



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

**La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des
Compétences (GPEC) médicales comme outil
stratégique de stabilisation des organisations et
de fidélisation des talents**

L'exemple du CHU de Saint-Etienne

Juliette ELCHINGER

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Monsieur Conrad BREUER, mon maître de stage et directeur des affaires médicales et de la recherche au CHU de Saint-Etienne. Concepteur de la GPEC médicale telle que présentée dans ce mémoire, il a été moteur dans la réalisation de cette démarche et m'a accompagnée tout au long de mon stage pour mener à bien ce travail.

Mes remerciements se portent également vers Monsieur Frédéric KLETZ, du Centre de Gestion Scientifique des Mines de Paris, qui a accepté d'encadrer ce mémoire et n'a cessé de challenger son contenu grâce à ses questionnements multiples et son intérêt sans faille pour le management hospitalier. Il a su nourrir ma réflexion pour étayer ce travail.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de l'équipe de direction du CHU de Saint-Etienne et à Monsieur Olivier BOSSARD, son Directeur général, pour leur accueil et pour avoir pris le temps de répondre à l'ensemble de mes interrogations.

Ce travail n'a été possible qu'avec le concours de la communauté médicale du CHU, particulièrement ses chefs de service et ses chefs de pôle que je souhaite remercier pour leur implication et leur disponibilité.

Enfin, mes remerciements se portent vers l'équipe pédagogique de l'EHESP et notamment Monsieur Yann DUBOIS, directeur de la filière directeur d'hôpital, qui m'a permis de développer mon cadre de connaissances hospitalières et d'envisager sereinement mon avenir en qualité de directrice d'hôpital.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	4
1 La GPEC médicale répond à un déficit de pilotage des ressources humaines médicales dans un contexte de démographie défavorable	9
1.1 La gouvernance hospitalière face au défi du pilotage des ressources humaines médicales	9
1.1.1 La démographie médicale crée des enjeux de renouvellement des équipes médicales et contraint le développement d'activités	9
1.1.2 L'analyse comparative de pratiques de gestion des ressources humaines médicales en CHU et CHR montre une grande homogénéité dans l'absence de pilotage prévisionnel	13
1.1.3 L'absence de pilotage des ressources médicales est multifactorielle et met en péril la continuité de l'offre de soins	18
1.2 La mise en œuvre de la GPEC médicale au CHU de Saint-Etienne	22
1.2.1 Définition et concepts clés de la GPEC médicale	22
1.2.2 Méthode et approche de déploiement au CHU de Saint-Etienne.....	25
1.2.3 Résultats et avancement de la démarche	31
2 Si la GPEC semble inaccessible pour de nombreux établissements, elle apparaît comme l'outil le plus approprié pour sécuriser les carrières des médecins et stabiliser les organisations	35
2.1 La GPEC présente des limites dans son implémentation liées à des contraintes humaines, institutionnelles, de communication et à une objectivation difficile des données	35
2.1.1 La GPEC médicale fait face à un manque d'outils adaptés et partagés permettant notamment de quantifier le temps médical	35
2.1.2 La démarche doit être accompagnée d'un environnement institutionnel adapté et être dotée de moyens humains.....	38
2.1.3 Elle nécessite également un changement culturel dans la communication entre les médecins et la direction pour favoriser l'adhésion	42
2.2 La GPEC médicale est l'outil le plus approprié à ce jour pour stabiliser les organisations de soin et sécuriser les médecins dans le déroulement de leur carrière au CHU	45

2.2.1	La GPEC doit se démocratiser par des tableaux de bord pour la gouvernance dans l'ensemble des établissements de santé pour maintenir les compétences en anticipant les besoins et tensions à venir	45
2.2.2	La gestion des ressources humaines médicales, au-delà d'être partagée et transparente, doit être individualisée et territoriale pour assurer le renouvellement et la stabilisation des équipes	48
2.2.3	La GPEC révèle un changement culturel à l'hôpital par une approche pro-active des directions hospitalières et une modification de la perception par les médecins de leur métier	51
	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
ARS : Agence Régionale de Santé
AURA : Auvergne-Rhône-Alpes
CEMH : Commission des Emplois Médicaux Hospitaliers
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CNG : Centre National de Gestion
COPROJ : Comité Projet
CPHU : Commission de Prospective Hospitalo-Universitaire
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
DAFCG : Direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion
DAM : Direction des Affaires Médicales
DAMR (*masc*) : Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche
DAMR (*fem*) : Direction des Affaires Médicales et de la Recherche
DES : Diplôme d'Études Spécialisées
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DIM : Département d'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPI : Dossier Patient Informatisé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation, et des Statistiques
DSN : Déclaration Sociale Nominative
ECN : Épreuves Classantes Nationales
EPRD : Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses
ETP : Équivalent Temps Plein
FMC : Formation Médicale Continue
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPEEC : Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GTT : Gestion du Temps de Travail
IFRAP : Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPA : Infirmier de Pratique Avancée
IP-DMS : Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
RH : Ressources Humaines
RMM : Revue de Morbi-Mortalité
SMJS : Strategic Management of Jobs and Skills
SSPIM : Service de Santé Publique et de l'Information Médicale
TTA : Temps de Travail Additionnel
UF : Unité Fonctionnelle

Introduction

La santé publique et le maintien de la population en bonne santé reposent nécessairement sur un système de soins organisé et coordonné. La prise en charge des patients ne peut être assurée que grâce à des professionnels de santé formés et en nombre suffisant. Après une anticipation de la pénurie des ressources humaines paramédicales par une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) par répertoire métier (Direction des hôpitaux, ministère de la Santé, 1997), le personnel médical se retrouve désormais concerné dans un contexte de démographie médicale défavorable (Barlet et al. 2010).

Le pilotage des ressources humaines médicales apparaît fondamentalement comme un sujet primordial, mais dont les directions des affaires médicales des établissements ne se saisissent pas, faute de capacités au sein de leurs équipes et du poids de la culture hospitalière laissant aux chefs de service le soin de composer leurs équipes. Aussi, comme décrit dans ce mémoire, les ressources humaines médicales sont actuellement gérées en se basant sur un effectif historique plutôt que sur un effectif cible défini en fonction des activités à couvrir. Cet état de fait conduit parfois les directions à gérer des crises liées à un manque de ressources humaines médicales non anticipé.

Dans ce contexte, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) émerge alors comme un outil stratégique de planification et d'anticipation des besoins en ressources, ici les médecins au sein des différents services hospitaliers (Ministère du Travail, 2014). La GPEC vise ainsi à aligner les besoins en médecins sur les objectifs organisationnels actuels et futurs des différentes activités couvertes. En cela, il s'agit d'une adéquation des besoins organisationnels et des besoins des médecins, ces deux variables étant constamment fluctuantes. Elle tend à assurer un renouvellement des équipes médicales grâce à une prospective et donc à maintenir une offre de soins complète sur le territoire et à limiter les disparités d'accès aux soins.

Sujet ancien et daté, le développement de la GPEC semble avoir été mis de côté depuis son développement à la fin du XX^{ème} siècle. Considérée comme normale dans le privé et imposée aux entreprises de plus de 300 salariés depuis la loi Borloo de 2005 (Baruel Bencherqui, et al. 2011), cette forme de gestion a été plébiscitée et développée au sein des trois versants de la fonction publique, laissant de côté la gestion des ressources humaines médicales, celles-ci n'ayant pas de liens hiérarchiques avec le directeur d'établissement (Article L.6143-7 du code de la santé publique (CSP)). Aussi, la GPEC

médicale apparaît comme un outil innovant de pilotage des ressources humaines médicales qui répond aux enjeux de 2023 et des années à venir en termes de stabilisation des effectifs et de fait, d'attractivité pour les jeunes médecins à l'hôpital.

Toutefois, aujourd'hui, de nombreuses questions se posent : pourquoi aucun pilotage des emplois médicaux n'est réalisé sur des critères objectifs quand l'ensemble des équipes paramédicales disposent d'effectifs cibles et d'effectifs minimum ? Quel pilotage des effectifs médicaux permet de stabiliser les organisations de soins et de pérenniser les équipes ? Si la GPEC permet de décrire les organisations existantes, comment sert-elle d'outil de planification et de pilotage pluriannuel ? La GPEC permet-elle, au-delà des effectifs cibles qu'elle projette, d'égaliser les conditions de travail entre services ?

Aussi, comment la GPEC favorise-t-elle une stabilisation des effectifs et contribue-t-elle à la fidélisation des talents ?

En partant du postulat que ses effets sont positifs et permettraient de doter la direction générale de tableaux de bord efficaces pour accompagner les projets de soins, d'activité et d'organisation des services et des équipes médicales, la gouvernance du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Etienne a souhaité mettre en œuvre une démarche de GPEC médicale auprès de l'ensemble de ses services hospitaliers.

Ce mémoire retrace la méthodologie utilisée pour apporter des éléments de réponses en faveur de la généralisation de cette démarche auprès de l'ensemble des CHU et CHR de France remplissant les conditions préalables nécessaires à sa diffusion. Si la GPEC médicale répond à un déficit de pilotage des ressources humaines dans un contexte de démographie médicale défavorable (I) et semble inaccessible pour de nombreux établissements, elle apparaît comme l'outil de gestion le plus approprié pour sécuriser les carrières des médecins et stabiliser les organisations (II).

Ce travail présente donc l'importance du pilotage des ressources humaines médicales pour faire face aux enjeux hospitaliers du XXIème siècle, à savoir la pénurie médicale et le risque de rupture de l'offre de soins qui en découle. Une analyse comparative a été réalisée auprès de 29 CHU et CHR pour proposer un état des lieux de ce pilotage, servant de base de réflexion au déploiement d'une démarche de pilotage centralisée à la direction des affaires médicales mais co-construite avec les chefs de service. Les facteurs d'absence de pilotage sont ensuite explicités pour mettre en lumière les risques de rupture de l'offre.

Ensuite, ce mémoire expose en détail comment se conçoit une démarche de GPEC, à la fois dans la littérature, qui est inexistante concernant le personnel médical, et au CHU de Saint-Etienne, novateur dans la mise en œuvre d'un tel outil. Il sera le premier CHU de France à compléter la démarche et à la placer au cœur des arbitrages de la gouvernance concernant la gestion du personnel médical.

Dans un second temps, ce mémoire présente les limites à la mise en place d'une telle démarche, en particulier le manque d'outils adéquats préexistants et la difficile quantification du temps médical. Des conditions sont également nécessaires à sa réussite comme la nécessité d'un environnement institutionnel adapté et prêt à accorder une place importante aux résultats de la démarche afin qu'elle soit crédible auprès de la communauté médicale. Afin de mener cela, un réel changement dans la communication entre la direction et les chefs de service devrait s'opérer.

