



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

**Comment fidéliser le personnel
médical ? L'exemple du Centre
Hospitalier Sainte-Anne**

Guillaume BELLICCHI

Remerciements

Je remercie mon encadrante de mémoire, Madame Céline Bez, qui m'a permis de cerner et orienter mon sujet, et de faire progresser mon travail ma réflexion.

Je remercie Madame Céline Wasmer d'avoir, au-delà de son rôle de maitre stage, suivi avec attention l'évolution de mon travail et de m'avoir fourni régulièrement des conseils avisés.

Je remercie le Dr Boiteux, le Dr Gadeyne, le Pr Gaillard, Mr Martin, le Dr Mercuel, le Pr Meder, Mme Mocellin, Mme Patenotte, le Dr Sauvageon, Mr Yven et le Dr Velasco, d'avoir accepté de répondre à mes questions.

Je remercie Mr Jean-Luc Chassaniol pour son accueil au CHSA.

Merci à Cécile pour son soutien et ses conseils permanents.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Dans un contexte de réflexion nationale, l'attractivité du CHSA pour les médecins semble forte, mais ne lui évite pas d'être concerné par des problématiques démographiques et concurrentielles conduisant à s'interroger sur la fidélisation	5
1.1 Le CHSA bénéficie d'une attractivité forte	5
1.2 L'attractivité du CHSA, dans un environnement local concurrentiel, est impactée par des problématiques démographiques nationales	12
2 Afin de fidéliser les praticiens dans un pôle aux spécialités médicales en tension, le CHSA s'appuie sur des collaborations et un opportunisme organisationnel qui n'empêchent pas de se poser la question de la rétribution	17
2.1 Pour fidéliser le personnel médical dans un pôle aux spécialités en tension, le CHSA s'appuie sur des projets de collaboration développant les activités d'enseignement et de recherche	17
2.2 Le CHSA fait preuve également d'un opportunisme organisationnel à l'échelle polaire qui amène à se poser la question de la rétribution	21
3 Au-delà des spécialités en tension, le CHSA peut fidéliser l'ensemble de son personnel médical en se saisissant d'opportunités territoriales et sociales	25
3.1 Le CHSA peut se saisir d'opportunités territoriales	25
3.2 Le CHSA peut se saisir d'opportunités sociales	28
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	39
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADRHESS : Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Établissements Sanitaires et Sociaux

AGOSPAP : Association pour la Gestion des Œuvres Sociales des Personnels des Administrations Parisiennes

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCA : Chef de Clinique-Assistant

CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers

CH : Centre Hospitalier

CHSA : Centre Hospitalier Sainte-Anne

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNG : Centre National de Gestion

CPN : Centre de Psychiatrie et Neurosciences

DPC : Développement Professionnel Continu

DRCI : Délégation Recherche Clinique et Innovation

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EMAMH : École du Management des Médecins des Hôpitaux

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

EPSMB : Établissement Public de Santé Maison Blanche

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ESCP : École Supérieure de Commerce de Paris

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHNE : Groupe Hospitalier Nord-Essonne

GIRCI : Groupement Interrégional de Recherche et d'Innovation

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPSPV : Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse

HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou

HUGO : Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest

HUPO : Hôpitaux Universitaires-Paris Ouest

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IML : Institut Médico-Légal de Paris

IMM : Institut Mutualiste Montsouris

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

NRI : Neuroradiologie Interventionnelle

PH : Praticien Hospitalier

PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RSA : Revenu de Solidarité Active

SIGAPS : Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques

SRPR : Service de Rééducation Post-Réanimation

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Fin août 2016, le président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissements (CME) de Centre Hospitalier (CH), le Dr Thierry Godeau, a affirmé que le sujet essentiel et prioritaire de la rentrée serait celui de l'attractivité de l'exercice hospitalier pour le personnel médical.¹ Une telle déclaration traduit l'importance et l'actualité de cette thématique pour l'hôpital en France.

La question de l'attractivité pour le personnel médical à l'hôpital fait débat depuis le début des années 2010. Elle a conduit à la production de nombreux travaux, et à une réflexion abondante sur le sujet.² En 2015, le rapport Le Menn a formulé des préconisations afin d'attirer les médecins à l'hôpital public.³ Celui-ci a débouché fin 2015 sur la réalisation d'un plan d'action ministériel pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, reposant sur trois axes et décliné en douze engagements.⁴ Cette question n'est pas qu'un simple corolaire de celle des déserts médicaux. La question de l'attraction des médecins à l'hôpital public repose sur des critères géographiques (localisation en milieu rural ou urbain ; situation centrale ou périphérique), institutionnels (Centre Hospitalier ou Centre Hospitalier Universitaire (CHU)) ou médicaux (nombre de spécialités présentes dans l'établissement, niveau de contraintes lié à leur exercice, structuration et dynamisme de la recherche). Elle ne concerne pas que des hôpitaux isolés ou excentrés, à la taille et aux activités réduites, mais elle préoccupe également aujourd'hui les plus grands hôpitaux publics, et ce, jusqu'à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).⁵

Ainsi, le centre hospitalier Sainte-Anne (CHSA), Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) avec une double activité de psychiatrie et de court séjour, qui assure également une activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) au sein de son pôle neurosciences, référence internationale dans le domaine des maladies du cerveau, de dimension hospitalo-universitaire, qui assure une prise en charge spécialisée de l'ensemble des

¹ L'attractivité de l'exercice médical, essentiel parmi les chantiers de rentrée de la conférence des présidents de CH, 23 août 2016, APM

² Toupilier D., Delmotte D., Jacob A., Pruvo J-P et Veran O., 2011, Exercice médical à l'hôpital – Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus, Centre national de gestion ; Fédération Hospitalière de France, 2014, l'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public, Rapport de la commission permanente de l'attractivité médicale-Fédération hospitalière de France

³ Le Menn J., Chalvin P., 2015, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

⁴ Attractivité médicale, plan d'action pour l'hôpital public, 2015, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

⁵ Demanet Q., 2015, La déclinaison du Projet Social Médical au sein du groupe hospitalier de l'Est Parisien (AP-HP) ou comment renforcer concrètement son attractivité sur le personnel médical ? École des Hautes Études en Santé Publique

pathologies du système nerveux central et du cerveau, en activité programmée et en urgence, qui répond aux besoins de santé mentale de cinq arrondissements parisiens (5^{ème}, 6^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}, 16^{ème}), qui a une capacité d'accueil de 787 lits dont 672 en psychiatrie et où près de 3000 personnes travaillent, semble, par sa localisation, sa taille, sa spécialisation et son aspect universitaire, avoir un degré d'attractivité élevé pour les praticiens hospitaliers. Mais cette question ne peut être abordée de manière unique, car elle recouvre une grande diversité de problématiques et fait l'objet d'approches différenciées. En effet, si le CHSA semble pouvoir attirer aisément les populations de jeunes praticiens par les critères précédemment évoqués, l'enjeu pour lui se situe plutôt autour de deux autres questions posées par le plan d'action ministériel pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : comment renforcer son attractivité face à la concurrence, et surtout, comment conserver les seniors, praticiens hospitaliers titulaires, sur lesquels repose le niveau d'excellence de Sainte-Anne ? L'attractivité de l'hôpital auprès des praticiens n'est pas seulement un phénomène d'attraction, la capacité d'attirer des médecins dans un établissement de santé. C'est aussi celle de les fidéliser, de créer chez eux un attachement permettant de les conserver dans l'institution afin de participer au maintien de son niveau d'excellence médicale.

Ainsi, on peut se demander comment assurer et développer la fidélisation du personnel médical au CHSA ?

Cette question semble d'autant plus pertinente que le CHSA connaît aujourd'hui une période de transformation organisationnelle et territoriale qui peut être source d'incertitudes pour ses praticiens. En effet, depuis 2011, le CHSA a intégré par convention la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) parisienne pour la psychiatrie. Elle regroupe le CHSA, l'EPSM Maison Blanche (EPSMB), et le Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse (GPSPV), aujourd'hui organisés en Direction commune. Les hôpitaux de Saint-Maurice et l'association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement ont également intégré cette CHT mais ne font pas partie de sa direction commune. La CHT parisienne pour la psychiatrie est devenue le 1^{er} juillet 2016 le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Paris Psychiatrie et Neurosciences. Cela donne lieu au lancement de projets innovants au service des usagers parisiens dans le cadre d'un projet médical commun (unité d'hospitalisation 10-15 ans, projet en soins somatiques unifié, étude épidémiologique sur la santé mentale à Paris). Des coordinations territoriales et l'expérimentation de parcours en santé mentale sont en cours de déploiement afin d'organiser un niveau intermédiaire de prise en charge, en cohérence avec le territoire parisien, et en renfort du niveau sectoriel.

C'est dans cette perspective que s'est déroulé mon travail de recherche qui s'appuie sur plusieurs éléments.

Il repose tout d'abord sur douze entretiens semi-directifs portant sur la question de la fidélisation du personnel médical au CHSA. Il s'agit d'une démarche qualitative, les interlocuteurs contactés et rencontrés ayant été choisis pour leur rôle institutionnel. On peut distinguer deux groupes, celui des administratifs et celui des praticiens.

Chez les administratifs, j'ai rencontré les directeurs des affaires médicales (DAM) du CHSA et de l'EPSMB, la directrice de la Communication du GHT, la directrice référente du pôle Neurosciences et la directrice des ressources humaines (DRH) du CHSA.

Chez les médecins, j'ai rencontré des praticiens ayant un rôle institutionnel : le président de CME, la vice-présidente de CME commune, le chef du pôle Neuro Sainte-Anne et celui du pôle service hospitalo-universitaire (SHU)-secteur 14. Je me suis entretenu avec des médecins choisis en raison de leur spécialité ou de leur statut : le chef de service d'anesthésie-réanimation, des psychiatres PH travaillant dans des services non universitaires, et un interne en anesthésie.

Les entretiens ont abordé des grandes thématiques à partir des questions posées, peu nombreuses, et ouvertes. Il s'agissait de permettre une relative spontanéité dans les réponses. Elles ont été soumises au préalable par mail aux personnes rencontrées. Les trois questions posées étaient les suivantes : la fidélisation du personnel médical au CHSA est-elle un enjeu ? Quels sont les leviers existant permettant de la mettre en œuvre ? Quels sont les leviers envisageables afin de la renforcer ? Certains points abordés par les intervenants ont été approfondis par des questions de relance. La durée annoncée des entretiens était de trente minutes maximum, mais pour la plupart, cette durée a été dépassée du fait l'intérêt porté par les personnes rencontrées. J'ai réalisé une analyse verticale (par intervenants) et horizontale (par thématiques) des réponses données.

Dans le cadre de mon stage de direction, j'ai également mené pour la DAM du CHSA une étude comparative sur les volets médicaux des projets sociaux de CHU. Il s'agissait d'en analyser le contenu, les thématiques mais aussi la démarche préalable relative à leur rédaction afin d'établir un plan d'action permettant d'engager le CHSA voir le GHT dans une démarche similaire de rédaction d'un volet médical pour son futur projet social.

J'ai exploité les données sociodémographiques du personnel médical du CHSA mises à ma disposition à partir des bilans sociaux des années 2013, 2014 et 2015 afin d'analyser son comportement démographique et de le comparer à ceux observés au niveau national.

J'ai assisté au CHSA à de nombreuses réunions me semblant avoir un lien direct avec la thématique de mon sujet de recherche : les bureaux et exécutifs du pôle Neuro Sainte-Anne, les réunions de préparation de la fédération de neuro-anesthésie entre le CHSA et l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), et celles avec l'Institut médico-légal (IML) de Paris, ainsi qu'à la présentation par la déléguée culturelle des propositions relatives au futur projet culturel du GHT.

Enfin, en dehors du CHSA, j'ai assisté au débat organisé le 24 mai 2016 par le CGOS au cours de la Paris Healthcare Week intitulé « Quelle action sociale pour les médecins hospitaliers ? » et à la présentation de l'école de management des médecins des hôpitaux (EMAMH) devant le bureau du groupement interrégional de recherche et d'innovation clinique Grand Ouest (GIRCI HUGO) dans le cadre du lancement de leur partenariat le 23 juin 2016.

Ce travail de recherche m'a permis de mener une réflexion que j'ai organisée en trois temps. Je constate tout d'abord que, dans un contexte de réflexion nationale, l'attractivité du CHSA pour les médecins semble forte, mais ne lui évite pas d'être concerné par des problématiques démographiques et concurrentielles posant la question de la fidélisation. Il m'apparaît ensuite que, afin de fidéliser les praticiens dans un pôle aux spécialités médicales en tension, le CHSA s'appuie sur des collaborations et un opportunisme organisationnel qui n'empêchent pas de se poser la question de la rétribution. Il me semble enfin que, au-delà des spécialités en tension, le CHSA peut fidéliser l'ensemble de son personnel médical en se saisissant d'opportunités territoriales et sociales.

1 Dans un contexte de réflexion nationale, l'attractivité du CHSA pour les médecins semble forte, mais ne lui évite pas d'être concerné par des problématiques démographiques et concurrentielles conduisant à s'interroger sur la fidélisation

1.1 Le CHSA bénéficie d'une attractivité forte

Le Dr. Boiteux, vice-présidente de la CME commune du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences, Praticien Hospitalier (PH) psychiatre au CHSA, rappelle que l'attractivité de Sainte-Anne repose sur « sa localisation parisienne et son histoire, ainsi que sa réputation de savoir-faire »⁶. Ce sont en effet des atouts pour l'hôpital, qui permettent de lui assurer une attractivité forte auprès du personnel médical, auxquels viennent s'ajouter le dynamisme et la structuration de ses activités de recherche.

