repose de sécurité

Ma : maladie

AA : autorisation d'absence

A.I.G : activité d'intérêt général

R.A.S.T : récupération d'astreinte

R.T.A : récupération temps additionnel

Annexe 9 : Exemple de tableau de gardes et astreintes au CHU de DIJON

GARDES DU SERVICE DE RADIOLOGIE - HÔPITAL GENERAL

Semaine du 21 juin 2010 au 27 juin 2010

NEURORADIOLOGIE et vasculaire NRX				Radio Gale, écho et VASCULAIRE Gal	
Date	Médecin	Téléphone	Téléphone Manip	Médecin	Téléphone
Lundi	Dr.....	03 80.....	Poste.....	Dr.....	06.....
Mardi					
Mercredi					
Jeudi					
Vendredi					
Samedi					
Dimanche					

Annexe 10 : Grille d'entretien

- ❖ Quelle vision portez vous sur l'introduction de la T2A et sur la nouvelle gouvernance, telle que définie par la loi HPST :
- ❖ Quels sont les impacts sur vos pratiques ?
- ❖ Quel est votre ressenti face à cela ?

- ❖ Quelle est votre ressenti général sur le contexte des réformes à l'hôpital public

- ❖ Que pensez vous des statuts actuels :
Sont-ils sclérosant ? Fermés ?
Compliqués ? quels sont leurs points forts et leurs faiblesses
Quelle est votre opinion ?

- ❖ Que pensez vous des modalités de l'intéressement et de la Part Complémentaire Variable ?
Êtes-vous favorable à ce dispositif ?
Quels en sont pour vous les points positifs et négatifs ?
Préférez-vous un intéressement collectif ou individuel ?

- ❖ Comment appréhendez-vous le nouveau contrat de praticien clinicien et l'attractivité de la fonction ?
Est-ce la panacée pour vous ?
Quelle est votre point de vue ?
Quelles autres solutions pourraient être proposées pour améliorer le recrutement ?

- ❖ Que pensez-vous de l'exemple des assistants spé ?
Quelle est votre opinion et votre ressenti à ce sujet ?

- ❖ Comment qualifiez-vous la relation entre les médecins et l'administration ?

- ❖ Comment cernez-vous la DAM ? Comme une administration ou un prestataire à leur service ?
Quel doit être le type de gestion des médecins ?
Comment doit-elle s'opérer ?

- ❖ Comment trouvez-vous la qualité de la gestion du temps de travail des médecins?
Quelle vision de la comptabilisation du temps de travail avez-vous?

Annexe 11 : Liste des personnes rencontrées et auditionnées

❖ Liste des personnes rencontrées

Dr BOUR, praticien hospitalier, service de virologie, CHU de DIJON

Dr DALAC, praticien hospitalier, chef de service dermatologie, vice-présidente de la CME, CHU de DIJON

Pr DUMAS, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service de bactériologie, chef de pôle Biologie, CHU de DIJON

Dr FALVO, praticien hospitalier, service d'angiologie, CHU de DIJON

Dr GAGNAIRE, praticien hospitalier, service d'hépatogastro-entérologie, CHU de DIJON

Pr GIRARD, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service d'anesthésie-réanimation, président de la CME, CHU de DIJON

Dr GUIGNARD, pharmacien, chef de service de pharmacie, CHU de DIJON

Dr HONNART, praticien hospitalier, service du SRAU, CHU de DIJON

Pr HUET, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service de pédiatrie, CHU de DIJON et doyen de l'UFR de Médecine

Dr LENFANT, praticien hospitalier, service de gériatrie, CHU de DIJON

Dr MAZEN, assistant spécialiste, service de gériatrie, CHU de DIJON

M. MIREK, interne anesthésie-réanimation, président de l'association des internes, CHU de DIJON

Dr PETIT, praticien attaché, service d'angiologie, CHU de DIJON

Dr TERRIAT, praticien hospitalier, chef de service angiologie, CHU de DIJON

Pr ZWETYENGA, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service de chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie de la main, CHU de DIJON

❖ Liste des personnes auditionnées

M. DAVIGO, Directeur des Affaires Médicales, CHU de CLERMONT FERRAND

M. DEBAT, Directeur des Affaires Médicales, CHU de BESANÇON

M. HUART, Directeur Administratif et Financier, Fondation Imagine, PARIS

M. MACE, responsable des ressources humaines, CH de GRAY

Mme PATENOTTE, responsable des ressources humaines/affaires médicales, CH de SEMUR en AUXOIS