Enfin, ce mémoire expose la nécessaire démocratisation de l'outil en offrant aux gouvernances des tableaux de bord synthétiques, explicatifs mais aussi détaillés et commentés pour éclairer les décisions prises et permettre à la direction des affaires médicales (DAM) de disposer d'indicateurs de pilotage fiables. En ce sens, cette démarche se doit d'être partagée, mais individualisée et non globale comme préconisée pour les personnels de la fonction publique. Afin de répondre aux enjeux à venir, cette démarche doit nécessairement devenir territoriale, bien que ce développement soit encore prématuré. Ce mémoire invite enfin à s'interroger sur l'évolution de la perception du métier de médecin-manager pour permettre l'utilisation d'outils de gestion comme la GPEC, qui aurait été rejetée par la communauté médicale d'il y a 30 ans, lorsque la GPEC était une innovation managériale majeure et déployée dans la majorité des milieux.

Méthodologie

Enquête de terrain inductive

Pour conduire cette recherche, une enquête de terrain basée sur une méthode inductive a permis de présenter les résultats de ce mémoire. Ceux-ci sont basés sur les formalisations des outils de GPEC, tels que décrits en 1.2.2, leur analyse, leur utilisation, et les conséquences induites par leur mise en place.

Pour mettre en œuvre la démarche de GPEC au CHU de Saint-Etienne, tous les services du CHU bénéficient d'un entretien initial de deux heures entre leur chef de service et la direction des affaires médicales et de la recherche (DAMR) pour récolter des données brutes d'organisation d'activité et sur chacun des praticiens, permettant la formalisation de l'outil de GPEC.

Ces entretiens, afin d'obtenir une plus grande justesse de retranscriptions et de circulation de l'information, ont été conduits pour l'ensemble d'entre eux à l'exception de 4, par un binôme de la DAMR, le plus fréquemment, le DAMR et moi-même. Les chefs de pôle et les directeurs de pôle étaient conviés aux entretiens de GPEC des services de leur périmètre. Aussi, à ce jour, 62 entretiens initiaux sur 66 ont été réalisés dont 46 auxquels j'ai assisté ou que j'ai conduit. 4 services restent à rencontrer en septembre 2023 dont les rendez-vous sont organisés.

À l'issue de chacun des entretiens, j'ai réalisé un post-traitement de l'ensemble des données afin d'obtenir un maquettage complet du service et de sa prospective d'évolution dans le temps. Ce travail est obtenu par des recherches documentaires sur les différents services, l'extraction des données des transcriptions d'entretien, de l'appui des logiciels métiers RH, du Dossier Patient Informatisé (DPI), et du logiciel de temps de travail des médecins.

Chacun de ces entretiens a donc conduit à la formalisation d'un outil détaillé, qui est retravaillé lors d'échanges ultérieurs avec les chefs de service lors de nouveaux entretiens pour les services les plus complexes, ou par courriel ou téléphone pour les services nécessitant moins de retraitement. Ce travail a été finalisé pour une majorité de services avant les conférences budgétaires de pôle au mois de juin où les premiers résultats étaient présentés. Une actualisation régulière est réalisée lors des échanges avec les chefs de

service et de pôle concernant les recrutements ou départs prévus ainsi que les évolutions d'activité envisagées.

Les résultats présentés dans ce mémoire sont issus de l'analyse de l'utilisation de ces données. Les indicateurs utilisés pour vérifier le facteur d'attractivité ou de stabilisation des organisations sont relatifs à l'anticipation des recrutements et des fidélisations d'internes avant qu'ils ne reçoivent de propositions d'embauche d'autres établissements de santé. De même, il est nécessaire de s'intéresser au nombre de recrutements permis par la mise en lumière de l'importance de conserver des compétences particulières. L'objectif de la GPEC n'est pas que quantitatif, mais également qualitatif pour assurer une pérennité de l'offre de soins.

Ces données sont obtenues par la préparation des Commissions des Emplois Médicaux Hospitaliers (CEMH) qui ont lieu deux fois par an et qui permettent de valider le recrutement des personnels médicaux. À cette occasion, les chefs de service et de pôle font une remontée d'informations en expliquant le besoin de recrutement, la fiche de poste et le profil du candidat. Pour chacun des candidats présentés en juin 2023 nécessitant des créations de poste, le directeur général a interrogé la DAMR pour connaître les perspectives développées en GPEC et la justification de ces recrutements. Cet appui méthodologique a donc permis d'aiguiller les avis de la commission. Aussi, la démarche outille la DAMR pour comparer les perspectives et évolutions prévues en GPEC et l'adéquation en termes de recrutements effectifs.

Analyse comparative par entretiens semi-directifs

De plus, afin d'enrichir les travaux menés, et dans l'optique d'échanger sur les pratiques en termes de pilotage des effectifs médicaux, j'ai réalisé une analyse comparative quantitative et qualitative auprès de 29 CHU et CHR (excluant le CHU de Saint-Etienne) qui ont pu être contactés, par des entretiens semi-directifs conduits auprès des DAM. Le périmètre s'est limité aux 32 CHU et CHR, ceux-ci disposant d'une taille critique sur leur territoire, les rendant *too big to fail*, pour assurer la prise en charge des patients sur le territoire. Toujours premier employeur dans leur département, ces institutions sont positionnées en recours pour l'ensemble des autres acteurs du soin du territoire. Aussi, il est stratégique d'avoir un regard sur les zones de risque en termes de pilotage des effectifs médicaux dans ces établissements. Leurs équipes doivent être stables et assurer des actes de surspécialité pour leur population.

Un questionnaire leur a été transmis (annexe 3) afin de savoir s'ils disposent d'une GPEC médicale en tout ou partie. Pour clarifier le propos, la démarche leur a été expliquée pour s'assurer de la bonne compréhension par l'ensemble des acteurs du périmètre envisagé, celui-ci s'entendant différemment de ce qui a été travaillé dans la littérature jusqu'alors pour d'autres corps de métiers. En effet, la GPEC médicale portée par le CHU de Saint-Etienne n'étant pas le fait de fiches métiers, il était important de comprendre les pratiques des établissements par comparaison avec ce qui a été mené au CHU de Saint-Etienne.

Dans un second temps, les réponses ont été colligées, puis, après une première analyse des données reçues, les établissements ayant un dispositif de pilotage ont été contactés pour des échanges téléphoniques ou par courriel pour évoquer les outils en place ou envisagés dans leur établissement. Lors de ces échanges, les établissements ont été questionné de manière générale en accroissant progressivement le niveau de détails. Aussi, il leur était demandé comment sont pilotées leurs ressources humaines médicales, s'ils disposent de maquettes organisationnelles et d'effectifs cibles ou s'ils se basent sur l'historique des postes existants. Ensuite, étaient discutés la gestion de l'effectif actuel et son pilotage, et notamment l'existence ou non de prospectives des arrivées et des départs. Ces entretiens ont permis de situer le CHU dans une démarche à l'image de la littérature existante, à savoir, peu développée pour les personnels médicaux.

Revue de littérature

Une revue de littérature a été réalisée pour appuyer les hypothèses émises et contextualiser le propos. Toutefois, la littérature traitant de la GPEC, GPEEC (Gestion Prévisionnelles des Effectifs, des Emplois et des Compétences), GPMC (Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences) ou SMJS (*Strategic Management of Jobs and Skills*) est peu développée après les années 2000, et est inexistante concernant la gestion des médecins. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a sorti le 20 décembre 2022 un outil de maquettage des services et de définition d'un effectif cible mais qui n'a été utilisé à ce jour dans aucun des CHU et CHR contactés hormis pour le maquettage d'un ou deux services dans un seul établissement. La revue de littérature s'est également portée sur les thématiques de la démographie médicale, de la culture hospitalière permettant ou non le développement de ce type d'outils, et de l'attractivité des carrières hospitalières et hospitalo-universitaires pour les médecins, pour comprendre comment un outil de GPEC peut ou non être un vecteur de fidélisation chez les personnels médicaux. Cette approche par la littérature a permis de mettre au jour l'impossibilité de

gérer les ressources humaines médicales dans les établissements de santé avant un changement radical de la culture hospitalière offrant une place plus importante aux sciences de la gestion.

1 La GPEC médicale répond à un déficit de pilotage des ressources humaines médicales dans un contexte de démographie défavorable

1.1 La gouvernance hospitalière face au défi du pilotage des ressources humaines médicales

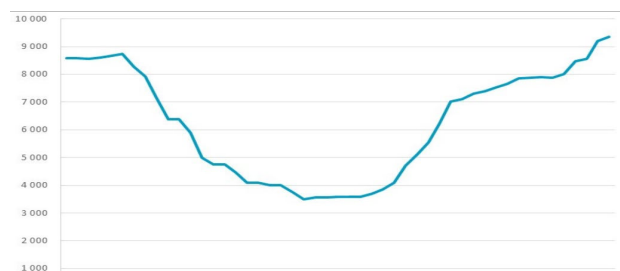
1.1.1 La démographie médicale crée des enjeux de renouvellement des équipes médicales et contraint le développement d'activités

Le numerus clausus a mis en tension les effectifs médicaux

Le *numerus clausus* mis en place en 1971 a fortement impacté le nombre de médecins formés (Deroche, 2022) et sa transition vers le *numerus apertus* en septembre 2021 se voit limitée dans son application par les capacités d'accueil et de formation des facultés de médecine et des CHU. Aussi, le *numerus apertus*, nombre d'étudiants fixé annuellement par le gouvernement, va limiter l'augmentation du *numerus clausus* du fait des capacités de formation des universités (Roberto, 2022). Ce constat est partagé par la Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques (IFRAP) qui indique que les effets de la fin du *numerus clausus* ne seront perceptibles qu'à partir de 2035.

En 1971, 8588 médecins étaient formés chaque année pour atteindre un creux en 1993 avec 3500 médecins formés. La première décennie du XXI^{ème} siècle a augmenté chaque année de manière significative le *numerus clausus* pour passer de 3850 médecins formés en 2000 à 7400 en 2010.

En 2017, le nombre des médecins formés a augmenté de nouveau pour atteindre 8124 médecins (Robert Holcman, 2019). Lorsque les médecins formés dans les années 1960 et 1970 partiront à la retraite, un resserrement des effectifs sera constaté du fait d'une inadéquation du *numerus clausus* en prévision des départs au moment opportun (Huguiet et Romestain, 2014).