1.1.1 Le CHSA bénéficie d'une situation socio-spatiale privilégiée.

Le CHSA se trouve dans le Sud-Ouest parisien. Les secteurs de psychiatrie couverts par l'hôpital sont les 5^{ème}, 6^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements. Depuis le 1^{er} juin 2016, s'y ajoute le 7^{ème} arrondissement jusque-là rattaché au Groupement Public de Santé Perray Vacluse (GPSPV). C'est une situation socio-spatiale privilégiée qui lui confère plusieurs éléments d'attractivité pour les praticiens hospitaliers.

Le premier d'entre eux est l'accessibilité. En effet, l'activité des psychiatres, qu'elle se fasse dans les services d'hospitalisations sur le site de Sainte-Anne ou en extrahospitalier dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP), se déroule exclusivement dans Paris intra-muros, un territoire métropolitain, à la taille assez réduite et maillé par un réseau de transports dense. Ceci est un atout par rapport à des territoires plus isolés.

Ensuite, ce territoire couvert par le CHSA bénéficie d'un niveau socio-économique de ses habitants globalement élevé. Cet aspect socio-spatial privilégié est d'autant plus marqué si on le compare avec celui des secteurs du Nord-Est parisien couverts par l'établissement public de santé Maison Blanche (EPSMB) qui fait partie du GHT Paris

⁶ Entretien avec le Dr Boiteux, réalisé le 8 juillet 2016

Psychiatrie et Neurosciences.⁷ On y trouve 48,4 % de cadres et de professions intellectuelles supérieures parmi les actifs contre une moyenne parisienne de 42,5% et francilienne de 26,5%. (Cf. Figure 1)

De même, seul 3,1 % des foyers présents sur le territoire couvert par le CHSA est allocataire du revenu de solidarité active (RSA) (moyenne parisienne : 5,2%) alors que 46% des foyers parisiens allocataires du RSA socle se trouve sur le territoire couvert par l'EPSMB. (Cf. Figure 2)

Pour les psychiatres, c'est un élément d'attractivité car le caractère socialement privilégié de la population résidant sur le territoire couvert par le CHSA laisse à penser que sa prise en charge en est facilitée, en comparaison aux difficultés rencontrées pour des populations plus précaires.

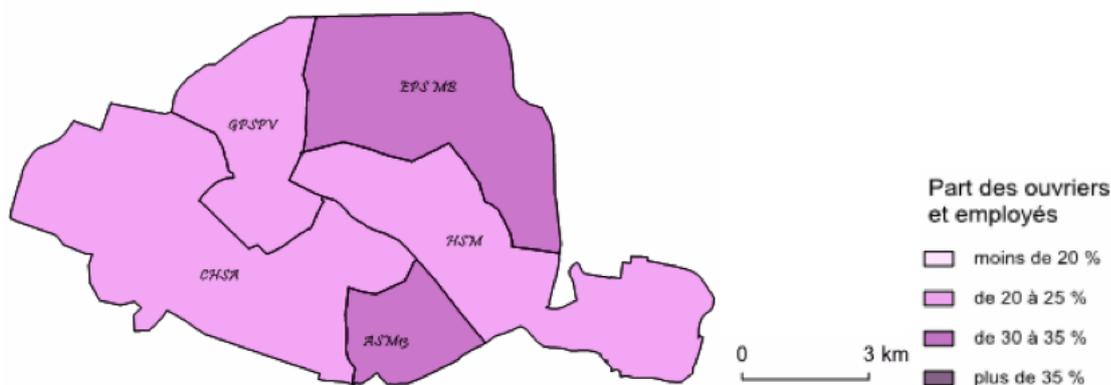


Figure 1 : Carte des employés et ouvriers au sein de la population active âgée de 15 à 64 ans par établissements du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences

Source : Insee, 2011

⁷ Rapport commun des DIM, 2014, CHT pour la psychiatrie parisienne, Psychiatrie & Santé mentale

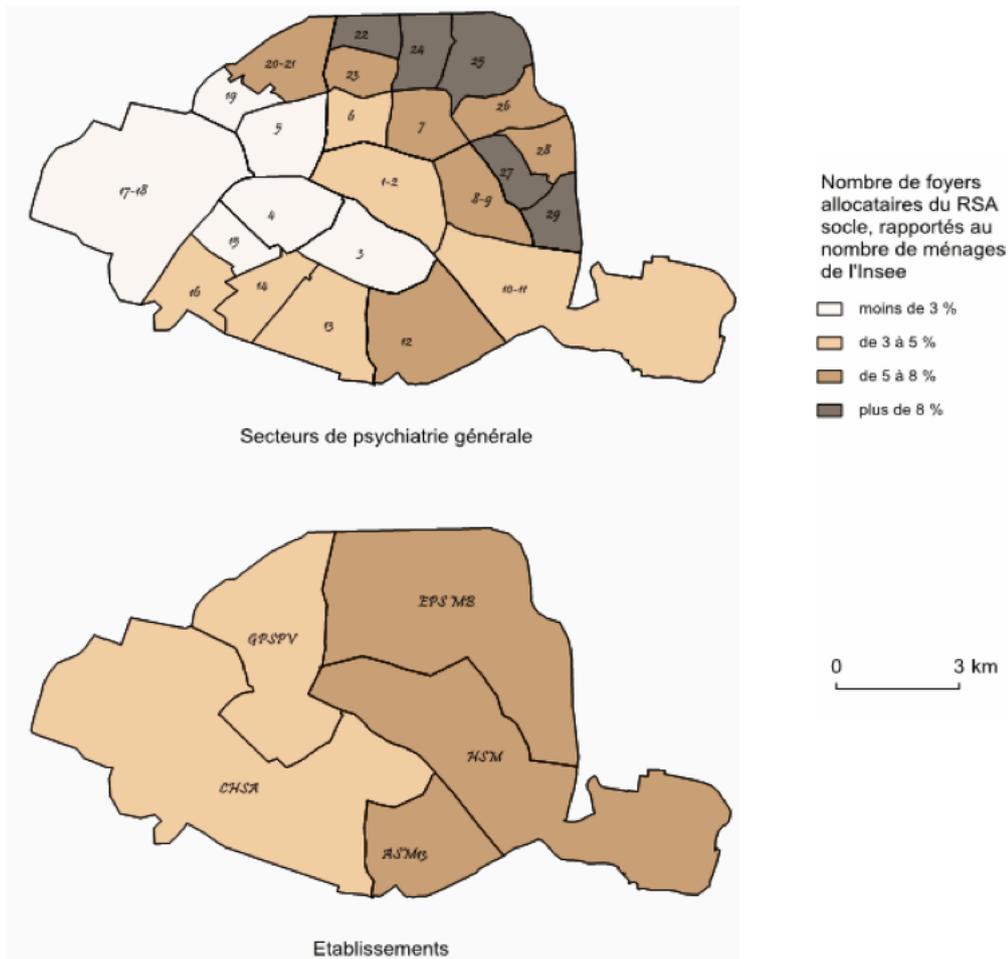


Figure 2 : Carte du nombre de foyers allocataires du RSA socle sur le territoire couvert, par secteurs de psychiatrie générale et par établissements du GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences

Sources : Insee 2011, Caf 2013

1.1.2 Le CHSA bénéficie d'un héritage historique prestigieux pour la psychiatrie et les neurosciences

L'hôpital Sainte-Anne est depuis sa création une institution d'excellence, orientée vers les maladies du cerveau, à l'origine de découvertes et d'avancées majeures. Il est marqué par cette singularité originelle qu'il cultive encore aujourd'hui, celle de l'intégration des disciplines de psychiatrie et neurosciences, constituant un plateau régional et national unique au cœur de Paris. L'établissement, dont le patrimoine architectural composé de pavillons et de galeries couvertes est classé aux monuments historiques, fêtera ses 150 ans d'existence en 2017.

Dans l'histoire de la médecine, le CHSA est une référence dans le domaine de la psychiatrie et des neurosciences, par des découvertes et des innovations majeures.⁸ La psychopharmacologie moderne s'y développe avec la mise en évidence en 1952 par les psychiatres Jean Delay et Pierre Deniker des propriétés antipsychotiques de la chlorpromazine (commercialisée sous le nom de Largactil), initialement utilisée en 1951 par le chirurgien Henri Laborit pour potentialiser les anesthésiques. Cela permet d'utiliser les premiers neuroleptiques afin de traiter médicalement les psychoses et de proposer la première classification des psychotropes. Dans le domaine des neurosciences, Jean Talairach et son équipe posent les bases de la chirurgie du cerveau en conditions stéréotaxiques, permettant d'atteindre des zones du cerveau de manière précise. Dans les années 80, le CHSA est également le lieu de la caractérisation d'un troisième récepteur de la Dopamine, important neuromédiateur cérébral impliqué dans les fonctions motrices, émotionnelles et cognitives.

Ce poids de l'histoire et cette aura du CHSA sont soulignés par les interlocuteurs rencontrés, notamment les PH psychiatres, au cours des entretiens, qualifiant l'établissement de « Mecque »⁹ de la psychiatrie française. Cette renommée est aussi relevée pour les neurosciences.¹⁰ Cela crée chez les praticiens un sentiment d'appartenance marqué à l'institution, les engageant à participer à son rayonnement. Ils sont attachés à l'idée que cette institution a « une mémoire », dont les services ont des traditions de prise en charge qui leur sont propres et qu'il leur appartient de cultiver. Ils présentent comme essentielle la transmission des valeurs auprès des plus jeunes praticiens, et se ressentent comme les garants de leur inscription à venir dans l'hôpital.¹¹ Cette transmission s'effectue de manière verticale de senior à junior mais aussi de manière horizontale par la possibilité d'échanges entre praticiens aux compétences diverses réunis dans un même service, et avec les autres professionnels soignants.¹² Cependant, cette attractivité, liée à l'histoire et au prestige de l'institution est nuancée par Mme Wasmer, directrice du pôle Neuro Sainte-Anne, rappelant que « on ne peut pas seulement se raccrocher à l'histoire comme facteur d'attraction des médecins ».¹³

⁸ L'hôpital Sainte Anne, 2016, à paraître, Somogy Editions d'Art

⁹ Entretien réalisé avec le Dr Gadéyne, le 30 juin 2016

¹⁰ Entretien réalisé avec le Pr Meder, le 1^{er} juillet 2016

¹¹ Entretien réalisé avec le Dr Velasco, le 5 juillet 2016

¹² Entretien réalisé avec le Dr Gadéyne, le 30 juin 2016

¹³ Entretien réalisé avec Mme Wasmer, le 5 juillet 2016

1.1.3 Le CHSA bénéficie de la vitalité de son activité d'enseignement et de recherche

L'enseignement et la recherche à Sainte-Anne sont des éléments de fidélisation du personnel médical, relevés par la majorité des interlocuteurs rencontrés au cours des entretiens.

Le CHSA est un établissement de référence en termes d'enseignement des neurosciences. Y sont formés des étudiants en médecine, en pharmacie et des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), en partenariat avec l'Université Paris-Descartes (Paris V) et l'Université Paris XI pour la faculté de pharmacie. Il a six services hospitalo-universitaires et son effectif médico-hospitalier se constitue de treize professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), deux maitres de conférence des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), et douze chefs de clinique assistants (CCA).

L'activité de recherche au CHSA s'appuie sur deux atouts majeurs. Sa file active en psychiatrie de 33 594 patients, et de 74 420 patients à l'échelle du GHT, est la plus importante d'Europe, ce qui en fait un terrain de recherche sans équivalent dans cette spécialité. De plus, au CHSA, se pratiquent tous les types de recherche, une recherche translationnelle allant de la recherche fondamentale à la recherche clinique, de la paillasse au patient. (cf. Figure 3)

Cet aspect translationnel est d'ailleurs renforcé par l'inauguration en 2016 des nouveaux locaux du Centre Psychiatrie et Neurosciences (CPN) de 5 000m² sur le site du CHSA, en partenariat avec l'AP-HP, l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'Université Paris Descartes, s'accompagnant de l'arrivée d'un nouveau directeur et de la mise en place d'un nouveau système de labellisation des équipes. Le CPN est destiné à accueillir des équipes de recherche fondamentale et pré-clinique, et à héberger des projets de recherche et développement mêlant jeunes équipes prometteuses, professeurs « invités » et industriels, amenés à interagir fortement avec le Centre de Recherche Clinique du CHSA.