M. REYNIER, Directeur des Affaires Médicales, CHU de TOULOUSE

Annexe 12 : Synthèse des entretiens réalisés

- .1. En ce qui concerne l'impact de la T2A sur leurs pratiques, tous admettent qu'elle permet de prendre conscience de la réalité médico-économique des soins pratiqués. Elle peut être pour certains un moyen d'augmenter l'efficacité et l'efficacités dans les établissements publics de soins. Pour d'autres, elle peut également accroître l'investissement des praticiens. Cependant, beaucoup déplorent son éloignement avec la philosophie du soin et de l'hôpital public, berceau du service public et de l'accès à tous aux soins. Il s'agit d'un changement culturel majeur, que certains regrettent. En outre, des disciplines bien valorisées et rémunératrices seront favorisées par rapport à des spécialités qui ne sont pas « valorisables » au sens de la T2A...Par ailleurs, tous remarquent un accroissement des tâches administratives, qu'ils souhaiteraient déléguer à des personnels non médicaux et administratifs.
- .2. La nouvelle gouvernance telle qu'instaurée par la loi HPST semble mal connue et perçue par l'ensemble des praticiens interrogés. Ils ont l'impression que cette réforme leur échappe et se fait sans leur investissement. Beaucoup admettent que le bon fonctionnement des relations entre le corps médical et la direction dépendra des personnalités et des échanges.
- .3. En ce qui concerne les statuts hospitaliers actuels, tous reconnaissent qu'ils sont intéressants. La motivation financière n'est pas le seul moyen d'attirer à l'hôpital public, ce pourquoi tous sont sceptiques quant à la PCV, qui introduirait trop de biais et d'inégalités. Le monde hospitalier n'y est pas près. Les conditions de travail offertes sont aussi importantes. Par contre, le fait d'introduire un peu de contractualisation dans les statuts (contrat de clinicien..) peut accroître la motivation. Les statuts peuvent cependant être trop linéaire et ne pas prendre en compte les différences d'activités entre praticiens au cours d'une carrière. Il y a également un manque d'adéquation entre l'offre et la demande de praticiens. Une régulation est nécessaire, au niveau national et territorial. L'exemple des assistants spécialistes à temps partagé est bien perçu puisqu'il permet de combler des vacances de postes dans les CH voisins et de répondre aux difficultés démographiques sur un territoire tout en permettant au jeune praticien de garder un lien avec le CHU. L'idée de proposer un statut intermédiaire aux jeunes internes sortant, avant de passer le concours de PH a été souvent proposée afin de permettre aux jeunes médecins de réfléchir à leurs perspectives de carrière, tout en continuant de parachever leur formation. Toutefois, les

conditions matérielles de ce statut sont compliquées dans le cas de CH éloignés du CHU.

- .4. En ce qui concerne la gestion du temps de travail, tous admettent qu'elle doit reposer sur une relation de confiance. Certains reconnaissent avoir quelques difficultés à les remplir et ne veulent pas rentrer dans la logique de déclarer leur activité qu'ils perçoivent comme un certain contrôle de la part de l'administration. D'autres déplorent la complexité des tableaux à remplir, qui parfois, ne correspondent pas toujours aux activités réalisés (dans la mesure où les plannings d'une équipe d'un service peuvent très vite changer).
- .5. Dans l'ensemble, le rôle de la Direction des Affaires Médicales est perçu comme celui d'un accompagnement, d'une écoute et d'un échange afin de renseigner et aider les praticiens dans leurs démarches. Tous reconnaissent qu'il est indispensable qu'une direction spécifiquement dédiée au corps médical existe, du fait de ses particularités. Pour le recrutement de praticiens, certains affirment que cela doit se faire en discussion avec le corps médical.

Annexe 13 – Réforme du statut de praticien hospitalier

Le décret n°2010-1141 du 29 septembre 2010 relatif aux personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers, publié au Journal Officiel, le jeudi 30 septembre 2010 a pour objectif d'introduire les nouvelles règles de gouvernance hospitalière, de nomination et de mise en recherche d'affectation.

Le texte vise à transposer dans le statut de praticien hospitalier la modification du régime de la gouvernance et de l'organisation interne des établissements publics de santé, notamment le rôle du chef de pôle dans la gestion des ressources humaines du pôle et la place du président de la commission médicale d'établissement (CME).

La nomination d'un praticien dans un hôpital demeure de la compétence du directeur général du Centre national de gestion (CNG). En vue de cette nomination, le chef de pôle (ou à défaut le responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne) peut proposer plusieurs candidatures au directeur de l'établissement, qui lui-même propose une candidature au directeur général du CNG après avis du président de la CME.

Le profil de poste peut prévoir que les praticiens hospitaliers nommés dans un établissement exercent leurs fonctions dans plusieurs établissements. Leur activité peut être répartie entre un établissement public de santé et un établissement de santé privé chargé d'une ou plusieurs missions de service public dès lors que "leur activité participe de ces missions".

La répartition de l'activité des praticiens et la fraction des émoluments et charges supportées par chacun sont définies dans une convention passée à cet effet entre établissements après avis motivé du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne, et du président de la CME.

Dans toutes les procédures statutaires, il est prévu, sur le modèle de la procédure de nomination, d'impliquer le directeur d'établissement, le chef de pôle et le président de la CME. Toutefois, pour les deux procédures d'insuffisance professionnelle et disciplinaire, la consultation de la CME est maintenue.

Le texte adapte le statut par rapport à la réforme de l'organisation sanitaire territoriale, notamment la création des agences régionales de santé (ARS) et le redéploiement des services déconcentrés du ministère de la santé. Il implique ainsi le directeur général de l'ARS dans la gestion des praticiens hospitaliers.

Seule la gestion de l'aptitude médicale est maintenue de la compétence du préfet de département, les comités médicaux étant organisés et gérés à l'échelon du département.

Jusqu'à présent un praticien ne pouvait pas signer plus d'un engagement de servir au cours de sa carrière. Le texte précise désormais qu'il ne peut signer plus d'un engagement de servir "dans le même établissement".

Pour fluidifier le recrutement, il est prévu la possibilité de réintégration des praticiens entre deux tours de recrutement sur les postes demeurés vacants et la réduction du délai au terme duquel un poste de praticien hospitalier en disponibilité ou en détachement peut être déclaré vacant.

Il précise également les conditions qui s'appliquent pour les praticiens démissionnaires. "Lorsque le praticien démissionnaire prévoit d'exercer une activité salariée ou à titre libéral, lui sont applicables les dispositions de l'article 87 de la loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques et la réglementation prise pour son application", indique le décret. La loi prévoit que dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

Par ailleurs, le décret regroupe les instances statutaires compétentes pour apprécier la situation individuelle des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel (commission statutaire nationale et conseil de discipline). Cette mesure a pour objectif de permettre une appréciation homogène des situations pour les praticiens relevant de ces deux corps et de simplifier la gestion de ces commissions⁷².

⁷² Dépêche APM du 30 septembre 2010