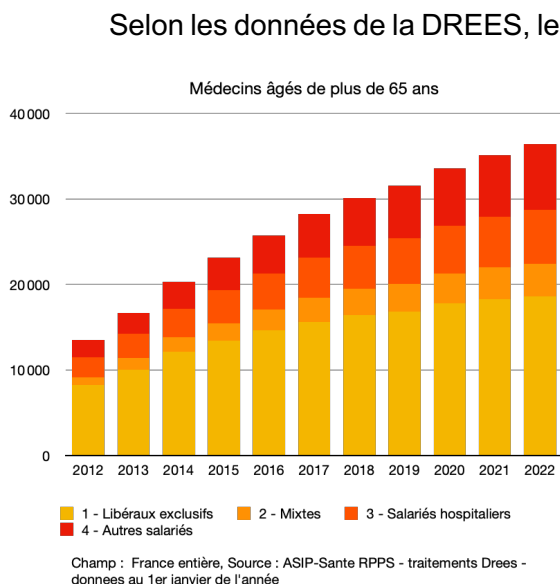


Évolution du numerus clausus entre 1971 et 2020

Source : Drees, *Dossiers de la Drees*, n° 76, mars 2021

À cause de la démographie médicale défavorable pour les médecins libéraux de ville, une partie de l'activité se reporte sur l'hôpital, du fait de prises en charge tardives des patients (Arnault, 2022).

Le vieillissement de la population médicale



le pays doit faire face au départ dans les prochaines années de plus de 30 000 médecins avec une population nationale en augmentation. Sur le territoire, l'âge moyen des praticiens est en légère baisse depuis 2018, mais les salariés hospitaliers sont en moyenne 6 ans plus jeunes que les médecins libéraux. L'âge moyen des hospitaliers en 2022 est de 46,5 ans. Toutefois, comme l'indique la figure ci-contre, le nombre de praticiens âgés de plus de 65 ans est en forte

hausse atteignant 36 895 en 2022. Ils devront être remplacés dans les années à venir, la limite d'âge pour partir à la retraite étant de 67 ans pour les praticiens hospitaliers sauf prolongation jusqu'à 72 ans, et de 72 ans pour les praticiens libéraux. Ce vieillissement de la population est notable chez les praticiens libéraux, mais également chez les hospitaliers, passant de 2294 médecins de plus de 65 ans en 2012 à 6342 en 2022. En Auvergne-Rhône-Alpes en 2022, 1973 spécialistes ont entre 60 et 64 ans et 1914 ont plus de 65 ans (Dataviz, DREES, 2023). Au CHU de Saint-Etienne, la pyramide des âges est défavorable avec de très nombreux départs en retraite à anticiper. La moyenne d'âge était de 45,3 ans en 2022, mais sur les 779 praticiens seniors, 153 avaient plus de 55 ans, soit 19,6% de l'effectif. Si l'on intègre les praticiens attachés, ce chiffre s'élève à 20,9%. Aussi, au regard du renouvellement prévisible et à anticiper, il a été demandé à la DAMR de conduire une démarche de GPEC pour assurer la stabilité des équipes en agissant en amont des mouvements conjoncturels.

Le maintien des compétences

La démarche de GPEC telle qu'elle est conçue au CHU de Saint-Etienne invite à penser le renouvellement de l'effectif en termes quantitatifs mais également qualitatifs. Les

praticiens qui partent à la retraite disposent de compétences particulières, de surspécialisations dont ils sont parfois les seuls détenteurs dans l'offre publique du département. Ces connaissances doivent donc être transmises et pérennisées si elles répondent à un besoin de santé de la population du territoire concerné afin de remplir la mission de recours du CHU pour l'ensemble des patients de la zone d'attraction.

L'hyperspécialisation des nouvelles générations de médecins

Pour autant, le départ en retraite de 20% des effectifs hospitaliers du CHU met également en péril la pérennité des activités de premier recours, dans un contexte d'hyperspécialisation des jeunes médecins, qui, lorsqu'ils sont spécialistes, ne souhaitent plus, ou moins, réaliser d'activités généralistes, particulièrement en milieu hospitalier (entretiens praticiens Q,S,D,F,G). De fait, cette surspécialisation limite l'interchangeabilité des praticiens car limite leur polyvalence sur les différentes pathologies. Aussi, les effectifs augmentent du fait des monovalences. Quand les pédiatres pouvaient se surspécialiser en réanimation, ils exerçaient aussi bien en réanimation néonatale qu'en réanimation pédiatrique. Aujourd'hui, ces deux options sont scindées, ce qui entraîne, auprès de la génération de jeunes médecins une moindre polyvalence sur les deux réanimations, et un choix de leur part de ne réaliser qu'une des deux activités, engendrant une scission de services dans plusieurs villes. La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine (arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine et arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du 3^{ème} cycle des études de médecine) a également induit, si ce n'est précipité, cette logique de surspécialisation. Les Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) qui faisaient le caractère de certaines spécialités ont donné lieu à la création de Diplômes d'Études Spécialisées (DES), ce qui a augmenté le nombre de spécialités médicales et chirurgicales et entraîné de fait une compartimentation et une filiarisation.

L'accroissement du besoin en soins

Le vieillissement de la population médicale est également corrélé avec le celui de la population française ce qui induit un besoin accru d'accès aux soins avec l'accroissement de l'incidence des maladies chroniques (Mesnier, 2018). Aussi, le rapport sénatorial du 29 mars 2022 au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de

santé en France, préconise un recours accru aux assistants médicaux, qui ne sont engagés que dans 20% des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), sont absents à l'hôpital et aux IPA afin de permettre une délégation de tâches des médecins vers d'autres professions pour dégager du temps médical (Deroche, 2022). Le recours aux IPA est facilité à l'hôpital du fait du caractère salarié des agents. En effet, à ce jour, la rémunération des IPA en libéral est décevante pour la profession malgré une revalorisation salariale en 2022. De nombreux freins demeurent que la Cour des Comptes invite en juillet 2023 à lever au regard de la désertification médicale (Cour des Comptes, 2023).

La concurrence des établissements privés

De plus, l'hôpital public fait face à la concurrence des établissements privés à but lucratif qui offrent des rémunérations plus importantes aux praticiens notamment en radiologie et en anesthésie (Cash, 2022), ce qui permet parfois de compenser le manque d'attractivité de certaines zones géographiques, décrites comme des déserts médicaux, où les médecins sont peu enclins à l'installation (Chevillard et al., 2018). Toutefois, il semble se dessiner des pénuries de personnels médicaux et paramédicaux en établissements privés également.

Le manque d'attractivité territoriale

Le département de la Loire et la ville de Saint-Etienne ont longtemps subi une image défavorable, entraînant un moindre choix de cette subdivision au classement des Épreuves Classantes Nationales (ECN) par les nouveaux internes. Malgré tout, selon le classement chaque année de What's up Doc basé sur l'ensemble des choix des internes, le CHU de Saint-Etienne a su passer de la 26^{ème} en 2019 à la 22^{ème} place en 2022 (What's Up Doc, 2022). Des territoires comme le Limousin peinent également à attirer. Dans ce contexte démographique médical, conserver une offre publique de soins est souvent un défi auquel les pouvoirs publics tentent de répondre. De plus, les médecins généralistes mais aussi les médecins spécialistes sont répartis inégalement sur le territoire, rendant difficile l'accès aux soins (Arnault, 2022).

Cette situation démographique déjà périlleuse pour le bon fonctionnement des services est amplifiée par un manque de gestion et de pilotage des effectifs, pourtant indispensables au renouvellement des ressources des services, assurant leur pérennité. Afin d'objectiver cette absence de pilotage des ressources humaines médicales due aux

causes expliquées ici, une analyse comparative a été réalisée entre les différents établissements de santé de taille importante à savoir les CHU et les CHR.

1.1.2 L'analyse comparative de pratiques de gestion des ressources humaines médicales en CHU et CHR montre une grande homogénéité dans l'absence de pilotage prévisionnel

Méthodologie de l'analyse comparative

Afin de comprendre le niveau de pilotage des effectifs médicaux à l'hôpital, vingt-neuf CHU et CHR ont été contactés. Ils ont été interrogés via un questionnaire (annexe 3) sur leur utilisation ou non d'un outil de GPEC médicale tel que décrit en méthodologie avec une explication du périmètre que cela couvre. Aussi, il leur a été demandé s'ils utilisent un ou des outils permettant de décrire l'organisation médicale de chacun des services par activité, en prenant en compte la permanence des soins, la couverture territoriale et l'impact des projets sur les effectifs actuels. Ensuite, ils ont été questionnés sur la réalisation d'un suivi des effectifs et d'une structuration de ceux-ci par poste à la fois pour le secteur senior, mais aussi pour le secteur junior, et enfin ils ont été interrogés sur l'existence ou non d'une prospective des arrivées et des départs au sein des services. Lorsque les établissements ont répondu par l'affirmative pour plusieurs items, alors, ils étaient recontactés pour un complément d'information par courriel ou par téléphone. De fait, 5 entretiens supplémentaires ont été conduits en sus des réponses au questionnaire.

Résultats

Cette étude comparative réalisée auprès de 29 CHU et CHR indique une absence de pilotage utilisant un outil tel que la GPEC dans la majorité des cas recensés.

Statistiques

Sur 29 établissements contactés, 21 réponses ont été reçues. Dix-neuf ne disposent pas d'un pilotage des effectifs médicaux par une GPEC dans leur établissement. Un établissement n'a pas formellement exprimé le fait de disposer d'une GPEC mais dispose de l'ensemble des outils de pilotage caractérisant la démarche et 1 établissement est en cours de création de son outil de GPEC. À la différence du CHU de Saint-Etienne, cet établissement mettra l'outil à disposition des services et des chefs de pôle pour qu'ils définissent eux-mêmes leur organisation médicale par activité afin de définir l'effectif cible.