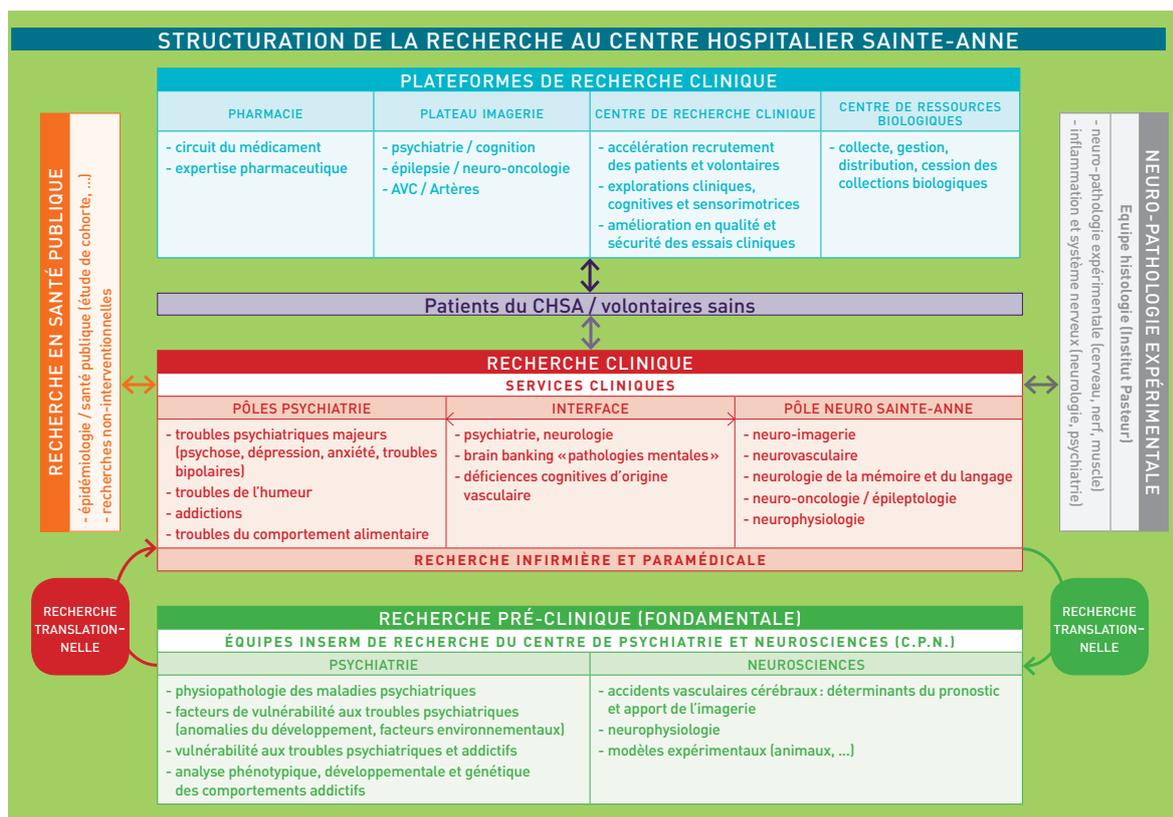


Figure 3 : Schéma structurel de la Recherche au Centre Hospitalier Sainte-Anne

Source : Rapport d'activité Recherche CHSA, 2014

La recherche au CHSA est d'autant plus attractive qu'elle concerne l'ensemble du personnel soignant. Elle est menée à la fois par des praticiens universitaires mais également par des praticiens hospitaliers pouvant être coordonnateurs de recherche. Cela est relevé par le Pr. Meder pour qui l'attractivité du pôle Neuro Sainte-Anne s'explique par son rattachement à l'Université Paris-Descartes : « Les jeunes praticiens viennent pour l'université et pour devenir universitaires. Les non universitaires viennent car ils ont un intérêt à pratiquer une activité « up to date » s'appuyant sur des essais thérapeutiques, une activité diversifiée et des outils modernes. »¹⁴

La recherche est très structurée alors même que l'établissement n'est pas un CHU. Son pilotage est assuré par une délégation à la Recherche et à l'Innovation (DRCI) labélisée, aidant à la préparation des projets de recherche, à la promotion des essais, à la gestion financière des projets et au développement des partenariats. Cela permet au CHSA d'obtenir des résultats probants en étant classé 1^{er} CH de France en termes de nombre de publications (509) et en points du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) (5891).

¹⁴ Entretien réalisé avec le Pr Meder, le 1^{er} juillet 2016

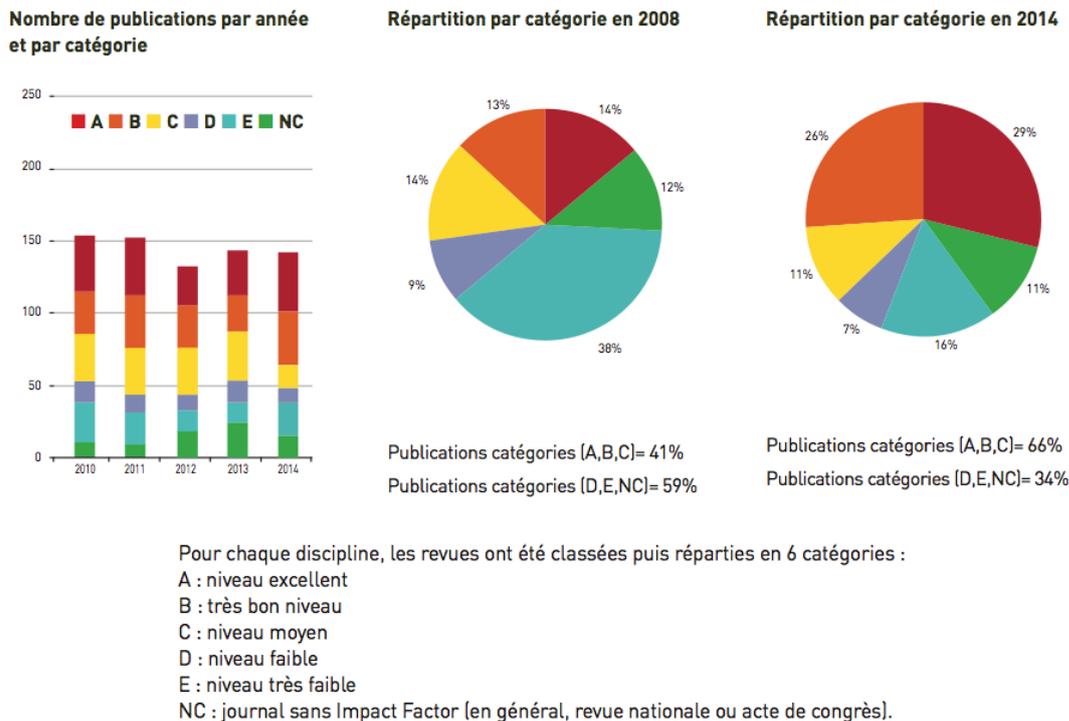


Figure 4 : Indicateurs bibliométriques du CHSA, 2008-2014

Source : Rapport d'activité Recherche CHSA, 2014

La qualité de ses publications s'est améliorée, malgré une baisse globale de la production. Celle-ci se fait au dépend des productions de niveau moyen à très faible, les productions excellentes ou de très bon niveau augmentant de 2008 à 2013. (cf. Figure 4)

Le CHSA développe des partenariats de recherche qui favorisent les collaborations, comme avec l'Institut Pasteur dont il est le premier « affiliated hospital » (hôpital affilié), lié par une convention destinée à renforcer les interactions entre les deux institutions dans les domaines de la recherche, de la formation, de l'enseignement et de l'animation scientifique. Ces collaborations sont favorisées par la « bi-appartenance » de praticiens au CHSA et à d'autres établissements de santé comme l'Hôpital Necker-Enfants malades ou l'HEGP.

Elle s'appuie sur des outils performants. La Bibliothèque médicale Henri Hey du CHSA permet aux étudiants et aux praticiens d'accéder à un fonds spécialisé en psychiatrie, psychologie, psychanalyse et neurosciences, constitué de 30 000 livres, thèses et mémoires et 450 revues. La direction de la Communication participe au rayonnement professionnel des praticiens engagés dans la recherche. Elle assure une plus grande visibilité et une meilleure valorisation de leurs travaux dans et en dehors de l'établissement.

1.2 L'attractivité du CHSA, dans un environnement local concurrentiel, est impactée par des problématiques démographiques nationales

Au niveau national, l'attractivité de l'hôpital public est impactée par le vieillissement du personnel médical et de nouvelles attentes vis à vis du travail portées par les jeunes générations de praticiens. Bien que l'attractivité du CHSA soit forte, il est également confronté à ces phénomènes, renforcés par un contexte de concurrence territoriale qui pose la question de la fidélisation de son personnel médical.

1.2.1 L'attractivité de l'hôpital public est impactée au niveau national par des phénomènes de tension démographique et de mutations sociétales

Le personnel médical français est aujourd'hui concerné par des phénomènes de tension démographique et de mutations sociétales qui ont un impact préoccupant sur l'attractivité des hôpitaux publics auprès des praticiens hospitaliers.

Tout d'abord, l'hôpital public va connaître entre 2015 et 2020 une situation démographique tendue. Certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation connaissent un déclin démographique, du fait du vieillissement de leur population et de la stagnation de leurs effectifs, qui devrait persister jusqu'à l'horizon 2020.¹⁵

Pourtant la population médicale a augmenté entre 2004 et 2014 (+ 40% d'inscrits à l'ordre des médecins) mais elle n'aspire pas forcément à travailler à l'hôpital public. Cette désaffection de l'hôpital public est particulièrement marquée pour l'imagerie médicale, et s'explique en partie par des écarts de rémunération élevés entre l'exercice à l'hôpital et en libéral : 96 046 euros de rémunération moyenne annuelle à l'hôpital public contre 189 770 euros de revenus annuels moyens pour les médecins radiologues en 2011, selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).¹⁶

Cette tension démographique s'accompagne de mutations sociétales, l'« aspiration de nos concitoyens à un cadre de vie et à un environnement de qualité mais aussi à pouvoir bénéficier (pour eux-mêmes et/ou pour leur famille) d'une existence hors travail la plus

¹⁵ Pontone S., Brouard N., 2010, La démographie des anesthésistes réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ? Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, vol. 29, no12, pp. 862-867

¹⁶ Cour des Comptes, 2016, L'imagerie médicale, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

épanouissante possible »¹⁷. Il s'agit du changement de perception du monde du travail qui caractériserait la génération de jeunes médecins que l'on rassemble sous l'appellation médiatique de « génération Y »¹⁸. Pour le psychiatre Régis Chomier, spécialisé en thérapies cognitives et comportementales, « c'est une génération qui a acquis l'idée que de toute façon, rien n'est acquis dans la vie... Une génération qui sait vivre en fonction de ce qu'il y a, et non de ce qui manque. Ce qui lui est propre aussi, c'est une envie de partir. Partir à l'étranger pour exercer ou faire de la recherche, ou prendre des disponibilités pour voyager... Certains critiquent ce versant du comportement en le taxant de syndrome de Peter Pan, mais à la réflexion, je vois plutôt là une adaptation très intelligente des jeunes générations à leur environnement. »¹⁹

Du fait de ses caractéristiques ainsi définies, la confrontation des dirigeants hospitaliers avec cette « génération Y médicale » constituerait un choc culturel : « Les premiers aspirent à recruter des médecins fidèles, performants, qui doivent se plier aux règles et consignes... Les seconds sont impatients, veulent arriver vite, ne pas être débordés par le travail, avoir plus de temps pour leur vie privée. Ils ont besoin de compensation rapide en termes d'évolution de carrière, de prise de responsabilité et de rémunération. »²⁰

Ces mutations ne sont pas seulement générationnelles. La féminisation des professions médicales transforme les comportements. Les médecins femmes sont plus soucieux de la bonne articulation de leur vie professionnelle et de leur vie privée, ce qui implique un recours au temps partiel accru, et des prises de temps de garde et d'astreinte plus limités.²¹

Ce constat est partagé par la directrice des affaires Médicales du CHSA, Mme Bez, pour qui, « les attentes des nouvelles générations de médecins évoluent : ils souhaitent avoir un temps d'exercice professionnel limité leur apportant plus de temps libre et veillent à ce que la réglementation sur le temps de repos soit respectée. Ils font donc le choix d'exercer leur activité dans des services leur assurant une certaine tranquillité et où les contraintes sont les moins fortes possibles. »²²

¹⁷ Le Menn J., Chalvin P., 2015, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

¹⁸ What's up doc, 2016, La génération Y médicale, une construction professionnelle en réaction

¹⁹ Handicapés de la décision ou adeptes du carpe diem ? in What's up doc, 2016, La génération Y médicale, une construction professionnelle en réaction

²⁰ Le choc des générations in What's up doc, 2016, La génération Y médicale, une construction professionnelle en réaction

²¹ Le Menn J., Chalvin P., 2015, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

²² Entretien réalisé avec Mme Bez, le 17 juin 2016

1.2.2 Ces phénomènes démographiques et sociétaux concernent également le CHSA

Le personnel médical du CHSA est confronté de façon modérée, mais observable, par ces phénomènes démographiques et sociétaux nationaux.

On constate un vieillissement de la population médicale de l'établissement. Ceux qui partent à la retraite sont remplacés par une population plus féminisée. Cette population féminine est plus jeune (en 2014, il y a 41% de praticiens hommes, à la moyenne d'âge de 49 ans pour 59% de femmes, à la moyenne d'âge de 46 ans) et a des attentes nouvelles par rapport au travail.

L'effectif physique moyen du personnel médical du CHSA baisse de 1% entre 2013 et 2014. L'évolution est négative pour les praticiens hospitaliers temps plein (-5,08%) et temps partiel (-9,46%) tandis qu'elle est positive pour les contractuels, et en particuliers les praticiens hospitaliers contractuels.

Les départs de praticiens hospitaliers hommes, principalement à la retraite mais aussi pour détachement ou mutation, sont compensés pour partie par des contractuels, femmes, au statut d'assistant, qui seront potentiellement nommés sur les postes de praticiens hospitaliers ainsi vacants.²³

On constate l'apparition récente de départ pour congés sans solde (0 en 2013, 2 en 2014, 4 en 2015) qui semblent correspondre aux pratiques des praticiens de la « génération Y médicale », adepte de la mobilité.

Deux spécialités en tension au niveau national font l'objet d'un repérage dans le bilan social, l'anesthésie-réanimation et l'imagerie-radiologie. Elles sont repérées comme étant des « métiers sensibles » dont la pénurie éventuelle ou l'affaiblissement poserait problème au fonctionnement de l'établissement.²⁴

Pour le service d'anesthésie-réanimation, il y a un vieillissement marqué du personnel médical dans le service, 80% de l'effectif ayant plus de 55 ans, avec pour perspective le départ de 4 praticiens d'ici 2018, soit 40% de l'effectif actuel, sachant que certains de ces praticiens sont déjà en prolongation d'activité.

Pour l'imagerie-radiologie, 3 départs en retraite à l'horizon 2016-2018 sont prévus soit 25% de l'effectif du service, mais avec des possibilités de prolongation ou de cumul emploi-retraite.