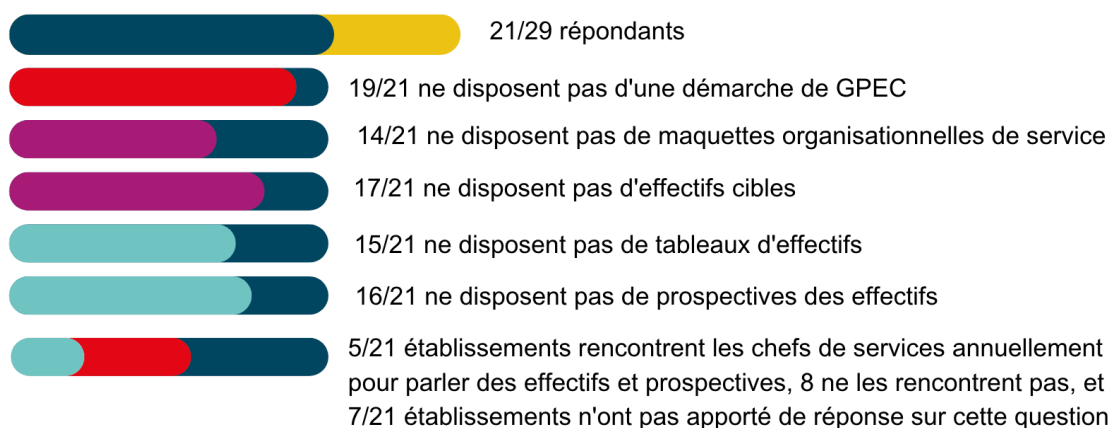


Figure 1 : Résultats du benchmark réalisé auprès de 29 CHU et CHR sur le pilotage des ressources humaines médicales

Aucune démarche de GPEC décrite comme telle n'a été conduite entièrement

À ce jour, aucun établissement n'a complété une démarche de GPEC de manière volontaire. Un des établissements interrogés (CHU K) dispose de l'ensemble des prérequis, à savoir un tableau de suivi des effectifs budgétés, définis à partir des maquettes organisationnelles travaillées avec les chefs de service et validées par la gouvernance, et des rencontres régulières avec les chefs de service et chefs de pôle pour réaliser un suivi des effectifs et établir les perspectives. Pour autant, cette démarche n'est pas présentée comme une démarche globale détaillée et concernant l'ensemble des directions. Une démarche de GPEC est ici comprise comme une démarche holistique qui n'intéresse pas que la DAM mais aussi la direction des finances pour une fiabilisation de l'EPRD sur les dépenses de personnel médical, les directions de pôle en termes de projets et de développements d'activité, et la direction générale, et les directions de la stratégie et des coopérations pour éclairer leurs décisions.

La GPEC semble illusoire pour une majorité d'établissements

Ce qui ressort des échanges, pour la majorité des établissements ayant répondu qu'ils n'avaient pas de démarche de GPEC, c'est qu'il s'agit « du Saint-Graal. C'est l'arlésienne dans les hôpitaux » (M. A, DAM CHU C, 2023), « on n'a pas de GPEC ou rien qui ne s'en approche de près ou de loin, seulement une pyramide des âges à l'échelle de tout le CHU et des éléments plus ou moins fantasmés par les chefs de service, mais rien de formalisé » (M. B, DAM adjoint CHU B, 2023), « on part de très loin après des années de problématiques » (M. C, CHU A, 2023). Finalement, il apparaît une réelle difficulté à faire émerger ce type de démarches pour de nombreux établissements. En effet, un des établissements ne disposant pas de GPEC a expliqué ne pas avoir de maquettes

formalisées et a exprimé la difficulté de s'accorder sur des ratios de médecins, sur la valorisation du temps non clinique et sur la durée des demi-journées. De fait, cet établissement travaille sur l'historique des effectifs existants en essayant de contrôler la masse salariale, toute création de poste devant être financée par une recette fléchée ou par l'activité. Le directeur a rajouté que ce qui se rapproche le plus d'une démarche de GPEC concerne les services en temps médical continu pour lesquels des lignes de postes sont définies pour définir le besoin horaire, mais que ce sont, dans cet établissement, les services les plus dysfonctionnels (M. D, CHU E).

Un premier maquetage pour les services en temps médical continu semble privilégié

Les établissements qui disposent partiellement de maquettes organisationnelles ou d'effectifs cibles commencent aussi par les services en temps médical continu, qui sont souvent « en tension sur le territoire » (Mme E, CHU D). En effet, le passage à ce régime nécessite souvent un protocole, une clarification des lignes de postes, et une quantification du temps médical posté et du temps non posté. Ce dernier point permet de fixer le régime horaire (39h postées + 9h non postées, 44+4, 48, etc), au-delà de ce régime, cela génère du temps de travail additionnel rémunéré. Aussi, dans une optique de pilotage de la masse salariale, il est important de contrôler les passages en temps médical continu. Ceci explique donc pourquoi les directions hospitalières pilotent plus ces services. Pour réaliser ce maquetage, un établissement m'a expliqué utiliser les outils de l'ANAP sortis fin 2022, mais cela reste marginal car lourd d'utilisation. Tous les établissements ont fait part de l'utilisation de fichiers Excel qu'ils remplissent manuellement, corroborant l'absence d'outils communs et partagés entre les différents services et les différents établissements.

Ce travail est également réalisé dans les services confrontés à de nombreux départs ou au *turnover* important, nécessitant de s'interroger sur les raisons de ceux-ci et de stabiliser les organisations et les équipes.

Certains CHU réalisent un suivi des effectifs existants

Un établissement (CHU J) a fait part de l'existence de livrets médicaux qui permettent d'identifier les supports de poste, les praticiens qui les occupent avec une quotité de temps de travail et une affectation par UF. Chaque service en dispose, et tous les changements à venir sont consignés dans ce livret. Toutefois, le maquetage étant un travail très lourd, seul le service d'urgence dispose d'un effectif cible comme les établissements D et E, les autres sont basés sur l'historique. Ils accompagnent cette base historique d'un mode projet pour les créations de poste, en réalisant une fiche médico-économique permettant de justifier le rapport coût-bénéfice du poste créé, comme pour le

CHU E. Ce pilotage vient en appui de commissions des postes hospitaliers trois fois par an, sur le même modèle que les CEMH du CHU de Saint-Etienne. Les chefs de service sont rencontrés une fois par an pour discuter des différentes perspectives envisagées pour leur service.

Les rencontres avec les chefs de service semblent se démocratiser dans les CHU

Les CHU H et I rencontrent également les chefs de service et les chefs de pôle afin d'échanger sur les projets de carrière des médecins de leurs équipes. Ces discussions sont ensuite portées en commission des carrières hospitalières (CHU H), mais elles ne s'articulent pas autour d'effectifs cibles ou de maquettage organisationnel du temps de travail médical. Le CHU I réalise un suivi concerté des effectifs qui se rapproche de la GPEC car il dispose d'un tableau par statut pour chacun des services ; les postes vacants peuvent être compensés par des renforts contractuels et les créations de poste sont présentées en comité projet s'il est adossé à un développement d'activité comme les CHU E et J.

Un CHU a décidé de créer un outil de GPEC qui sera déployé dans l'établissement courant 2024

L'établissement, étant en train de mettre en place une démarche consciente de GPEC (Mme G, DAM CHU F), a pensé initialement s'aider du nouveau logiciel de gestion des postes du CNG, Logimedh, mais le logiciel s'est avéré difficile d'utilisation pour extraire des données utiles à une démarche de GPEC. Aussi, cet établissement a co-construit avec un chef de pôle un outil de diagnostic RH 360 sur Excel, proche de celui mis en place à Saint-Etienne. Il se compose de quatre onglets. Les deux premiers onglets sont très similaires à ceux décrits en 1.2.2 au CHU de Saint-Etienne. Ils décrivent l'organisation médicale par demi-journée en faisant état du présentisme médical ainsi que de la prospective sur plusieurs années des personnels temporaires, titulaires, hospitaliers et hospitalo-universitaires. Il s'agit d'un prévisionnel nominatif.

Les onglets 3 et 4 sont novateurs par rapport à ce qui est proposé au CHU de Saint-Etienne. L'onglet 3, construit avec des chefs de service, propose d'identifier le périmètre couvert par les activités et compétences des praticiens dans le service. Ce périmètre est découpé en temps clinique, en temps non clinique, et en chacune des composantes les constituant, en augmentant peu à peu le niveau de granularité. 20 à 25% de temps non clinique est identifié, bien qu'il ne soit pas encore contractualisé. Cet onglet a été pensé par les praticiens pour qu'ils aient visuellement connaissance des champs de compétences couverts, à développer, à conserver, et potentiellement de mieux comprendre quel est leur positionnement sur le territoire au sein de leur filière de soins en termes de parts de marché. L'idéal serait donc de connecter cet onglet avec les données extraites par le Département

d'Information Médicale (DIM) afin de pouvoir les analyser et bâtir des stratégies de déploiement d'activité basées sur une compréhension partagée de l'activité. Cet onglet a actuellement été testé sur 6 services. Leur dernier onglet est voué à faire le point sur les activités réalisées et appréciées par les praticiens, avec les compétences en regard, sur les activités non réalisées et que l'équipe ne souhaite pas développer et ne sait pas faire, les activités réalisées qui ne sont ni valorisées ni appréciées au sein de l'équipe bien que la compétence soit présente, et enfin, les activités que l'équipe souhaiterait développer mais dont les compétences ne sont pas présentes au sein de l'équipe. Ce dernier onglet permet notamment de s'interroger sur les besoins de formation des équipes dans le cadre d'un dialogue de gestion et d'une démarche de projets à soutenir par l'institution. L'objectif de cet outil est de s'interroger sur ce qu'il est faisable de réaliser dans un temps de travail raisonnable ou encore de déterminer si les activités de recherche déstabilisent les activités cliniques, ou au contraire, si elles ne sont pas assez développées, notamment en début de carrière.

Dans la démarche décrite, ce CHU souhaite laisser cet outil à la main des chefs de service et des chefs de pôle pour qu'ils définissent leur propre organisation et leur propre effectif cible. Au moment des discussions autour des révisions d'effectifs hospitaliers ou hospitalo-universitaires, les trames seront demandées aux chefs de service pour échanger et négocier avec la direction. À ce jour, cette démarche a été réalisée en test auprès de quelques services pilotes pour développer l'outil. Toutefois, il n'a pas encore été généralisé à l'ensemble des services et le sera courant 2024, en fonction des demandes institutionnelles et des priorités indiquées par la nouvelle direction générale.

Constat

L'ensemble des établissements interrogés peinent à piloter leurs ressources humaines médicales. Ils se sont toutefois montrés curieux et intéressés par les résultats de la démarche menée au CHU de Saint-Etienne et ont demandé un retour d'expérience. Des échanges ultérieurs seront conduits pour évoquer les bonnes pratiques en termes de pilotage des ressources humaines médicales, et notamment de la généralisation, lorsqu'elle est envisageable d'une démarche de GPEC.

Cette absence de pilotage, telle que présentée par les différents établissements interrogés repose sur différentes causes identifiées.

1.1.3 L'absence de pilotage des ressources médicales est multifactorielle et met en péril la continuité de l'offre de soins

Culture du « mandarin » hospitalier

L'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique dispose que les praticiens sont indépendants dans l'exercice de leur art (L.6143-7 CSP). Aussi, le directeur d'hôpital ne dispose que d'un pouvoir d'organisation du service et non d'un pouvoir hiérarchique. Les nominations des praticiens hospitaliers relèvent du Centre National de Gestion (CNG). Le directeur propose les nominations au regard des postes vacants après proposition des chefs de pôle et avis du PCME. De fait, le choix des praticiens à nommer est avant tout une responsabilité et une prérogative médicales. Aujourd'hui, la culture du chef de service « mandarin », qui le place au cœur de son écosystème est encore prégnante. Il choisit ses successeurs, c'est-à-dire ceux qui peuvent prétendre à une carrière universitaire ou hospitalière. Le chef de service « en tant que chef d'équipe, c'est-à-dire un meneur dans une discipline de l'action, est d'abord un chef de guerre. Il sait galvaniser les hommes, leur attribuer une juste place en fonction de leurs compétences, les inciter à des actions qui les dépassent ou, au contraire, leur imposer des retraites qui n'ont rien à voir avec le déshonneur » (Masquelet, 2001). De nombreux auteurs ont argué que les médecins avaient perdu leur autonomie et leur pouvoir. Toutefois, pour Eliot Freidson, sociologue de la médecine, les médecins ont su conserver leur autonomie. Il distingue l'élite scientifique, l'élite gestionnaire et le reste des praticiens (Freidson, 2001). Selon lui, seule cette dernière a perdu de l'autonomie. « Les deux élites ont internalisé et traduit les exigences externes (maîtrise des coûts, qualité des soins, etc.) et ont élaboré de nouveaux dispositifs (normes de bonne pratique, etc.) au sein de la profession elle-même » (Pierru, 2012). Ces médecins devenus managers déterminent les médecins techniquement compétents pour les remplacer, qui disposent de bonnes capacités interpersonnelles et qui font consensus au sein de leur équipe pour assurer la pérennité de celle-ci. Dans cette appréciation, la direction de l'hôpital n'a pas de rôle à jouer, ne pouvant juger de la pratique des professionnels, ce qui limite le pilotage des effectifs médicaux. Ce fonctionnement a conduit de nombreuses équipes à être gérées correctement, sans souci de pérennité, avec une formation continue des praticiens et une réelle volonté d'accompagner chaque professionnel dans son parcours professionnel et ses souhaits de carrière.

Toutefois, de nombreux services ne sont pas assez pilotés par leur chef de service avec une absence de prévisions des départs en retraite et des remplacements des praticiens dans les services, voire, une pratique de la « terre brûlée » au départ du chef de service. En effet, certains chefs de service rencontrent des difficultés managériales par

manque de formation, de temps ou par désintérêt de l'environnement administratif. Cela peut conduire au départ volontaire de nombreux praticiens mettant en péril la pérennité de l'offre de soins du service.

Absence d'outil partagé

L'absence de pilotage des ressources humaines médicales provient également d'une absence d'outils d'analyse ou de cadre de dialogue préétabli entre les équipes médicales, les chefs de service et la direction. Avant l'outil développé par l'ANAP et publié le 20 décembre 2022 et qui ne propose qu'un maquetage des organisations, sans prospective, aucun outil n'a été pensé et adapté aux besoins des organisations médicales. Au CHU de Saint-Etienne, il a été établi que le dialogue s'avère trop tardif entre les médecins et la DAMR. Les arbitrages quant aux effectifs hospitaliers sont rendus lors des CEMH deux fois par an pour les effectifs hospitaliers et lors des CPHU pour les effectifs hospitalo-universitaires. Toutefois, l'absence de cartographie des départs et arrivées dans les services et de maquetage de l'organisation des soins permettant de disposer d'un effectif cible, engendre des prises de décisions et des recrutements basés sur la crédibilité donnée aux arguments présentés par les chefs de service ou de pôle.

De plus, dans un rapport d'avril 2023, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) proposent d'utiliser les données de la déclaration sociale nominative (DSN) pour anticiper les tensions en ressources humaines dans les hôpitaux. À ce jour, les Agences Régionales de Santé (ARS) utilisent les données du bilan social annuel des établissements, mais celles-ci ne sont pas toujours à jour et fiabilisées par des contrôleurs de gestion professionnels. L'utilisation de la DSN permettrait d'obtenir des tendances sur les départs et arrivées et sur le nombre d'heures supplémentaires réalisées (Brunet et al., 2023). Toutefois, cette approche macroéconomique ne peut servir d'outil de pilotage au sein des hôpitaux pour les effectifs médicaux, car l'analyse n'est pas assez individualisée et axée sur les compétences des praticiens. De même, concernant les heures supplémentaires, la demi-journée des médecins n'étant pas fixe, les plages de Temps de Travail Additionnel (TTA) ne sont déclenchées que via des contrats particuliers ou dans les services en temps médical continu.

Manque de ressources humaines administratives

Les plans de retour à l'équilibre dans les hôpitaux ou la recherche de l'équilibre financier ont souvent eu un impact sur les équipes administratives qui se sont retrouvées réduites ou dont la taille n'a pas cru aussi rapidement que le développement d'activité ou le nombre de praticiens. En effet, selon la DREES « Entre fin 2003 et fin 2017, les personnels médicaux au sens large ont connu la plus forte augmentation en termes d'effectifs (+30 %). Parmi eux, les effectifs de médecins et assimilés ont augmenté de 20 %, le nombre d'internes de 76 % et le nombre de sages-femmes de 34 %, en lien avec l'extension du numerus clausus sur la période. Les effectifs salariés d'infirmiers ont progressé de 23 %, ceux d'aides-soignants et de personnel administratif de 15 % chacun » (DREES, 2020). Aussi, la charge administrative a augmenté (augmentation du nombre de contrats, d'affectations, etc.) quand les ressources administratives n'ont pas augmenté aussi vite. Les personnels administratifs représentent aujourd'hui 11% des effectifs hospitaliers (DREES, 2020).

Aussi, jusqu'alors, par manque de moyens au regard de la complexité des organisations médicales, aucun suivi individualisé des carrières n'a pu être mis en place. Dans l'idéal, les équipes administratives seraient suffisamment dotées pour accompagner les praticiens tout au long de leur carrière, de l'internat jusqu'à la retraite. En effet, il serait souhaitable que dès l'internat, les internes soient conseillés et orientés au mieux selon leurs souhaits de carrière et de surspécialisation. Ces rencontres permettraient d'améliorer l'attractivité de l'hôpital public, en proposant aux praticiens un parcours sur mesure, partagé entre diverses activités, modes d'exercice ou établissements, répondant à leurs aspirations, ainsi qu'une lisibilité salariale. Au cours de leur carrière, il est également important d'être en mesure d'accompagner les praticiens lors de moments charnières comme la parentalité, les réorientations, les projets de développement d'activité, la maladie ou le handicap. Les affaires médicales devraient être capables de répondre aux multiples interrogations des praticiens et de leur proposer des aménagements. Enfin, accompagner les praticiens vers la retraite est également essentiel en s'assurant que leurs démarches soient effectuées, qu'ils ont assuré leur remplacement et transmis les connaissances nécessaires à la pérennité des activités qu'ils exerçaient.

Pour autant, selon Roland Cash, il est difficile de déterminer le nombre de postes médicaux réellement vacants. « Des données sont fournies sur le nombre de postes occupés par des médecins titulaires (et alors il est constaté que plus du quart des postes sont théoriquement vacants), mais de nombreux postes sont occupés par des contractuels ou des médecins à diplôme étranger » (Cash, 2022). Là encore, les postes ouverts sur

l'application SIGMED du CNG ne reflètent pas réellement les postes vacants ou le nombre de postes nécessaires, l'augmentation du nombre d'intérimaires comme le pointait le rapport Véran en 2013 souligne par ailleurs cette augmentation du besoin et le manque de la ressource médicale (Véran, 2013). En effet, les directions des affaires médicales ouvrent des postes lorsque c'est nécessaire, mais les postes vacants sur la plateforme représentent le nombre de postes un jour occupé, pas le nombre de postes nécessaires. Peu sont les directions hospitalières qui ont fait l'exercice de déterminer des effectifs cibles comme la partie suivante le montre. Les établissements ou services disposant d'effectifs cibles sont souvent le fruit de discussions entre les médecins et la direction actant un effectif. Pour autant, celui-ci se base le plus souvent sur le nombre de praticiens historiques plus que sur un besoin objectivé par rapport à l'activité réalisée.

Aujourd'hui, cette anticipation et cette objectivation des effectifs ne sont pas la pratique dans les établissements. Les modifications de contrats des praticiens sont souvent réalisées dans l'urgence et un suivi rigoureux est difficile au regard du faible nombre de gestionnaires pour traiter l'ensemble des dossiers des praticiens. Aussi, de nombreux recrutements sont manqués, faute de réactivité ou de propositions au moment opportun si cela engendrait un surcoût supplémentaire au moment voulu. L'absence de candidat en remplacement les années suivantes fait parfois regretter ce manque d'anticipation ou de prospectives. Certains services sont ainsi parfois mis en difficulté dans la poursuite de leurs activités dû au manque de médecins.

Dans ce cadre, une GPEC apparaît comme essentielle pour faire évoluer les pratiques et anticiper les recrutements. Un lien médecin/administration doit impérativement se recréer, cette dernière devant se mettre au service des professionnels de santé.

1.2 La mise en œuvre de la GPEC médicale au CHU de Saint-Etienne

1.2.1 Définition et concepts clés de la GPEC médicale

La GPEC peut être définie comme « une démarche de gestion des ressources humaines qui consiste, sans que l'on puisse s'arrêter à une définition unique, à prévoir l'évolution des métiers dans l'entreprise afin d'anticiper les besoins dans ce domaine, les changements d'organisation, et développer les compétences des salariés pour améliorer leur employabilité à court et moyen terme » (Botteau, 2015). Toutefois, adaptée au secteur public hospitalier, et aux ressources humaines médicales, la définition que l'on pourrait retenir est qu'il s'agit d'une démarche permettant de piloter les effectifs en basant le présentisme médical sur les activités réalisées et à réaliser ou développer en s'intéressant au *turnover* et au maintien des compétences dans les équipes pour en assurer le renouvellement et la pérennité de l'offre de soins.