Pour ces deux services, la situation est d'autant plus complexe que, comme le rappelle la Cour des Comptes dans son rapport sur l'imagerie médicale, « le dépeuplement des plateaux techniques publics enclenche, en outre, un cercle vicieux : les vacances de

²³ Centre Hospitalier Sainte-Anne, Bilan social 2014

²⁴ Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

postes font peser des contraintes plus grandes sur ceux qui restent, ce qui n'encourage pas d'éventuels candidats à rejoindre une équipe réduite en effectifs. ». Cela s'applique aussi à l'anesthésie-réanimation, où après trois années consécutives d'absence de recrutement, un interne a été accueilli dans le service en 2015. Enfin, la grande spécialisation sur le cerveau du service d'anesthésie-réanimation est un facteur d'excellence de la prise en charge médicale, mais son manque de polyvalence peine à séduire les internes.^{25 26}

1.2.3 Ces phénomènes sont renforcés par un contexte territorial fortement concurrentiel qui amène le CHSA à se poser la question de la fidélisation de ses praticiens.

Ces phénomènes démographiques et générationnels se produisent pour le CHSA dans un contexte territorial parisien de grande concurrence entre les établissements et professionnels de santé, publics ou privés.

Le Sud parisien accueille sur un territoire restreint un grand nombre d'établissements de santé publics. Parmi eux, trois hôpitaux de AP-HP : Bicêtre, la Pitié-Salpêtrière et Henri-Mondor, ainsi que des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), notamment l'hôpital Foch. Ces établissements sont des références, aussi bien dans le domaine de la clinique que celui de la recherche, pour tout ou partie du champ d'activité couvert par les neurosciences. Les plateaux techniques mis à disposition, ainsi que les possibilités d'interaction avec d'autres spécialités sont plus importantes dans ces établissements MCO qu'au CHSA, limité par sa spécialisation dans le domaine des maladies du cerveau. Ils ont, à l'instar du CHSA, une attractivité forte, partageant souvent les mêmes atouts (localisation, histoire, recherche dynamique) et se posent donc en concurrents dans leur capacité à attirer et conserver en leur sein les meilleurs praticiens.

Pour la psychiatrie, la question de la concurrence est moins forte mais elle se pose tout de même. Il y a une concurrence accrue de l'activité libérale dans cette spécialité sur Paris, où 58,3% des psychiatres exercent en libéral. En Île-de-France, on ne trouve que 41,6% de psychiatres exerçant une activité libérale, et ils ne sont plus que 38,5% en France métropolitaine. Cette situation atypique peut s'expliquer par un effet d'attraction métropolitain, avec une demande et des revenus plus élevés à Paris que dans le reste de la région.²⁷ Cependant, cette concurrence exercée par le privé est nuancée par Mme Bez, pour qui, « en psychiatrie, la motivation pour travailler dans le privé ou à l'hôpital est

²⁵ Entretien réalisé avec le Dr Sauvageon, le 22 juin 2016

²⁶ Entretien réalisé avec Mr Martin, interne en anesthésie-réanimation, le 23 juin 2016

²⁷ Rault J-F., Le Breton-Lerouvillois G., 2016, Atlas de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins

différente. Les deux secteurs n'attirent pas les mêmes médecins. Quelqu'un de vraiment motivé par l'exercice libéral ne sera pas attiré par ce que lui proposera l'hôpital, tant l'activité est différente. »²⁸

La concurrence des autres établissements publics de santé s'exerce. Les services de psychiatrie universitaire de l'AP-HP et les établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées sous convention du 15 mars 1966 proposent une moindre charge de travail du fait de l'absence de garde ou d'astreinte, qui peut correspondre aux attentes d'un public de psychiatres parisiens majoritairement féminin, plus soucieux de concilier vie professionnelle et vie privée (54,5% de psychiatres femmes contre 45,5% d'hommes en 2016).²⁹

Cependant, cette concurrence n'est pas qu'un frein à l'attractivité du CHSA mais peut aussi être un facteur d'émulation. Pour le Pr Meder, « si l'établissement évolue dans un environnement concurrentiel, cela veut dire qu'il existe, et qu'il n'est pas anonyme sur le territoire parisien. »³⁰

Même si la fidélisation du personnel médical n'est pas un axe prioritaire du projet médical de l'établissement, c'est un sujet qui mérite réflexion. Il ne s'agit pas de conserver à tout prix les praticiens au CHSA, l'établissement n'étant pas dans une logique de survie. Pour Mme Bez, « il y a un énorme flot de médecins qui ne sont pas voués à rester au CHSA. Ce n'est pas alarmant d'autant qu'il n'y pas de postes pérennes de PH et PH temps partiel pour tous nos assistants. Il est normal qu'il y ait un turnover, c'est plutôt sain. »³¹

La question de la fidélisation du personnel médical au CHSA se pose plutôt pour conserver les meilleurs médecins, dont l'excellence ne les place pas dans une logique de dépendance vis à vis de l'institution alors même que leurs activités cliniques et de recherche de très haut niveau participent au maintien et au renforcement de l'attractivité forte de l'établissement. Les réponses mises en œuvre par l'établissement pour les spécialités en tension le sont au niveau des pôles et posent la question de la rétribution comme moyen de fidélisation.

²⁸ Entretien réalisé avec Mme Bez, le 17 juin 2016

²⁹ Rault J-F., Le Breton-Lerouvillois G., 2016, Atlas de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins

³⁰ Entretien réalisé avec le Pr Meder, le 1^{er} juillet 2016

³¹ Entretien réalisé avec Mme Bez, le 17 juin 2016

2 Afin de fidéliser les praticiens dans un pôle aux spécialités médicales en tension, le CHSA s'appuie sur des collaborations et un opportunisme organisationnel qui n'empêchent pas de se poser la question de la rétribution

2.1 Pour fidéliser le personnel médical dans un pôle aux spécialités en tension, le CHSA s'appuie sur des projets de collaboration développant les activités d'enseignement et de recherche

Le pôle Neuro-Sainte-Anne, seul pôle de court séjour du CHSA, dont l'activité porte exclusivement sur les neurosciences, accueille des spécialités en tension comme l'imagerie et l'anesthésie-réanimation.

Ces difficultés particulières ont été prises en compte dans les objectifs du projet médical de pôle, revu en 2015. De fait, il vise à mettre en place « une organisation innovante du pôle à travers le renforcement de filières de prise en charge spécialisées complètes, en collaboration avec ses partenaires et en lien avec les projets de recherche ».³²

C'est dans cette optique que le pôle développe des projets de collaboration, permettant le développement des activités d'enseignement et de recherche avec les Hôpitaux Universitaires de Paris Ouest (HUPO) de l'AP-HP ou avec l'IML.

2.1.1 La collaboration avec HUPO doit permettre d'assurer l'attractivité du service d'anesthésie-réanimation par la création d'une fédération de neuro-anesthésie

Une convention entre le CHSA et HUPO a été passée en 2016, renouvelant la précédente, jugée obsolète, datant de 1999.

Cette convention prend en compte la proximité géographique, la complémentarité des équipes médicales, et la concentration sur les deux sites d'équipes de recherche de haut niveau. HUPO et le CHSA organisent et développent leur collaboration dans des

³² Communauté hospitalière de territoire pour la psychiatrie parisienne, Rapport d'activité 2014-2015

domaines spécifiques concernant les affections du système nerveux, les pathologies neuro-vasculaires, la polytraumatologie, la neurochirurgie, et la psychiatrie. Elle s'inscrit dans le projet universitaire de Paris Descartes et a vocation à renforcer les partenariats au niveau de la recherche, un facteur fort d'attractivité du personnel médical au CHSA.

Plusieurs filières sont concernées par cette convention : cardio-neuro-vasculaire, psychiatrie, neuro-oncologie, prise en charge des polytraumatisés, pathologie tête et cou et anesthésie-réanimation.

En ce qui concerne l'anesthésie-réanimation, la convention propose la création d'une Fédération de neuro-anesthésie. Cela doit permettre aux services d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) et de neuro-anesthésie-réanimation du pôle Neuro Sainte-Anne de structurer la filière de prise en charge des patients cérébro-lésés et de renforcer leur attractivité médicale, au niveau clinique, par une diversification de l'activité.

Cette fédération doit aussi mettre en place des enseignements dans le domaine de l'anesthésie-réanimation et dans les domaines de l'anesthésie et de la neuro-réanimation médicale afin d'attirer et de fidéliser des équipes médicales et paramédicales grâce à la formation apportée dans ces services et sur la base de protocoles élaborés en commun ou harmonisés. Cela peut offrir un terrain d'apprentissage diversifié sur chacun des sites, bénéficiant de la polyvalence du service de l'HEGP et de la spécialisation de celui du CHSA.

Au-delà de l'enseignement, cette fédération doit déboucher sur la conduite de projets communs de recherche médicaux et paramédicaux, tant au niveau national qu'international, en déposant des dossiers communs de recherche. Elle devrait également permettre de participer aux projets de recherche initiés dans chacun des pôles dont les services sont membres et de favoriser la constitution de cohortes de patients à fins d'études et de recherche.

La fédération pourra s'appuyer pour ses activités de recherche sur les ressources du CHSA (un centre de recherche clinique) et de l'HEGP (des centres d'investigation clinique et une unité de recherche clinique). Cette fédération rend également possible un recours mutuel aux plateaux techniques dédiés des deux établissements.

Le service d'anesthésie-réanimation du CHSA a été ciblé dans le bilan social comme accueillant un « métier sensible ». La nouvelle orientation donnée par cette fédération se traduit concrètement par un effet d'attractivité avec l'arrivée à l'automne 2016 dans le service d'un réanimateur universitaire et de deux collaborateurs juniors, assistant et CCA.

Le projet doit aboutir à la fidélisation de ces praticiens en leur proposant une activité universitaire, d'enseignement et de recherche de haut niveau.

2.1.2 La collaboration avec l'IML doit consolider l'attractivité du service d'imagerie médicale du CHSA par le développement des leviers universitaires et de l'enseignement, et une mise à niveau matérielle

La collaboration entre le service d'imagerie du pôle Neuro Sainte-Anne et l'IML repose sur des liens déjà existants, qui ont été fortement éprouvés au cours des attentats parisiens de 2015.

Par la constitution d'un partenariat, il s'agit de renforcer ces liens afin de développer la réalisation d'angioscanners post-mortem pour les corps admis à l'IML. L'angioscanner est un examen non invasif qui permet la visualisation des vaisseaux sanguins (veines ou artères) et d'obtenir des images avec un scanner après injection d'un produit contraste iodé, opaque aux rayons X.

Cela ouvre des perspectives cliniques avec l'amélioration des pratiques existantes d'imagerie post-mortem, des perspectives éthiques avec la diminution des actes invasifs et une documentation strictement numérique des cas cliniques, et des perspectives de recherche et d'enseignement en lien avec l'Université Paris Descartes. Le projet repose sur trois axes majeurs : clinique, enseignement, et recherche, que le Pr Meder décrit comme des « leviers essentiels de fidélisation ».³³

Ce partenariat, appuyé sur une convention en cours de validation, va se traduire par le transfert du scanner du CHSA à l'IML, permettant d'y assurer une activité d'imagerie post-mortem avec les manipulateurs radios du CHSA. En contrepartie, et grâce à la collaboration effective des services universitaires des deux établissements, le projet doit permettre de renforcer la fidélisation par deux aspects.

Pour l'aspect universitaire, cette collaboration doit favoriser le développement des techniques très récemment publiées pour l'imagerie post-mortem et la création d'une Banque d'imagerie Post-Mortem. Elle doit contribuer à l'amélioration de la compréhension de certains mécanismes psychiatriques en lien avec le futur Centre de psychiatrie et neurosciences implanté sur le site du CHSA. Enfin, elle doit assurer une collaboration

³³ Entretien réalisé avec le Pr Meder, le 1^{er} juillet 2016

étroite avec des structures de références pour la mort subite par le biais du Centre expertise de mort subite de l'HEGP.

Pour l'aspect enseignement, il est prévu la constitution d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) permettant la confrontation d'analyse anatomo-cliniques entre radiologues et médecins légistes, et la création du premier diplôme universitaire d'imagerie post mortem.

Ce transfert de scanner signifie son rachat par l'IML au CHSA, via une redevance correspondant à sa valeur nette, amortie sur cinq ans. Cela permet à Sainte-Anne de faire l'acquisition pour son service d'imagerie d'un nouvel appareil, lui permettant d'assurer une mise à niveau matérielle, et de maintenir son niveau de compétence et d'expertise. Ce transfert se traduit administrativement par le dépôt de deux dossiers d'autorisation.

Le Pr Meder rappelle que « avoir à disposition un matériel technique de haute qualité est parfois perçu comme un hochet. Mais ce n'est pas le cas. Nous ne sommes pas motivés par une simple logique d'amortissement du matériel. Il y a un intérêt réel à pouvoir travailler sur une plateforme qui permette d'être au niveau dans le domaine de la recherche et de répondre à des appels d'offre de collègues chercheurs grâce aux outils adaptés que nous avons à disposition. »³⁴

En cela, il rejoint le constat dressé par la préconisation du rapport Le Menn-Chalvin appelant à « porter les plateaux techniques et équipements médicaux des établissements publics de santé au plus haut niveau de l'excellence »³⁵ et constatant que le travail dans des structures d'excellence, tout en assurant un niveau de soin de qualité optimale, est un élément de fidélisation important du personnel médical.

Cependant, cette forme de rétribution matérielle d'un service ou d'un pôle, impliqués dans une dynamique de projets, et assurant une fidélisation du personnel médical, repose au préalable sur la bonne santé financière de l'établissement, et ne peut donc être appliquée qu'à un établissement pouvant se permettre ce type d'investissement.

³⁴ Entretien réalisé avec le Pr Meder, le 1^{er} juillet 2016

³⁵ Le Menn J., Chalvin P., 2015, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

2.2 Le CHSA fait preuve également d'un opportunisme organisationnel à l'échelle polaire qui amène à se poser la question de la rétribution

Au-delà de sa stratégie de collaboration et de développement universitaire, le CHSA fait preuve de ce que l'on peut appeler un opportunisme organisationnel, en répondant à des appels à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France. La diversification des activités que cela entraîne pour les services constitue un levier possible de fidélisation du personnel médical. Cependant, cet opportunisme perd de sa capacité à fidéliser le personnel médical si la question de la rétribution des équipes n'est pas réglée.

2.2.1 L'opportunisme organisationnel du pôle Neuro Saint-Anne participe à la diversification des activités de son personnel médical, contribuant à sa fidélisation

Le pôle Neuro-Sainte-Anne fait preuve d'opportunisme organisationnel en se positionnant sur des appels à projets donnant lieu à des financements lancés par l'ARS Île-de-France. Cela lui permet de diversifier son activité, ce qui peut être un vecteur supplémentaire de fidélisation du personnel médical du pôle.

Le pôle a répondu à la demande de l'ARS de création d'un service de rééducation post-réanimation (SRPR) dans la volonté d'améliorer le parcours des patients passés en réanimation pour un trouble neurologique nécessitant de la rééducation. Le service devra donc prendre en charge les patients en sortie de réanimation ou en soins intensifs dont l'état rend impossible le transfert en Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

C'est une amélioration des solutions d'aval dans la prise en charge de patients aux pathologies neurologiques aiguës recrutés dans toute l'Île-de-France. Le développement de ce nouveau service, dont la mise en œuvre est prévue pour la mi-2017, passe par la coopération avec le service de réanimation (notamment avec une mutualisation des gardes), prolongeant la diversification de son activité déjà à l'œuvre par sa nouvelle structuration en fédération.

De même, le pôle se positionne pour être le site de recours pour l'ensemble du sud parisien en Neuro-Radiologie Interventionnelle (NRI), notamment par l'usage de la thrombectomie. C'est un geste de neuro-radiologie interventionnelle pour la prise en

charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) qui consiste à retirer le caillot sanguin en introduisant une sonde dans l'artère.

Il s'agit pour le pôle de répondre à la demande de l'ARS d'assurer la permanence des soins en radiologie, faisant suite à une enquête réalisée pendant 4 mois fin 2015, en Île-de-France, constatant un nombre conséquent de demande de thrombectomie la nuit (1,2 demandes par nuit soit de 0 à 4 par nuit sur la période étudiée) et le week-end (28% sur la période étudiée).

Si le CHSA est retenu comme site référent du Sud de Paris pour réaliser cette garde neuro-interventionnelle, parmi les sept sites hospitaliers potentiellement mobilisables, cela correspondrait à 110 jours d'astreinte opérationnelle. L'inscription dans une telle démarche demande pour le pôle d'anticiper sur les ressources humaines, notamment sur la prise en compte du coût du temps de repos compensatoire obligatoire et d'un temps personnel non médical supplémentaire. D'un point de vue organisationnel, afin de faire face à l'urgence, il faudra créer une seconde salle de NRI tout en développant l'activité ambulatoire, lancée courant 2016, pour libérer des lits.

L'inscription du pôle dans un tel projet, répondant à sa volonté et à celle du CHSA d'assumer un positionnement régional de référence, serait un élément supplémentaire de fidélisation des équipes médicales en NRI, mais également de celle d'anesthésie-réanimation, qui serait sollicitée.

2.2.2 Avec le développement de la télémagerie, l'opportunité organisationnel du pôle Neuro Sainte-Anne n'est pas accompagné d'une rétribution à destination du personnel médical et perd de sa capacité de fidélisation

Si l'opportunité organisationnel du pôle aboutit au développement d'une nouvelle activité pour laquelle la question de la rétribution n'est pas encadrée administrativement ou financièrement, il est difficile de pouvoir s'en servir pour fidéliser le personnel médical qui y participe.

C'est le cas pour la télémagerie, pratiquée sur la base de partenariats entre le CHSA et des établissements comme le Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE), le Centre Hospitalier de Chartres ou l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), et financée par un accord de gré à gré qui diffère d'un établissement à un autre. Cette activité nouvelle a un intérêt fort pour les patients isolés ou les établissements non équipés, qui bénéficient de l'expertise du service d'imagerie de Sainte-Anne. Elle s'inscrit dans le projet stratégique et territorial du pôle de constituer des filières de prise en charge.

Les équipes médicales sont renforcées en fonction du volume d'actes de télémédecine réalisés. Cependant, pour les radiologues du CHSA, cette activité ne correspond qu'à de la simple interprétation et se surajoute à l'activité déjà exercée, sans réelle plus-value intellectuelle. Elle ne bénéficie pas d'un financement spécifique, et peut donc difficilement être valorisée comme un élément d'attractivité et de fidélisation, surtout pour l'équipe interprétant les images. C'est une réponse pour les établissements faisant face à des problèmes d'attractivité, qui ont recours aux compétences du CHSA, mais ce n'est pas une solution de fidélisation du personnel médical du CHSA.

Sans formuler de réponse précise sur le sujet, la cour des comptes, qui plaide pour le développement de la télé-imagerie afin de pallier la faible démographie de radiologues dans certains territoires, constate que « le cadre administratif et financier fait toutefois encore largement défaut pour favoriser le développement de cette mise en réseau territorial par la télé-radiologie ».³⁶

Une meilleure valorisation de la télémédecine est préconisée dans l'engagement n°4 du plan d'action ministériel pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital, intitulé « soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire ». ³⁷ Cependant, elle est envisagée dans le cadre du GHT, ce qui ne correspond pas au modèle de collaboration de gré à gré aujourd'hui développé par le CHSA.

2.2.3 Une rétribution de l'activité du personnel médical du pôle neuro Sainte-Anne peut être envisagée sous forme d'aide à la recherche et de mise à niveau des plateaux techniques

Dans un contexte financier légalement contraint, on constate qu'il manque aujourd'hui un levier de fidélisation portant sur la capacité à rétribuer à l'échelle du pôle le travail des équipes médicales et leur implication dans des activités diversifiées, ce que regrette le Pr Meder. Pour lui, il devrait exister « une prime ne récompensant pas le praticien qui travaille le plus mais une prime « pot commun », en lien avec la structure, permettant une reconnaissance du travail accompli en équipe. Ce serait un bon outil de management pour le chef de pôle qui aujourd'hui n'existe pas. »³⁸

³⁶ Cour des Comptes, 2016, L'imagerie médicale, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

³⁷ Attractivité médicale, plan d'action pour l'hôpital public, 2015, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

³⁸ Entretien réalisé avec le Pr Meder, le 1^{er} juillet 2016

L'accord-cadre du 23 janvier 2012³⁹ signé par le ministère de la Santé et les organisations syndicales représentatives des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers prévoyait un dispositif d'intéressement semblable, « tenant compte de la performance collective sur la base d'objectifs et de résultats valorisant les équipes soignantes en matière d'amélioration de la qualité des soins et/ou des conditions de vie au travail, de la participation à des travaux de recherches avec publication scientifique notamment », mais il n'a jamais été suivi d'effet.

Pour Mme Bez, il faut mener une réflexion sur la question de l'intéressement au travail d'équipe, notamment dans le domaine de la recherche, en se demandant « que récupère le service ou le praticien lorsqu'il génère des travaux de recherche et donc des financements liés à la recherche ? ». Il lui semble que « pour un pôle ou pour un praticien de manière individuelle, ce qui est le plus envisageable est de le faire bénéficier d'un poste d'aide au montage de projets. L'intéressement ne se fait pas sous forme de prime mais par l'attribution de facilités qui permettent d'améliorer la recherche sans porter préjudice à la clinique. C'est un élément d'attractivité et de fidélisation motivant : pouvoir développer sa recherche, avoir du temps pour le faire, voir des cas cliniques en équipe et utiliser certains des cas examinés, ce qui ne peut pas se faire dans le privé. »⁴⁰

Pour les spécialités en tension, c'est à l'échelle polaire que le CHSA trouve des moyens de fidéliser son personnel médical par la collaboration et l'opportunité organisationnel permettant la diversification des activités. L'inscription dans une dynamique de projets et de progression et le maintien du positionnement de recours du pôle Neuro Sainte-Anne sont des éléments qui garantissent une fidélisation importante de son personnel médical. Cependant, son implication durable nécessite de se poser également la question de sa rétribution, une reconnaissance collective ou dans certains cas un intéressement individuel, passant par un renforcement des moyens investis dans les projets. Si la réponse apportée ne peut pas être financière, faute de cadre légal, elle doit passer par l'aide à la recherche et la mise à niveau réactive des plateaux techniques.

Au-delà de la question de ces spécialités en tension, le CHSA peut se saisir des nouvelles opportunités territoriales et sociales qui s'offrent à lui afin de fidéliser l'ensemble de son personnel médical.

³⁹ Accord cadre du 23 janvier 2012 relatif à l'exercice médical à l'hôpital, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

⁴⁰ Entretien réalisé avec Mme Bez, le 17 juin 2016

3 Au-delà des spécialités en tension, le CHSA peut fidéliser l'ensemble de son personnel médical en se saisissant d'opportunités territoriales et sociales

3.1 Le CHSA peut se saisir d'opportunités territoriales

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 rend obligatoire l'adhésion pour les établissements de santé à un GHT⁴¹.

Le CHSA s'est inscrit de manière précoce dans une telle démarche avec la constitution en 2011 d'une CHT portée par une perspective territoriale d'amélioration du parcours patient en santé mentale des parisiens. Un Projet médical commun a été rédigé autour d'une « dynamique forte d'échange et de partage entre le personnel médical et paramédical des structures fondatrices »⁴². Le 1er juillet 2016, la transformation en GHT constitue un passage obligé qui ne vient pas bouleverser une organisation sanitaire territoriale déjà bien structurée.

Pour le Dr Mercuel, président de la CME du CHSA, PH Psychiatre, le GHT peut permettre de fidéliser le personnel médical car « il offre de nouvelles possibilités de débouchés de carrières par un élargissement de périmètre et la possibilité donnée de pratiquer dans un autre établissement d'autres formes de thérapies. L'élargissement de l'offre entraîne un élargissement de la demande »⁴³.

Les opportunités de fidélisation du personnel médical du CHSA changent d'échelle et peuvent être développées grâce à l'adossement des activités de recherche au GHT, ce qui nécessite la création d'une identité de groupement capable de fédérer les médecins.

⁴¹ Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article 107

⁴² Projet médical de la CHT parisienne pour la psychiatrie, Assurer un parcours de soins de qualité, La santé mentale au cœur de la santé durable

⁴³ Entretien réalisé avec le Dr Mercuel, le 20 juin 2016

3.1.1 La structuration territoriale de la recherche par le GHT Paris psychiatrie et neurosciences est un levier aux fortes potentialités

Dans le cadre du GHT Paris psychiatrie et neurosciences, le CHSA peut s'appuyer sur la structuration territoriale de sa recherche sous une forme commune et collaborative comme levier de fidélisation de son personnel médical.

Cette volonté de développer une activité de recherche territoriale passe par l'universitarisation du GHT grâce à la mise en œuvre d'une convention hospitalo-universitaire et d'un collège de psychiatrie.⁴⁴

La convention hospitalo-universitaire se fixe comme objectifs de favoriser les recherches les plus directement liées aux expériences de terrain et à la pratique de soins (en s'appuyant sur l'épidémiologie, les neurosciences et les sciences humaines) et de mettre en place une recherche spécifique dans le champ hospitalier et hospitalo-universitaire. Trois axes de recherche pilotés par des universitaires du GHT ont été retenus pour développer l'ancrage universitaire : les pathologies psychiatriques résistantes, les addictions, et les interactions sciences humaines, santé publique et santé mentale.

Elle pourra s'appuyer sur les plateformes de recherche clinique préexistantes du CHSA et bénéficiera de moyens spécifiques notamment médicaux. Enfin, une convention entre le GHT et les universités de médecine Paris Descartes et Paris Diderot permettra de souligner les liens étroits qui les unissent.

Par ailleurs, le collège de psychiatrie doit créer une synergie innovante entre les deux universités et le GHT. Il permettra d'impliquer les praticiens hospitaliers dans une démarche de recherche et d'enseignement susceptible de les fidéliser.

En accueillant des internes dans leurs services, les praticiens hospitaliers pourront leur dispenser un enseignement hospitalier en complément de l'enseignement universitaire. Cette implication dans la démarche d'enseignement et de recherche sera reconnue par la possibilité pour les PH du GHT d'accéder aux titres et aux fonctions de chargés de cours, et, pour les chefs de service encadrant ces activités pédagogiques, d'accéder aux titres et statuts assimilés de Professeur associé et de référent pédagogique.

De même, le GHT permet d'inscrire les équipes soignantes dans des démarches d'expérimentation sanitaire visant à améliorer le parcours en santé mentale. Cette démarche est facilitée par sa dimension territoriale et contribue à favoriser l'émulation et l'innovation dans les établissements du groupement hospitalier.

⁴⁴ Projet de développement universitaire d'enseignement et de recherche de la CHT

Un appel à expérimentations a été lancé fin 2015 auprès des personnels soignants et médicaux du GHT. En cohérence avec le projet médical du GHT et avec l'organisation administrative parisienne, le niveau d'expérimentation retenu est celui des coordinations de territoire (environ 200 000 habitants). Un Jury composé de représentants du GHT, d'un médiateur pair, d'associations d'usagers, de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), de la Ville de Paris et de l'ARS a retenu trois projets : au CHSA, un parcours de soins des psychoses débutantes chez les adolescents et les jeunes adultes au sein des territoires de santé ; à Maison Blanche, la création d'un centre de consultations spécialisées et d'évaluation, et la création d'un dispositif de soins ambulatoires et d'empowerment en santé mentale.

Les équipes porteuses de projet bénéficieront d'un apport de la part de la direction des parcours et de l'innovation en termes de ressources, de méthodologie et d'assistance logistique, dans une démarche de recherche sous forme de Programme de recherche en performance des systèmes de soins (PREPS). Ces projets seront évalués au bout de douze mois de mise en œuvre.

Cette logique de projet facilitée à l'échelle territoriale permet aux praticiens universitaires ou non de s'inscrire dans une démarche d'innovation propre à susciter leur adhésion et à les fidéliser, d'autant qu'elle s'accompagne de moyens, assurant la rétribution de leur implication.