La GPEC est donc un modèle managérial développé en premier lieu dans le secteur privé mais transposé en 1989 via la circulaire Rocard du 23 février 1989 dans le public (Botteau, 2015). En 1993, le rapport Rigaudiat évoquait un développement de cet outil de gestion dans la fonction publique (Rigaudiat et al, 1993) à la suite d'un rapport d'étude au Premier Ministre de mars 1990, d'un guide méthodologique mis en place en 1990 et d'une enquête auprès des administrations en octobre 1993. De nombreux autres rapports et guides ont ensuite été commandés avant l'année 2000. La circulaire DH/EO n°97-22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé avait incité les établissements de santé à se doter d'une démarche de GPEC. Son objectif était « d'ajuster l'organisation des services de soins à l'évolution de leur activité, en identifiant la nature et l'importance des recrutements à opérer, les redéploiements internes et externes, les actions de qualification ou de conversion » (Holcman, 2019). Aussi, approche très plébiscitée dans la fonction publique à la fin du XXème siècle, son développement et son aspect novateur semblent s'être arrêtés et peu de publications parlent de GPEC ces dix dernières années. Concernant l'hôpital, la préconisation du rapport ne semble pas réaliste. En effet, elle cible les fonctionnaires hospitaliers, or, l'impulsion de l'activité hospitalière est majoritairement du fait des médecins. Ceux-ci sont agents publics non-fonctionnaires, et, dans les années 1990, n'étaient pas dans une logique gestionnaire. Aussi, la démarche de GPEC auprès du personnel non médical ne pouvait avoir qu'un impact limité, avec des approches métier et quantitative et non par activité. Aussi, une démarche de GPEC médicale aurait été illusoire à l'hôpital il y a 30 ans.

Publié en 1999, le rapport Vallemont a défini le cadre théorique de la GPEEC en identifiant 6 étapes.

Tout d'abord, il est important d'identifier les métiers et situations de travail. Ceci requiert une connaissance fine des effectifs. Le rapport parle d'une répartition en métiers en la mettant en regard de la pyramide des âges, de l'ancienneté et des compétences. La création de ce répertoire métier sert de base organisationnelle. Toutefois, pour les médecins, l'approche par fiches métiers n'est pas pertinente, chaque spécialité pouvant s'apparenter à un métier différent bien que similaire. L'approche adaptée est plus individuelle et basée sur des compétences socles et des compétences de surspécialité, parfois uniques dans l'établissement. En cela, la GPEC médicale se rapproche de la gestion des cadres et spécialistes décrite dans le rapport, à savoir, individuelle.

Ensuite, le groupe de travail propose d'établir une projection à moyen terme en « appliquant les mêmes comportements que ceux enregistrés actuellement (*turnover*, modalités de départ à la retraite...) selon un scénario « fil de l'eau » » (Vallemont, 1999). De même que pour la première préconisation, cette approche semble devoir être adaptée au monde médical du fait d'effectifs plus réduits et d'une versatilité importante des organisations et des effectifs. En effet, l'entente entre les praticiens d'une même équipe peut stabiliser ou au contraire déstabiliser une équipe en quelques mois, de même qu'un changement de chef de service. Aussi, le fonctionnement par scénarii certains, probables ou aléatoires, suivi d'une analyse des écarts est fortement risqué. Dans le cadre d'une GPEC médicale, il est nécessaire de se baser sur la connaissance actuelle des mouvements à venir par le chef de service et la direction afin de viser la situation la plus juste possible et de manière nominative. Chaque trajectoire de carrière devrait être discutée y compris celle des internes.

La troisième étape consiste à identifier et analyser des facteurs d'évolution et la quatrième à traduire ces évolutions en besoins futurs en effectif par emploi et par compétence. Décrite comme l'étape la plus difficile pour une démarche de GPEC, la plus compliquée pour le personnel médical est celle réalisée en amont de ces 6 étapes, à savoir décrire l'organisation médicale qu'il est nécessaire de quantifier pour obtenir un effectif cible, en fonction de l'activité à réaliser basée sur les besoins de santé, eux-mêmes évolutifs. Les étapes trois et quatre permettent d'identifier les besoins en recrutement et les compétences qui risquent de disparaître si des praticiens n'en disposant pas sont recrutés ou ne sont pas formés à ces techniques ou connaissances particulières. Le métier, ou le

grade, sur lequel les praticiens sont recrutés est d'une importance moindre pour les organisations médicales dès lors qu'il ne s'agit pas d'un remplacement hospitalo-universitaire qui se planifie au moins 10 ans en amont.

La cinquième étape consiste à réaliser une analyse des écarts entre les projections et le scénario défini préalablement en termes quantitatif et qualitatif. Les organisations médicales étant très changeantes, il est nécessaire d'adapter les projections dès qu'une information nouvelle est transmise afin de ne pas manquer de potentiels recrutements ou des changements majeurs.

La sixième étape indique la nécessité d'élaborer une politique de réduction des écarts au moyen d'outils tels que la formation, la mobilité, le recrutement, la promotion. Cette étape est effectivement indispensable une fois les arbitrages rendus par la gouvernance afin de permettre des reconversions professionnelles, encore trop difficiles dans les professions médicales, et permettre une évolution d'activité au besoin (Vallemont, 1999).

Notions méthodologiques de la GPEC

La GPEC à l'hôpital et dans la fonction publique nécessite des ajustements au regard de l'inadéquation du terme « emploi ». L'hôpital est avant tout pensé en grades. Toutefois, un assistant spécialiste en chirurgie digestive aura une activité plus proche d'un praticien hospitalier chirurgien digestif que d'un assistant spécialiste en psychiatrie. Aussi, il est important de décomposer les métiers par activités réalisées par spécialité au sein d'un service et compétences en regard plutôt que par grade occupé. Aussi, l'approche de GPEC par fiche-métier telle que décrite par l'Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE) et désormais pôle emploi, n'est pas adéquate à l'hôpital ; ces fiches doivent être génériques et communes à l'ensemble du métier. L'approche individuelle préconisée pour les cadres dans le rapport Vallemont semble donc permettre une meilleure justesse de la démarche.

Robert Holcman, dans *Management Hospitalier* a décrit le cycle de la GPEC comme indiqué dans la figure ci-dessous :

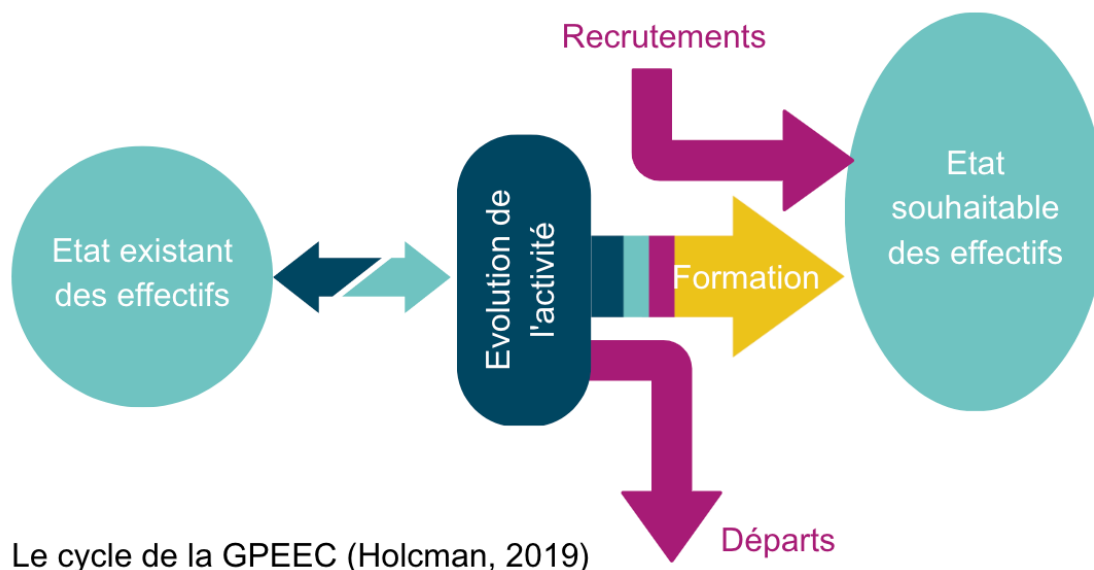


Figure 2 : Le cycle de la GPEEC, d'après Robert Holcman, *Management hospitalier*, 2019

Ce cycle indique donc les départs de l'effectif existant, les relations avec l'évolution de l'activité qui permettent de définir l'effectif souhaitable. Celui-ci s'atteint par des recrutements, des départs ou par la formation interne. Toutefois, ce schéma semble émettre l'hypothèse que les effectifs actuels sont calibrés de telle façon qu'ils sont en adéquation avec l'activité à fournir. Concernant le personnel médical, cette hypothèse semble difficile à admettre, certains services apparaissant en forte pénurie médicale, l'effectif initial ne pouvant servir de base à laquelle on rajoute ou retire des effectifs en fonction de l'évolution de l'activité.

1.2.2 Méthode et approche de déploiement au CHU de Saint-Etienne

Chaque démarche de GPEC est unique, notamment pour les médecins afin de s'adapter au contexte local et aux réalités des services.

Au CHU de Saint-Etienne, la GPEC provient d'une réflexion institutionnelle et d'une demande de la gouvernance de pilotage des effectifs médicaux. Ce projet a été inscrit dans le book des projets à mener en 2023. Cette GPEC vise trois objectifs : être un outil de dialogue de gestion avec les différents services du CHU pour la gestion prévisionnelle de leurs ressources médicales, être un outil de pilotage pour la Direction générale sur les projets de développement des différentes spécialités de l'établissement, être un outil

opérationnel pour la DAMR en matière d'anticipation des départs en retraite, des recrutements, de validation des postes médicaux, d'éventuels renforts ou de définition des plages de TTA.

Il est prévu d'étendre cette démarche à l'ensemble du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) une fois la démarche conduite au sein du CHU. En effet, elle permet de piloter et d'évaluer les temps médicaux partagés au regard de leur contribution à la réalisation des objectifs du projet médical partagé.

La GPEC répond aux enjeux d'attractivité de certaines disciplines fragiles nécessitant une clarification des projets médicaux, des parcours professionnels offerts ainsi que des modalités d'exercice possibles pour attirer les jeunes médecins. En cela, cette démarche structure les carrières médicales sur le temps long et dans un cadre institutionnel.

Réunion des prérequis

Le DAMR a établi une feuille de route explicitant le contexte, les enjeux, les prérequis pour conduire la démarche et a établi un phasage des différentes étapes. Ces conditions préalables sont d'abord en ressources humaines. Le recrutement d'un contrôleur de gestion pour accompagner la DAMR est apparu indispensable à cette démarche. Ses compétences permettent notamment de fiabiliser les données extraites des logiciels métiers et de sécuriser les affectations des praticiens. De plus, mon arrivée en tant qu'élève-directrice a permis de me dédier au projet, dans un contexte de renouvellement des équipes de la DAMR aux fonctions encadrantes et gestionnaires. Aussi, une sécurisation des missions essentielles était nécessaire avant de développer des projets, la GPEC a donc été pilotée par les cadres de la direction, induisant nécessairement une importante charge de travail du fait du cadre méthodologique rigoureux.