3.1.2 La construction de l'identité hospitalière du GHT permettra d'en approfondir l'intégration

Le GHT peut amener une plus grande perméabilité entre ses établissements membres, susceptibles de tisser des coopérations entre services et d'offrir de nouvelles perspectives de carrière au personnel médical.

C'est ce que constate Mr Yven, directeur des partenariats du CHSA et des affaires médicales de Maison Blanche, qui rappelle que « les échanges d'internes existent déjà entre Maison Blanche et Sainte-Anne. De fait, ce sont des postes d'interne partagés. Il y a un intérêt à agir pour les développer. Mais il faut travailler sur les relations entre les chefs de service ou les chefs de pôle afin d'atteindre un stade avancé d'intégration auquel nous ne sommes pas encore arrivés, débouchant sur un désir commun de partage de postes. »⁴⁵

L'intégration plus approfondie du GHT par son personnel médical passe par la constitution d'une identité GHT, permettant de porter et développer ses potentialités.

⁴⁵ Entretien réalisé avec Mr Yven, le 24 juin 2016

La directrice de la communication du CHSA et du GHT, Mme Patenotte, travaille sur cet enjeu. Pour elle, « la question de la fidélisation du personnel médical au CHSA et au GHT est reliée à celle de la marque »⁴⁶. « La marque est à l'origine de la réputation institutionnelle de l'hôpital. La réputation institutionnelle n'est pas une simple impression, mais une vraie évaluation que les groupes d'intérêts font de l'organisation »⁴⁷. Cette réputation est un élément d'attractivité et de fidélisation du personnel médical.

Mme Patenotte estime « qu'au CHSA, il existe deux marques clairement positionnées rattachées à la psychiatrie et au pôle Neuro Sainte-Anne. Mais pour le GHT, il existe encore une marge de progression. Il faut encore en expliquer le sens, et développer une communication bien plus intégrative en amont. Bien plus que fédérer, il faut déjà mieux se connaître les uns les autres, notamment Neuro Sainte-Anne auprès des autres établissements psychiatriques du GHT, pour ensuite créer du commun que l'on puisse partager »⁴⁸.

La Direction Commune du GHT s'est engagée dans ce travail de construction d'une identité autour de laquelle fédérer et partager. Elle a entamé une démarche en lien avec les thématiques hospitalières et territoriales et devant aboutir à la création d'une culture commune au sein du GHT. Cela se rapproche du projet culturel porté par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) entre 2010 et 2014. Pour Carine Delanoë-Vieux, alors chef de projet des affaires culturelles de l'AP-HM, « la culture occupe une place incontournable dans le management stratégique en tant qu'interrogation renouvelée de ce qu'est l'hôpital et de ses valeurs. En conséquence, le projet culturel hospitalier trouve toute sa place dans le management stratégique dès lors qu'il travaille les cultures professionnelles, le sens de la vocation de l'institution et qu'il permet de prendre en compte la diversité de culture de ses membres et de ses usagers ».⁴⁹

3.2 Le CHSA peut se saisir d'opportunités sociales

Le personnel médical du CHSA bénéficie de pratiques sociales et managériales préexistantes. Ces pratiques peuvent être intégrées à la démarche territoriale et ainsi renforcer leur capacité à fidéliser.

⁴⁶ Entretien réalisé avec Mme Patenotte, le 8 juillet 2016

⁴⁷ Aguerrebere P M., La diffusion *online* de la marque hospitalière : le cas des hôpitaux français in Quaderni n°74, Hiver 2010-2011 : récit et information télévisé

⁴⁸ Entretien réalisé avec Mme Patenotte, le 8 juillet 2016

⁴⁹ Delanoë-Vieux C., Innover à l'hôpital à partir d'une démarche culturelle, in L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre, sous la direction de Nobre T., 2013, Dunod

3.2.1 Le personnel médical du CHSA bénéficie de pratiques sociales et managériales préexistantes

Au CHSA, les praticiens bénéficient de dispositifs sociaux : œuvres sociales et accès à la crèche d'établissement.

Au niveau national, l'accès aux œuvres sociales du Comité de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers publics (CGOS) est pour l'instant réservé au personnel non médical. La possibilité pour les praticiens hospitaliers d'y accéder est aujourd'hui débattue. Une enquête intitulée « Quelle action sociale pour les médecins hospitaliers ? » a été menée du 13 avril 2016 au 13 mai 2016 par le CGOS auprès de médecins hospitaliers. Elle repose sur un questionnaire qui a obtenu plus de 1 500 réponses. On y apprend que 85% des praticiens interrogés connaissent le CGOS, 76% d'entre eux estiment qu'un accès au CGOS aurait un impact certain sur l'attractivité de leur établissement et sur leur fidélisation, et plus de la moitié indique vouloir bénéficier des prestations du CGOS.⁵⁰

Pour ses œuvres sociales, le CHSA est conventionné avec l'Association pour la Gestion des Œuvres Sociales des Personnels des Administrations Parisiennes (AGOSPAP) à qui il verse une contribution. A la différence du CGOS, l'AGOSPAP propose ses prestations au personnel médical. Cependant, on constate un faible niveau de leur consommation. Seule la commande de cadeaux de Noël connaît un taux d'utilisation élevé : sur 78 ayant droits parmi le personnel médical, 51 passent commande, ce qui équivaut à un taux de commandes passées de 65%. Pour les autres prestations, les niveaux de consommation du personnel médical sont faibles. Cela vient contredire les résultats de l'enquête menée par le CGOS et limiter le rôle joué par l'accès aux œuvres sociales dans la fidélisation des praticiens du CHSA (cf. Figure 5).

Cependant, d'un point de vue symbolique, l'accès aux œuvres sociales permet aux médecins hospitaliers d'être mieux intégrés à la vie de l'hôpital, et d'y participer pleinement. C'est ce qu'admet la directrice des Ressources Humaines, Mme Mocellin : « Même si ce n'est que de l'affichage, il est important qu'aucune catégorie professionnelle ne soit exclue de l'accès aux œuvres sociales. »⁵¹

⁵⁰ Conférence « Quelle action sociale pour les médecins à l'hôpital ? », 25 mai 2016, CGOS, Paris Healthcare Week

⁵¹ Entretien réalisé avec Mme Mocellin, le 7 juillet 2016

Type de prestations	Part PM sur les dépenses annuelles
Loisirs	3,5%
vacances juniors	0,89%
vacances familles	0,82%
prestations sociales	1,25%

Figure 5 : Part des dépenses du personnel médical pour les prestations AGOSPAP au CHSA. Source : Bilan social Agospap, 2015

Le recours à la crèche d'établissement par le personnel médical du CHSA est plus significatif : 16 familles de médecins ont recours à ses services, soit 19 enfants sur 105 accueillis, ce qui correspond à 18% des enfants accueillis. Pour le Dr Mercuel, « l'ouverture de la crèche aux enfants des praticiens est une action sociale qui revêt un intérêt certain et qui doit être maintenue. »⁵²

Au-delà de cette préoccupation sociale, le personnel médical bénéficie au CHSA de l'existence de pratiques managériales, appliquées aux niveaux institutionnels et polaires. Il y a dans l'établissement la volonté d'accueillir, de suivre et de conserver le personnel médical, portée par des encadrants médicaux, chefs de pôle et de service, garants de la fidélisation de leurs équipes.

Les internes bénéficient d'une journée d'accueil leur permettant de rencontrer le président de CME et les chefs de pôle autour d'un buffet convivial, et de se voir remettre une clef USB contenant des informations administratives et professionnelles. Pour Mr Martin, interne dans le service d'anesthésie-réanimation, cette journée « est concrète et courte. Son format m'apparaît suffisant. Ce qui est essentiel, c'est de pouvoir découvrir la qualité des outils de travail et des locaux mis à notre disposition. Cependant, il pourrait être intéressant de renforcer l'interaction entre les différentes spécialités au cours de cette journée. »⁵³

Il est aussi envisagé par la direction des affaires médicales de lancer sur le même modèle une journée d'accueil des nouveaux arrivants quel que soit leur statut.⁵⁴

Dans les pôles, les chefs de pôle et leurs directeurs référents appliquent des pratiques managériales à destination du personnel médical. C'est le cas pour le pôle Neuro Sainte-Anne, comme l'indique Mme Wasmer : « Avec le chef de pôle, nous avons rencontré tous

⁵² Entretien réalisé avec le Dr Mercuel, le 20 juin 2016

⁵³ Entretien réalisé avec Mr Martin, interne en anesthésie-réanimation, le 23 juin 2016

⁵⁴ Entretien réalisé avec Mme Bez, le 17 juin 2016

les chefs de service, afin de faire le point sur ce qui allait ou n'allait pas, notamment dans la perspective de tenir les objectifs fixés par l'EPRD. Notre duo assure un management de proximité, permettant d'avoir un retour sur les préconisations de la Direction. »⁵⁵

On trouve également des pratiques de gestion prévisionnelle des carrières comme celles pratiquées par le Pr Gaillard, chef du pôle 15 SHU-addictologie. « Aujourd'hui, il est possible de développer une gestion des ressources humaines médicales. Entre les praticiens et les dirigeants hospitaliers, il n'y a pas de conflit, mais au contraire une démarche de construction. C'est le cas en ce qui me concerne dans les rapports que j'entretiens avec la directrice des affaires médicales. De cet échange naît une souplesse : un poste peut être laissé vacant dans un pôle, afin d'attendre de trouver le praticien au profil adéquat, plutôt que de le pourvoir systématiquement... Sur les premiers postes proposés aux PH de mon pôle, je leur demande de relever un défi, qui, s'il est réussi, doit déboucher sur la perspective de devenir chef de service. Pour l'un, il s'agit de constituer un centre de jour regroupant toutes les unités de jour du pôle, et pour l'autre, de reprendre un service en difficulté. »⁵⁶

Enfin, beaucoup de praticiens impliqués dans la vie institutionnelle de l'établissement ont suivi une formation managériale. Parmi les praticiens rencontrés au cours de mes entretiens, c'est le cas du Dr Boiteux, ayant suivi la formation proposée par l'EMAMH, et du Dr Sauvageon, chef du service d'anesthésie-réanimation du CHSA, diplômé de l'école supérieure de commerce de Paris (ESCP). Pour lui, « un élément de fidélisation serait la possibilité donnée aux médecins de pouvoir participer à l'administration de l'établissement, ou tout du moins de suivre une formation afin de comprendre les décisions prises, et d'éviter les situations conflictuelles. On devrait faciliter l'inscription des professionnels de santé à des formations en management médical. »⁵⁷

L'ensemble de ces pratiques sociales et managériales préexistantes au CHSA pourraient être structurées et harmonisées dans un « volet médical » du projet social d'établissement. Cela rejoindrait l'engagement n°10 du plan d'action ministériel pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital qui souhaite voir se généraliser en 2016 et 2017 ce volet médical afin d'«intégrer les personnels médicaux dans le champ des projets sociaux développés par les établissements pour leurs agents. »⁵⁸

⁵⁵ Entretien réalisé avec Mme Wasmer, le 5 juillet 2016

⁵⁶ Entretien réalisé avec le Pr Gaillard, le 28 juin 2016

⁵⁷ Entretien réalisé avec le Dr Sauvageon, le 22 juin 2016

⁵⁸ Attractivité médicale, plan d'action pour l'hôpital public, 2015, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

3.2.2 Des pratiques sociales et managériales peuvent être structurées et déployées à l'échelle du GHT

L'adhésion désormais obligatoire à un GHT constitue une opportunité pour structurer, harmoniser et déployer à l'échelle territoriale les pratiques sociales et managériales préexistantes au CHSA.

Cette analyse de la coopération territoriale est formulée par l'Association pour le Développement des Ressources Humaines des Établissements Sanitaires et Sociaux (ADRHESS) dans son mémorandum du 6 mai 2016 relatif aux GHT.

« Cette réforme, si elle est bien pilotée, peut constituer une réelle opportunité de transformation et de modernisation de la GRH hospitalière. Elle s'inscrit en effet dans la perspective d'une stratégie de groupe et de gestion plus solidaire des ressources humaines médicales et non médicales, s'appuyant sur une vision partagée des enjeux et des projets (Gestion Prévisionnelle des Moyens et des Compétences) et sur une coopération entre les directions des ressources humaines des établissements regroupés. Le GHT peut ainsi porter une politique RH ambitieuse et volontariste portant notamment sur l'homogénéisation des pratiques. »⁵⁹

Parmi les propositions formulées par l'association, deux peuvent être reprises et appliquées au GHT Paris Psychiatrie et neurosciences : l'élaboration d'un projet RH partagé, en appui du projet médical et du projet médico-soignant de territoire, dans lequel peut s'intégrer un volet médical partagé, permettant de jeter les bases d'une GRH territoriale intégrant pleinement la dimension médicale ; le développement de la coopération inter-établissements dans le domaine de la formation continue qui pourrait passer par une formation managériale transversale des encadrants médicaux des établissements du GHT et de ceux aspirant à le devenir.

3.2.3 Le volet médical d'un projet social de territoire peut aider à la fidélisation du personnel médical

A partir du contenu des volets médicaux de projets sociaux de CHU français⁶⁰, on peut formuler des éléments à intégrer dans le volet médical d'un projet social de territoire.

⁵⁹ L'ADRHESS livre son mémorandum pour bâtir « une politique RH de territoire » grâce aux GHT, 06 mai 2016, Hospimedia

⁶⁰ Annexe n°1

Un projet social de territoire commun pour le personnel médical et paramédical

On constate que les projets sociaux des établissements étudiés concernent l'ensemble de leur communauté hospitalière. C'est un outil d'intégration des médecins au sein de cette communauté, afin de leur y donner une place à part entière.

Il semble donc cohérent d'associer le personnel médical aux propositions d'un futur projet social du GHT. Si cela apparaît nécessaire, on peut isoler certaines thématiques propres aux médecins, en raison du statut et de l'exercice professionnel des praticiens hospitaliers. C'est ce qui est fait le plus souvent.

Un pilotage mixte et une démarche participative

Pour réussir le déploiement d'un projet social partagé et renouvelé, il est souhaitable d'avoir un pilotage associant les DRH et DAM des établissements membres du GHT, ciblant les axes prioritaires du projet et cadrant les actions nécessaires à leur mise en œuvre (type d'action, acteurs concernés, durée, objectifs quantifiables).

Le projet social doit s'appuyer sur une démarche participative de groupes de travail interprofessionnels pour chacun des axes pré-déterminés par les directions pilotes.

En ce qui concerne les actions spécifiques au personnel médical, deux directions communes du GHT pourraient être amenées à participer à leur déploiement : la direction de la formation pourrait être associée aux travaux relatifs aux questions de Développement Professionnel Continu (DPC) et de formation managériale des responsables de structure ; la direction de la communication pourrait intervenir sur les thématiques de la valorisation du travail médical, et la création et l'adhésion à une identité d'établissement du GHT

Un groupe de réflexion et des thématiques spécifiques au personnel médical

A l'image de ce qui a été fait à Montpellier, un groupe de travail peut être créé au sein de la CME commune du GHT afin de travailler sur les axes concernant exclusivement le personnel médical.

Une récente enquête sur les risques psycho-sociaux menée au CHSA peut être prolongée par une interprétation spécifique des problématiques du personnel médical (taux de réponse des médecins à l'enquête : 25%). Une enquête comparable pourrait être menée dans les autres établissements du GHT.

Les thématiques les plus souvent abordées dans les projets sociaux étudiés peuvent être regroupées et synthétisées : il faut tout d'abord attirer, en début de carrière, les jeunes praticiens et anticiper leur parcours professionnel ; ensuite, il s'agit de fidéliser, en accompagnant au mieux le déroulement de carrière des praticiens afin de conserver les forts potentiels ; enfin, il est nécessaire de rétribuer, reconnaître et valoriser le travail de l'ensemble des praticiens, médical et non médical, universitaire et non universitaire.

Plusieurs réunions de ce groupe de travail de la CME commune du GHT peuvent être envisagées afin de faire établir par les praticiens un bilan des atouts et contraintes du GHT pour attirer, fidéliser et rétribuer les médecins, et une synthèse de leurs attentes sur ces thématiques. Ce bilan doit leur permettre de formuler des axes de proposition.

Après avoir été soumis à validation institutionnelle, ces travaux peuvent constituer, à partir des propositions retenues, le volet médical du projet social partagé du GHT, en y indiquant les objectifs et les échéances retenus.

Un projet managérial commun situé prioritairement au niveau polaire

En parallèle du projet social, un projet managérial commun aux personnels médicaux et non médicaux, intégré au projet RH partagé, pourrait accompagner une démarche d'amélioration des pratiques managériales polaires.

Le niveau polaire, qui plus est dans un GHT où les risques de dissolution et de perte de sens pour les équipes sont importants, semble être le plus pertinent afin d'améliorer les pratiques managériales de l'encadrement médical et non médical (évaluation, information) et de réussir à diffuser et développer une culture d'établissement commune propre au GHT.

3.2.4 Une formation managériale transversale des encadrants médicaux peut permettre d'assurer la fidélisation des praticiens du GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences

Afin d'assurer le déploiement du volet médical du projet social partagé, il convient de le faire porter par des encadrants médicaux ayant reçu une formation managériale, afin de permettre une fidélisation au quotidien des praticiens du GHT.

Ce déploiement peut être assuré par la direction commune de la formation. Elle peut s'appuyer sur l'obligation légale désormais faite aux établissements de santé de proposer aux responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles, dans les deux mois suivants leur nomination, une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions⁶¹. Enfin, le personnel médical des établissements du GHT se montre plus sensible à une possible adhésion à l'Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH) pour accompagner le développement professionnel continu des médecins hospitaliers, d'autant plus qu'elle garantit aujourd'hui un report de ses crédits non utilisés d'une année à l'autre.⁶²

Un plan de formation transversal peut être proposé aux encadrants médicaux nouvellement nommés et aux praticiens intéressés par de futures responsabilités d'encadrement.

Pour les praticiens n'ayant reçu aucune formation d'encadrement et de management médical, on peut leur proposer la formation de l'EMAMH, « Management hospitalier pour les médecins et cadres supérieurs de santé ». C'est un cursus long représentant 24 à 26 jours de formation, et structuré autour de trois blocs d'enseignement : un tronc commun de 20 jours ; des modules optionnels obligatoires de 4 à 6 jours ; la rédaction d'un mémoire. La participation des praticiens du GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences peut être conventionnée (comme cela existe entre l'EMAMH et les établissements membres du GIRCI HUGO) avec l'engagement par le GHT d'une participation annuelle d'un nombre minimal de ses praticiens.

Pour ceux ayant déjà suivi cette formation ou une équivalente, il peut leur être proposé de s'inscrire dans la démarche de l'Axe prioritaire de formation RH du Développement Professionnel Continu (DPC), portant pour 2017 sur la mise en œuvre d'une démarche de qualité de vie au travail, permettant de « penser autrement la place du travail dans l'organisation de l'établissement, d'intégrer le développement personnel et professionnel, ainsi que de pérenniser les équipes par rapport au turnover »⁶³.

Ce type de formation managériale des encadrants médicaux, portée de manière transversale entre les établissements du GHT, peut être un élément d'accompagnement à

⁶¹ Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

⁶² Entretien réalisé avec le Dr Mercuel, le 20 juin 2016

⁶³ Instruction N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

la construction d'une identité territoriale d'établissement, par la pratique quotidienne dans les services de méthodes de management médical harmonisées et structurées assurant une fidélisation du personnel médical.

Le CHSA, en se saisissant de l'opportunité que constitue le passage en GHT, peut assurer et renforcer la fidélisation de son personnel médical. Développer un projet social de territoire au volet médical ambitieux pourrait lui permettre de continuer à attirer les jeunes médecins, de conserver ceux à même d'atteindre l'excellence, et de les rétribuer en conséquence, tout en faisant bénéficier les autres établissements du groupement.

Conclusion

La fidélisation du personnel médical est une interrogation nationale, préoccupant tous les hôpitaux publics, mais s'y manifestant de façon contrastée.

La réponse stratégique apportée aux questions soulevées par cette thématique diffère selon le degré d'attractivité des établissements de santé : les uns s'attachent à retenir leurs médecins afin de garantir la survie de l'hôpital et les autres sélectionnent les meilleurs praticiens afin de garantir un niveau d'excellence.

L'attractivité du CHSA est élevée. Il bénéficie d'atouts inhérents : sa localisation et son histoire, que renforce son activité de recherche dynamique et performante. Cependant, cela ne le préserve pas des tensions démographiques et des mutations sociétales qui impactent aujourd'hui les praticiens hospitaliers.

Aussi, afin de conserver les médecins les plus à même de garantir l'excellence du niveau médical du CHSA, celui-ci développe les collaborations au niveau polaire et encourage l'opportunisme organisationnel. L'implication des praticiens dans de telles démarches est un élément de fidélisation qui pose la question de la rétribution, individuelle ou collective. Elle peut se traduire par une aide à la recherche ou une mise à niveau technique du matériel mis à disposition.

Au-delà de ses réponses polaires, le CHSA peut se saisir d'opportunités territoriales et sociales afin de renforcer la fidélisation de son personnel médical.

Le GHT Paris Psychiatrie et neurosciences, auquel il participe, contient de fortes potentialités de fidélisation du personnel médical, par le renforcement de la recherche, notamment non universitaire, et le développement de l'expérimentation clinique.

Il peut aussi permettre le déploiement d'une politique des ressources humaines de territoire, apportant des réponses communes pour les établissements membres du groupement aux questions de fidélisation de leurs praticiens par le biais d'un volet médical au sein d'un projet social partagé et d'une formation managériale médicale transversale.

Mener une réflexion sur la fidélisation du personnel médical est une démarche intégrative. Elle implique les praticiens au-delà du projet médical, et constitue une ouverture, se traduisant, avec le rapprochement de leurs préoccupations sociales, par un dialogue renforcé entre la communauté médicale et les autres acteurs de l'établissement. Cela

contribue à améliorer et renforcer le magnétisme de l'établissement⁶⁴ : la fidélisation accrue du personnel médical renforce celle de l'ensemble de son personnel, et rejaillit sur la qualité de la prise en charge du patient.

⁶⁴ Paul E., Collin A., Demanet Q., 2015, Magnet hospital et attractivité hospitalière. Quelle articulation ? Gestions hospitalières

Bibliographie

Documents législatifs et réglementaires

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ, Accord-cadre du 23 janvier 2012 relatif à l'exercice médical à l'hôpital

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Instruction N° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Instruction N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Attractivité médicale, plan d'action pour l'hôpital public, 2015

Rapports

TOUPILIER D., DELMOTTE D., JACOB A., PRUVO J-P., VERAN O., 2011, Exercice médical à l'hôpital – Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus, Centre national de gestion

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, 2014, l'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public, Rapport de la commission permanente de l'attractivité médicale-Fédération hospitalière de France

LE MENN J., CHALVIN P., 2015, L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

COUR DES COMPTES, 2016, L'imagerie médicale, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

RAULT J.-., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., 2016, Atlas de la démographie médicale, Conseil national de l'ordre des médecins

Documents internes

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE :

Bilan social 2013

Bilan social 2014

Bilan social 2015

Rapport d'activité Recherche 2014

Convention CHSA-HUPO 2016

Projet de convention CHSA-IML 2016

COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE POUR LA PSYCHIATRIE PARISIENNE, PSYCHIATRIE & SANTÉ MENTALE :

Projet médical de la CHT parisienne pour la psychiatrie, Assurer un parcours de soins de qualité, La santé mentale au cœur de la santé durable, 2012

Rapport d'activité 2014-2015

Rapport commun des DIM, 2014

Projet de développement universitaire d'enseignement et de recherche de la CHT

CHU DE LILLE, Projet social 2012-2016

CHU DE TOULOUSE, Projet social 2013-2018

CHU DE MONTPELLIER, Projet social 2013-2017

CHU DE NANCY, Projet social 2015-2019

CHU DE REIMS, Projet social 2016-2020

Articles

« L'ADRHESS livre son mémorandum pour bâtir « une politique RH de territoire » grâce aux GHT », 06 mai 2016, Hospimedia

« L'attractivité de l'exercice médical, essentiel parmi les chantiers de rentrée de la conférence des présidents de CH », 23 août 2016, APM

AGUERREBERE P.M., La diffusion *online* de la marque hospitalière : le cas des hôpitaux français, Quaderni n°74, Hiver 2010-2011

BALFAGON S., BLONDEAU L., SCHUFFENECKER N., BOUVY G., TEUMA L., RENAUD A., DESCHENAU A., DURAND M., Handicapés de la décision ou adeptes du carpe diem? What's up doc, n°25, 2016

BALFAGON S., BLONDEAU L., SCHUFFENECKER N., BOUVY G., TEUMA L., RENAUD A., DESCHENAU A., DURAND M., le choc des générations, What's up doc, n°25, 2016

BOUSQUIÉ F., HIANCE M-M., VENUTOLO F., 2014, Un projet social médical pour favoriser l'attractivité. La démarche du centre hospitalier de Gonesse, Gestions hospitalières

PAUL E., COLLIN A., DEMANET Q., 2015, Magnet hospital et attractivité hospitalière. Quelle articulation ? Gestions hospitalières

PONTONE S., BROUARD N., 2010, La démographie des anesthésistes réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ? Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, vol. 29, no12, pp. 862-867

Mémoires

DEMANET Q., 2015, La déclinaison du Projet Social Médical au sein du groupe hospitalier de l'Est Parisien (AP-HP) ou comment renforcer concrètement son attractivité sur le personnel médical ? École des Hautes Études en Santé Publique

HIANCE M-M, 2013, Les Ressources humaines médicales au Centre Hospitalier de Gonesse : du projet social médical institutionnel au projet médical territorial. De l'impérieuse nécessité d'appréhender la globalité des facteurs de l'attractivité médicale. École des Hautes Études en Santé Publique

Ouvrages

BLANCHET A., GOTMAN A., 2015, L'entretien, Armand Collin

COLLECTIF, 2016, à paraître, L'hôpital Sainte-Anne, Somogy éditions d'art

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

NOBRE T., 2012, le management des pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis, Dunod

NOBRE T., 2013, L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre, Dunod

Liste des annexes

Annexe n° 1 : Étude comparative de volets médicaux de projets sociaux de CHU et proposition de plan d'action pour le CHSA

Annexe n° 2 : Grille d'analyse des entretiens menés

Annexe n° 1 : Étude comparative de volets médicaux de projets sociaux de CHU et proposition de plan d'action pour le CHSA proposé à la Direction des Affaires médicales

Volet médical de projet social :

Benchmark et propositions de démarche et de contenu pour le CHSA.

De plus en plus de projets sociaux d'établissements de santé sont aujourd'hui consacrés non plus seulement au personnel non médical (PNM) mais aussi au personnel médical (PM).

Cela se déroule dans un contexte général de réflexion sur l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins.

Cette note présente le contenu de volets médicaux de projets sociaux de CHU français, et en tire des éléments de propositions de démarche et de contenu pouvant être intégrés au prochain projet social du CHSA.

A – Éléments de contenu de volets médicaux de projets sociaux de CHU français

Le degré de précision est variable selon les documents récupérés auprès des différents CHU.

CHU de Lille

Le projet social 2012-2016 comprend un axe complémentaire à destination du PM.

Il est noté dans son introduction que c'est une nouveauté de consacrer un volet spécifique PM dans le projet social, et un signe de l'effacement progressif de la singularité de gestion RH du personnel médical, constituant à la fois une opportunité et une nécessité.