Le DAMR a structuré l'outil d'analyse Excel permettant de mener la démarche auprès de chacun des services (annexe 1). Cet outil est composé de trois onglets. Le premier représente l'organisation médicale. Celui-ci se décompose en une fiche d'identité du service qui indique le nombre et le type d'unités, le nombre de lits, les périodes de fermeture des unités ou de réduction capacitaire, le nombre de plages de consultations hebdomadaires. Ensuite, une trame de la présence médicale par demi-journée indique la répartition médicale idéale sur les différentes activités et le nombre de semaines d'ouverture. La permanence des soins ainsi que la couverture territoriale sont également

indiquées en précisant, pour les astreintes, le nombre de déplacements effectués annuellement. L'ensemble de ces informations permet de définir un effectif cible pour le service. Enfin, deux parties reprennent les particularités d'organisation du service et les projets avec leur échéance et leur impact, notamment sur l'effectif médical.

Le deuxième onglet Excel présente la structuration de l'effectif médical par postes autorisés, statuts, quotité, nom du praticien, compétences particulières, mouvements à venir, indicateur de risque RH, et actions à réaliser par la DAMR dans le temps. Les postes à créer, en attente de validation sont indiqués sur le même modèle. La somme des quotités de temps de travail de chacun des praticiens présents indique l'effectif actuel et l'écart à la cible par rapport à l'effectif cible déterminé dans l'onglet précédent. Ce deuxième onglet présente également la structuration de l'effectif junior : cible, minimum, maximum, autonomie des docteurs juniors, gardes et astreintes, phases de l'internat souhaitées.

Le troisième onglet de l'outil présente une prospective de 2022 à 2028 avec les différents postes et leur occupation. Cela permet d'indiquer visuellement les départs en retraite et les mouvements (départs et arrivées, changements de statuts) à venir sur le service en termes d'occupation des postes. L'évolution des effectifs est rappelée, ainsi que les postes à créer. Enfin, tous les internes de la spécialité sont indiqués sous ce tableau avec leur avancée dans l'internat, leur projet professionnel et l'avis du chef de service. Cela permet de faire apparaître de potentiels recrutements et de fidéliser les internes en amont de la fin de leur internat par de potentielles rencontres avec la DAMR.

En synthèse, en reprenant le principe du schéma de Robert Holcman, la démarche de GPEC au CHU de Saint-Etienne est menée comme suit :

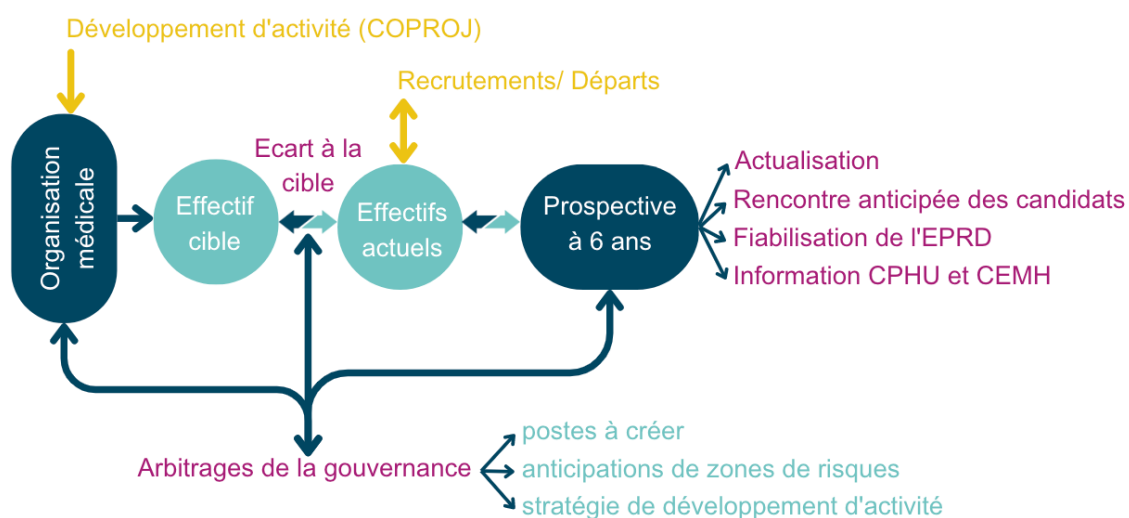


Figure 3 : cycle de la GPEC médicale au CHU de Saint-Etienne

(COPROJ : Comité Projet ; EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses ; CPHU : Commission de Prospective Hospitalo-Universitaire ; CEMH : Commission des Emplois Médicaux Hospitaliers).

L'ensemble des chefs de service et de pôle a été informé de la démarche validée par le trio de gouvernance en instances.

Phase d'entretiens

Afin de conduire la démarche de GPEC, un premier pôle a été sélectionné pour être pilote au mois de janvier 2023. Un second pôle a été sélectionné pour le mois de février. Celui-ci a été réalisé en second à la demande du chef de pôle, très enthousiaste par la démarche de GPEC, ses résultats et son utilisation.

À la différence des autres pôles, ce chef de pôle a sollicité la DAMR pour disposer de l'outil dès le mois de janvier et a demandé à ses chefs de service de le remplir en amont de la rencontre. Il était initialement prévu que l'ensemble des services dispose de l'outil de GPEC en amont de la rencontre avec la DAMR, leur permettant de se l'approprier. Cette solution s'est avérée délicate, l'outil étant complexe et faisant apparaître des résultats souvent faussés aux chefs de service, ceux-ci ne l'utilisant pas toujours adéquatement. Dans ce cas précis, il était donc nécessaire d'expliquer après retraitement des données pourquoi l'effectif cible n'était pas le même que celui qu'ils avaient fait apparaître.

Par la suite, il a été décidé de proposer des dates via une solution de planification de rendez-vous en ligne, *Doodle*, à l'ensemble des services des 9 pôles restants dans une logique de rapidité et d'efficacité. En effet, les créneaux proposés sur un mois ne convenaient parfois pas et des créneaux proposés par la DAMR restaient libres. Un rendez-vous de deux heures a été convenu avec chacun des chefs de service. Les directeurs de pôle et les chefs de pôle étaient également conviés s'ils le souhaitaient, mais peu ont assisté aux rendez-vous.

Un entretien classique de GPEC est conduit en binôme et débute par un rappel de ce qu'est la GPEC, quelle est son utilité, et le déroulé du rendez-vous. Ensuite, un échange est mené sur l'organisation médicale du service afin de décrire le présentisme médical. Les questions sont adaptées en fonction du chef de service, ceux-ci n'ayant pas toujours la même compréhension de l'organisation médicale. Ensuite, un dialogue s'ouvre sur les effectifs actuels et leurs potentiels mouvements, suivi d'un balayage des projets

professionnels des internes en formation ou des potentielles pistes de recrutement. Lors de l'échange, des notes extensives sont prises pour être capables de les retranscrire à la suite de l'échange.

Phase de retraitement

À l'issue de chaque rencontre, j'ai retravaillé l'ensemble des notes prises pour les intégrer dans l'outil Excel. Ce temps de retraitement prend entre 2 et 5h par entretien selon la complexité du service, le nombre de praticiens et d'activités. Il est nécessaire de vérifier les données d'activités avec PMSI pilot, les plages de consultation à recompter en moyenne lissée pour chacun des praticiens du service *via* leur agenda connecté au DPI Easily et de récupérer les données relatives aux déplacements d'astreinte. Ensuite, il est nécessaire de rentrer l'ensemble des praticiens par poste et quotité de temps de travail, compétences et mouvements à revérifier avec ITEM, le logiciel du temps de travail médical qui indique les dates de contrat et les affectations des praticiens par unité fonctionnelle (UF). Pour la structuration de l'effectif junior, une comparaison est réalisée entre le nombre d'internes reçus en moyenne chaque semestre par rapport aux échanges réalisés avec le chef de service. La prospective est ensuite réalisée en prenant en compte les dates d'arrivée et de départ prévues de chacun des praticiens. Enfin, l'ensemble des internes de la spécialité est listé avec leur ancienneté à l'aide d'un logiciel de gestion des internes, *OPPI*, déployé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) depuis juin 2023. Auparavant, cette vérification était réalisée grâce au recensement des internes sur Excel par la DAMR.

Cette phase de retraitement nécessite d'articuler la démarche avec la Direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion (DAFCG) et le Service de Santé Publique et d'Information Médicale (SSPIM) pour obtenir des données fiables d'activité, connaître la validation ou non des projets en Comité Projet (COPROJ) et des projets en constitution, mais aussi le calibrage autorisé sur des activités soumises à dotation. Par exemple, le service de médecine légale dispose d'effectifs normés et ne consulte que sur réquisition, rendant la logique de développement d'activité en parallèle des effectifs inadéquate.

Une articulation a également été pensée avec la CEMH qui utilise les résultats de la GPEC pour rendre ses arbitrages, et en retour, les informations acquises lors des réunions préparatoires permettent d'alimenter la GPEC et de la mettre à jour.

Les outils complétés sont ensuite renvoyés au DAMR pour première validation et ajouts le cas échéant. Les praticiens le sollicitant souvent directement, il dispose

d'informations parfois non partagées en entretien ou *a posteriori* de celui-ci. Dans un second temps, ces outils sont transmis aux chefs de service pour validation de leur part avec des questionnements sur les zones d'incertitude.

Réalisation du « Book Gouvernance »

Après validation de l'ensemble des GPEC par le DAMR, le chef de service et le chef de pôle, un book gouvernance (annexe 2) est réalisé pour chacun des pôles, puis assemblé. Ce book est à destination du trio de gouvernance afin que le Directeur général, le président de la CME (PCME) et le Doyen de la faculté de médecine disposent d'une vision consolidée des effectifs médicaux sur l'ensemble du CHU sur les versants hospitalier et hospitalo-universitaire.