Ce volet PM, composante propre du projet social, tire sa cohérence des spécificités de statut et d'exercice professionnel des médecins.

Trois axes articulent ce volet médical du projet social :

- Donner envie de faire carrière au CHU
- Accompagner les praticiens tout au long de leur carrière
- Améliorer la reconnaissance et la valorisation des praticiens

CHU de Toulouse

De 2013-2018, le projet social du CHU repose sur un travail commun RH, DAM avec trois axes dédiés au PM.

Le suivi de ces trois axes est assuré par la DAM. Ces trois axes spécifiques portent sur :

- L'attractivité pour les futurs médecins ; « susciter l'envie et organiser la carrière hospitalière »
- La fidélisation des praticiens titulaires ; « mettre en place une véritable politique d'accompagnement des praticiens »
- L'intégration des médecins à l'institution hospitalière ; « faciliter l'intégration des praticiens »

CHU de Montpellier

De 2013-2017, il s'appuie sur la notion de « communauté médicale ».

Il émane d'une élaboration participative avec des groupes de travail pluridisciplinaires par la DRH, la DAM et la présidence de la CME.

Il comprend 5 orientations stratégiques déclinées sous la forme de 46 actions.

1- Attractivité, fidélisation, reconnaissance des personnels.

L'objectif est de garder une place de leader et d'excellence pour le CHU en passant aussi par la reconnaissance des compétences avec la volonté de mettre en valeur les activités et les professionnels.

2- Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail

3- Qualité de vie au travail, dialogue social et culture d'établissement.

Améliorer la QVT en allégeant la charge mentale des salariés de l'hôpital face aux contraintes de déplacements ou de garde d'enfants.

Créer une culture d'entreprise par un climat et un mode de communication plus intégrateur pour le personnel porté par les managers.

4-Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

5-Maintien dans l'emploi, handicap et seniorisation

Un groupe de la CME du CHU travaille sur la thématique de l'attractivité. Il a dégagé quatre axes de travail :

- Renforcer le sentiment de reconnaissance et d'autonomie du PH
- Valoriser financièrement l'intérêt à exercer à l'hôpital
- Diminuer les irritants du quotidien
- Démographie médicale : interagir au mieux entre offre régionale publique et projets professionnels

CHU de Nancy

C'est le premier projet social du CHU élaboré avec le PM, pour 2015-2019, dans la thématique transversale du management durable, et dans une thématique spécifique sur les parcours professionnels.

Sur le parcours professionnel du PM, l'objectif est

1. « D'accompagner les parcours professionnels afin de renforcer l'attractivité des carrières médicales au CHRU » en :
Identifiant les moments clefs d'une carrière
Trouvant des solutions innovantes selon les attentes et intérêts des praticiens
Définissant une politique d'accompagnement individuel
2. « Valoriser les compétences et les prises de responsabilité » en :
Prenant en compte l'activité de recherche des non universitaires
Encourageant le développement du management médical
3. « Développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences »

En ce qui concerne le management durable, les axes de travail portent sur l'amélioration de la circulation et de la transmission des informations notamment au sein des pôles, sur l'appui à apporter aux médecins dans leurs pratiques managériales et sur le développement d'une culture d'établissement et le renforcement du sentiment d'appartenance.

CHU de Reims

Le projet social et le projet managérial sont mixtes, PM/PNM, intégrés au Projet d'établissement 2016-2020. Le champ d'action privilégié est le pôle.

A - Dans le projet social, la partie relative à la modernisation des relations sociales est commune au PM et PNM. Le but est de « créer un contexte favorable à l'expression des

besoins des professionnels et développer des valeurs sociales partagées. » à partir de quatre axes :

1. L'amélioration de l'accueil et l'intégration du personnel
2. La création d'une culture commune
3. L'intégration des pôles dans le développement d'une politique sociale durable
4. L'amélioration de la QVT

Mais il y a aussi une partie dédiée uniquement au PM. Elle porte sur l'amélioration du parcours des jeunes praticiens. Il s'agit :

1. D'offrir des perspectives de carrière aux jeunes médecins en travaillant en lien avec l'Université et en insistant sur un recrutement sur projet via son examen par la commission des postes de la CME, en procédant dans une complète transparence
2. Développer une GPMC médicale territoriale, en coordonnant besoins de recrutement médical du territoire et les flux de sorties des internes, afin d'apporter des perspectives de recrutement les plus précoces possibles et de sécuriser les projets de recrutement à moyen terme.
3. D'être transparent sur les conditions de recrutement en s'appuyant sur des fiches « perspectives de carrière » gérées par la commission des postes de la CME et les responsables médicaux, et en apportant de la lisibilité sur les postes offerts aux nouveau recrutés. (Statut/droits/obligations)

B - Le projet managérial est lui aussi commun PM/ PNM et situe son action prioritairement à l'échelle du pôle.

Cependant certaines thématiques concernent fortement le PM.

Il est envisagé de développer les compétences des responsables des structures internes en apportant des outils de management :

Proposer des journées de formation à chaque responsable ; construire des outils de management adaptés (sur la réglementation mais aussi les savoir-faire et savoir-être) ; développer le recours aux fiches de poste : définir le périmètre des activités selon les compétences et les responsabilités ; et celui à l'évaluation avec la création d'un guide de l'entretien d'évaluation.

En lien avec le DPC, une GPMC doit être déployée à partir d'une cartographie des métiers et d'un bilan des postes vacants.

Enfin, l'amélioration de la QVT concerne également le PM, et doit passer par le développement de la médiation (création d'une cellule d'écoute et de dialogue

interprofessionnelle) et la définition de relations sociales renforçant les collectifs de travail (valeurs communes, lieux d'expression pour tous, bienveillance managériale).

B – Éléments de propositions pour l'intégration d'un volet médical au projet social du CHSA.

Un projet social commun PM/ PNM :

On constate pour l'ensemble des CHU étudiés que leur projet social concerne l'ensemble de leur communauté hospitalière. C'est un outil d'intégration des médecins au sein de cette communauté, afin de leur y donner une place à part entière.

Il semble donc cohérent d'associer le personnel médical aux propositions du prochain projet social du CHSA. On peut isoler, si cela apparaît nécessaire, et c'est ce qui a été fait dans tous les documents étudiés, certaines thématiques propres aux médecins au sein d'axes spécifiques PM, en raison de leur statut et de leur exercice professionnel particulier.

Un pilotage mixte et une démarche participative :

Pour réussir le déploiement d'un projet social ainsi renouvelé, un pilotage associant la DRH et la DAM, ciblant les axes prioritaires du projet et cadrant les actions nécessaires à leur mise en œuvre (type d'action, acteurs concernés, durée, objectifs quantifiables) peut être envisagé.

Il peut s'appuyer sur une démarche participative de groupes de travail inter professionnels pour chacun des axes pré déterminés par les directions pilotes.

En ce qui concerne les actions relatives spécifiquement au PM, et à la lecture des projets sociaux étudiés, deux directions pourraient être amenées à participer à leur déploiement, la direction de la Formation (DPC, formation managériale des responsables de structure) et la Direction de la Communication (valorisation du travail médical, création et adhésion à une identité d'établissement)

Un groupe de réflexion et des thématiques spécifiques au PM :

Un groupe peut être créé par la CME (à l'image de celui du CHU de Montpellier) afin de travailler sur les axes spécifiques au PM. Une extension de l'enquête récente sur les risques psycho sociaux portant spécifiquement sur les problématiques du PM au CHSA pourrait servir de base de réflexion.

Les thématiques les plus souvent abordées dans les projets sociaux étudiés peuvent être regroupées et synthétisées :

- En début de carrière, attirer les jeunes praticiens et anticiper leur parcours professionnel
- Accompagner au mieux le déroulement de carrière des praticiens afin de conserver les forts potentiels
- Reconnaître et valoriser le travail de l'ensemble des praticiens, médical et non médical, universitaire et non universitaire

Un projet managérial commun polaire :

En parallèle du projet social, un projet managérial commun PM/PNM pourrait accompagner une démarche d'amélioration des pratiques managériales polaires. Le niveau polaire semble être le plus pertinent afin d'améliorer les pratiques managériales de l'encadrement médical et non médical (évaluation, information) et réussir le développement d'une culture d'établissement commune.

Annexe n° 2 : Grille d'analyse des entretiens menés

13 entretiens menés en juin et juillet 2016

Deux groupes distincts interrogés : praticiens hospitaliers et administrateurs

Entretiens semi-directifs

Durée : 30 minutes maximum

Trois questions préalablement posées :

La fidélisation du personnel médical est-elle un enjeu au CHSA ?

Quels sont les leviers de fidélisation existant au CHSA ?

Quels sont les leviers de fidélisation envisageables ?

Médecins	DR Mercuel	Dr Boiteux	Pr Gaillard,	Pr Meder,	Dr Sauvageon	Dr Gadeyne	Dr Velasco	Mr Martin, interne en anesthésie- réanimation
La fidélisation, un enjeu ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour éviter les départs - Pour transmettre et enseigner - Limiter les risques de judiciarisation, de multiplication des tâches administratives, de concurrence du privé 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuite existante dans services car charge de travail élevée - Rémunération - nouveaux choix de vie des internes vers des charges de travail amoindrie 	<ul style="list-style-type: none"> - « double lien » des jeunes médecins : hyperspécialisation et volonté de voir d'autres choses 	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement en équipe à récompenser - Possibilité d'aller voir ailleurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de recrutement du service : manque de dynamisme du service et aspect monothématique de l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Disparité d'enjeu selon les services - Difficultés : contraintes horaires, gardes, burnout 	<ul style="list-style-type: none"> - Dynamisme de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de projection sur sa future activité professionnelle
Leviers existants	<ul style="list-style-type: none"> - Activités de recherche - Crèche 	<ul style="list-style-type: none"> - Localisation du CHSA - Réputation de savoir-faire 	<ul style="list-style-type: none"> - Adéquation profil, poste - Logique managériale pour jeunes PH - Démarche constructive et souple avec la DAM 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche et enseignement - Label Sainte-Anne - Environnement de travail dynamisant 	<ul style="list-style-type: none"> - Taille de l'établissement - Recherche - Universitarisation - Pas de maternité donc moins de garde 	<ul style="list-style-type: none"> - Transversalité - Rapports avec le chef de service - CHSA = Mecque de la psychiatrie - Diversité des activités - Diversité des collègues praticiens 	<ul style="list-style-type: none"> - Tradition et transmission - Mis en perspective historique - Accueil des jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> - Journée d'accueil des internes - Qualité outils de travail
Leviers à venir	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération sur objectifs - Formation continue - GHT : débouchés de carrière - Nouveaux modes de management 	<ul style="list-style-type: none"> - GHT - Implication des médecins dans la décision - Diversification des activités du PH : formation au management 	<ul style="list-style-type: none"> - GHT : scepticisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Prime « pot commun » - Mise à disposition du matériel technique de haut niveau - Qualité du soin 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'administration de l'établissement - Formation en management - Clarification du rôle de chef de service 	<ul style="list-style-type: none"> - Echange de bonnes pratiques via le GHT 	<ul style="list-style-type: none"> - Emulation - GHT : scepticisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Renfort des interactions entre spécialités

Administratifs	Mme Bez, DAM	Mme Wasmer, pôle neurosciences	Mr Yven, DAM EPSMB	Mme Patenotte, dir com	Mme Mocellin, DRH
La fidélisation, un enjeu ?	Pas pour projet médical mais pour services Accompagnement par DAM gestion moyens et compétences services Spécialités en tension Evolution des mentalités	Contexte hospitalier dur Médecins non managers GHT : risque illisibilité et dilution Fidélisation : besoins non uniformes	Démographie médicale Assistants associés	Question de la « marque » Intégration à une stratégie de groupe Créer de l'attachement	Enjeu d'abord PNM
Leviers existants	Activités de recherche Communication : valorisation de la recherche Management médical au niveau polaire	Localisation Services universitaires Duo directeur référent/ chef de pôle	Perspective de poste de PH en sortie internat Chef de pôle		
Leviers à venir	Intéressement : travail équipe, recherche Formation managériale des chefs de service et de pôle	Désignation chefs service et pôle Identité établissement Intéressement	Réflexion sur GPMC GHT : intérêt clinique et scientifique Amélioration des outils à disposition Formation médicale commune // Formation des responsables médicaux	Fédérer ; projet culturel Détection des potentiels	Conditions de travail Formation Projet social commun Œuvres sociales

Bellicchi

Guillaume

2016

Directeur d'hôpital
Promotion 2015-2016

Comment fidéliser le personnel médical ? L'exemple du Centre Hospitalier Sainte-Anne

Résumé :

Le Centre Hospitalier Sainte-Anne bénéficie d'une forte attractivité qui contribue à la fidélisation de son personnel médical. Il est soumis à des tensions démographiques et des mutations sociétales semblables à celles de l'ensemble des praticiens de l'hôpital public. Pour garantir l'attractivité forte du CHSA, la question de la fidélisation de son personnel médical se pose.

Afin de fidéliser les praticiens d'un pôle aux spécialités en tension, le CHSA développe des collaborations et fait preuve d'opportunisme organisationnel. Une rétribution des équipes médicales du pôle peut être envisagée sous forme d'aide à la recherche ou de mise à niveau des plateaux techniques.

Au-delà des spécialités en tension, le CHSA peut fidéliser l'ensemble de son personnel médical en se saisissant d'opportunités territoriales et sociales.

Dans le cadre du GHT-Paris Psychiatrie et Neurosciences, des pratiques sociales et managériales à destination des praticiens peuvent être déployées.

Le volet médical d'un projet social de territoire, et un plan de formation transversal proposé aux encadrants ou futurs encadrants médicaux, peuvent contribuer à renforcer la fidélisation du personnel médical.

Mots clés :

Attractivité, CHSA, Fidélisation, GHT, Plan de formation, Pôle, Praticiens Hospitaliers, Projet Social, Territoire

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.