Le book est composé de chapitres. Chaque chapitre correspond à un pôle. La première page du chapitre présente l'évolution des effectifs du pôle par statuts sous forme d'histogrammes. Il présente également les postes vacants par service et une zone commentaire est complétée pour exposer les zones de risques et les faits saillants relatifs aux pôles. Ensuite, le book se compose de 4 pages par service. La première expose la fiche d'identité du service, l'effectif cible, l'écart à la cible, l'effectif d'internes, la pyramide des âges et les projets. Une cartographie des risques en ressources humaines et de productivité est réalisée avec des cadrans de progrès ; le turnover prévu entre 2022 et 2028 est également calculé. Enfin, un graphique d'évolution du nombre de praticiens de 2019 à 2023 est mis en regard de l'évolution de l'activité du service. Une zone de commentaires DAMR/ DAFCG permet d'apporter des éléments d'explications sur les indicateurs de cette page. Sur la deuxième page, la trame d'organisation des activités est insérée avec une partie explicative. Sur la troisième page, la prospective des postes permet visuellement de repérer, en regard de la trame d'organisation des activités, les mouvements à venir, avec une explication des mouvements notables sur lesquels une vigilance particulière est à apporter. Enfin, la dernière page est une page dédiée à la gouvernance avec un rappel de la structuration des postes par grade, les arbitrages à rendre, et une demi-page dédiée aux commentaires de la gouvernance.

1.2.3 Résultats et avancement de la démarche

En août 2023, la démarche est en cours de finalisation. Soixante-deux services sur 66 ont été rencontrés pour formaliser leur démarche de GPEC. Ces rendez-vous ont duré de 35 minutes à 260 minutes (4h20) avec une grande majorité (90%) respectant la durée d'entretien fixée à 2h. En majorité, ces rendez-vous ont été plébiscités par les chefs de service. Les médecins sont très attentifs à la démarche de GPEC car elle leur permet d'entrevoir une possible reconnaissance de leur sous-effectif médical réel ou ressenti, et *de facto* une opportunité de créer des postes dans leur service afin de gagner en qualité de vie au travail et d'assurer une meilleure prise en charge des patients.

35 outils de GPEC ont été complétés et validés par les chefs de service et 2 chapitres de pôles (sur 11) du book gouvernance sont sur le point d'être soumis au trio de gouvernance. Des premiers résultats ont été présentés en conférences budgétaires de pôle, sans toutefois présenter les effectifs cibles, ceux-ci devant d'abord être validés institutionnellement. Certains mouvements ont été à noter entre les entretiens et la conférence de pôle.

Difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la démarche

Les chefs de service rencontrés ont souvent exprimé des difficultés à décrire l'organisation médicale. En effet, la quantification du temps médical reste ardue. Parfois, les praticiens couvrent médicalement l'hôpital de jour tout en réalisant des consultations. Dans ce cas, il n'est pas possible d'indiquer qu'une personne est nécessaire tous les jours en hôpital de jour, tout en indiquant sur la même demi-journée une plage de consultations pour ce praticien. De même, les staffs, réunions, Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP), Revue de Morbi-Mortalité (RMM), mise en place de protocoles ou encore les procédures qualité sont difficilement quantifiables, ces tâches étant réparties de manière hétérogène dans la semaine. De plus, des tableaux de service sont organisés et validés par les chefs de service ; toutefois, ceux-ci n'explicitent pas toujours l'ensemble des activités. Aussi, de nombreux médecins managers peinent à connaître le nombre de vacations de consultations réalisées par leurs collègues. Chaque médecin demeure relativement indépendant dans son organisation, dès lors que l'ensemble des activités est couvert. Aussi, pour les plages de consultation par demi-journée, il a été décidé de les compter pour chacun des praticiens dans leur agenda afin d'avoir la vision la plus précise possible.

Lors des entretiens, il était primordial d'expliquer comment était calculée la présence médicale dans les services en se basant sur l'activité. En effet, de nombreux chefs de service présentaient parfois leur besoin médical en ETP, sans toutefois être capable d'expliquer le chiffre annoncé. À titre d'exemple, les échanges pouvaient être comme suit : « Il me faut X ETP pour cette unité, X ETP pour telle unité », confondant parfois le besoin en présence médicale « 1 médecin tous les jours de l'année » avec ce qu'ils estiment être le bon nombre de praticiens à positionner sur un même poste « 2 ETP parce qu'en comptant les repos de garde, les formations et les congés, il n'y a toujours qu'une personne présente ». Dans la trame, pour ce cas-ci, il faudrait donc indiquer 1 praticien en permanence le matin et l'après-midi sur 52 semaines, et non 2 comme le chef de service l'indiquait, les calculs de l'effectif cible incluant les congés annuels et la permanence des soins. Il est donc nécessaire de vérifier la bonne compréhension des termes et les attentes de la GPEC pour obtenir des données fiabilisées. Par ailleurs, afin de nous apporter des réponses adaptées, plusieurs chefs de service ont, à la suite de l'entretien, échangé avec les praticiens de leur équipe pour préciser la répartition de leur temps médical, notamment dans des services médicotechniques où chaque poste et ligne fonctionnent en relative indépendance.

Lors du remplissage des outils de GPEC, des différences entre les *verbatim* des chefs de service et les données issues des logiciels métiers ont été relevées. Ces inadéquations étaient particulièrement marquées pour les affectations des praticiens par UF. Ces inadéquations ont été détectées dans les conventions entre deux établissements, avec un mauvais pourcentage affecté au CHU et dans l'établissement périphérique, ou de mauvaises affectations entre services du CHU, ou encore de praticiens attachés payés à une certaine quotité et affectés comme tel mais intervenant plus ou moins que la quotité indiquée. Les praticiens vacataires participant aux missions de service public, exerçant donc en libéral et non-salariés du CHU, n'apparaissent pas dans les bases de données, rendant leur identification parfois difficile malgré leur présence souvent indispensable. Aussi, ces erreurs ont un impact direct sur le présentisme médical par rapport à l'effectif cible pouvant parfois desservir les services. Cette démarche permet donc de vérifier les présences réelles et d'adapter les quotités inscrites dans les contrats au réel réalisé.

Il sera important de déterminer un moyen de communication entre les praticiens et chefs de service avec la DAMR pour que l'outil de GPEC soit dynamique et à jour.

Premiers résultats en termes de stabilisation des effectifs et d'anticipation des besoins

À ce stade, les résultats obtenus sont très positifs. Les chefs de service ont apprécié que la DAMR viennent à leur rencontre, dans leur service pour s'intéresser à leur fonctionnement et essayer de comprendre leurs difficultés. Ce travail en profondeur a permis d'améliorer les relations avec les praticiens.

En effet, depuis la réalisation des entretiens de GPEC et la formalisation des trames, la DAMR gagne beaucoup de temps de compréhension du contexte et d'explications des situations. Lorsque les chefs de service ou de pôle discutent de la situation d'un service, d'un praticien ou de recrutements potentiels, il n'est pas nécessaire de recontextualiser la situation du service et du besoin en recrutement. Des mesures palliatives peuvent ainsi être proposées dans l'attente des arbitrages par la gouvernance. Un gain de temps est donc notable pour la communauté médicale et la DAMR.

Les recrutements sont également facilités par un cadre plus clair et un contrat tacite entre les chefs de service, leur chef de pôle, leur directeur de pôle et la DAMR pour anticiper leurs besoins et savoir conserver les talents. À l'issue des entretiens de GPEC, plusieurs rendez-vous ont eu lieu entre des internes ou jeunes praticiens à fidéliser et le directeur des affaires médicales. Ces rencontres permettent d'identifier les potentielles recrues et de rassurer les praticiens sur leur avenir au CHU, de montrer un intérêt de l'institution pour eux et de leur apporter des réponses à leurs questionnements. *In fine*, les chefs de service perdent moins de temps à justifier leur besoin de postes, leur financement par des pourcentages de temps sur telle ou telle activité. Cela crée une base commune de travail saine.

De plus, les outils de GPEC ont été utilisés de manière informelle pour la première fois lors de la CEMH de juin 2023. Ces CEMH évaluent les demandes de postes des chefs de pôle après une remontée par chacun des chefs de service deux fois par an. Les premiers résultats en termes d'écart à la cible ont permis de consolider les appréciations portées par la commission auprès du directeur général et du PCME. Désormais, chacune des CEMH devra se baser sur les résultats de la GPEC et les orientations validées par la gouvernance. Toute création de postes et développements d'activité qui dérogera au besoin préalablement validé devra faire l'objet d'une fiche projet validée en COPROJ et en directoire après étude de faisabilité et consolidation médico-économique.

Aussi, la GPEC permet une gestion dynamique, qui rapproche la DAMR des services, de leur fonctionnement et de leur activité afin d'assurer un pilotage efficace, individualisé de chacun des déroulés de carrière, et transparent.

2 Si la GPEC semble inaccessible pour de nombreux établissements, elle apparaît comme l'outil le plus approprié pour sécuriser les carrières des médecins et stabiliser les organisations

2.1 La GPEC présente des limites dans son implémentation liées à des contraintes humaines, institutionnelles, de communication et à une objectivation difficile des données

2.1.1 La GPEC médicale fait face à un manque d'outils adaptés et partagés permettant notamment de quantifier le temps médical

Un outil à créer, du fait de l'absence de développement de logiciels sur le marché

Avant le développement par l'ANAP d'un outil de maquettage des organisations médicales à destination des services, omettant toutefois une prospective visuelle des arrivées et des départs, aucun outil adapté à l'organisation médicale des services n'était disponible. Lors de la formalisation de la démarche de GPEC au CHU de Saint-Etienne dans le book projet 2022, cette absence d'outil dédié à la GPEC médicale au CHU ou disponible sur le marché a mis en lumière ce manque notable de déploiement d'un pilotage prévisionnel des ressources humaines médicales dans les hôpitaux.

Aussi, il était nécessaire de construire un outil intégralement, prenant en compte l'ensemble des dimensions nécessaires à la compréhension de l'exercice médical à l'hôpital. Tel qu'expliqué en méthodologie, des données multiples et complexes sont à articuler pour obtenir des résultats rigoureux et acceptés par la communauté médicale. L'outil créé se doit d'être lisible à la fois pour les chefs de service, les chefs de pôle et la direction. Dans une optique de facilitation de la décision, le book destiné à la gouvernance permet, à la fois de manière visuelle et synthétique, d'apporter les données offrant une vision d'ensemble du service et du pôle tout en apportant l'ensemble des informations en cas de situations complexes nécessitant un haut niveau de détails. En effet, les principaux points de vigilance et d'arbitrage doivent apparaître en quelques secondes, tout en permettant un travail approfondi si nécessaire.

La nécessité de disposer d'un outil commun et partagé

Le rapport Vallemont préconisait déjà en 1999 des outils de recueil et de gestion des informations sur les ressources humaines partagés (Vallemont, 1999). Les rencontres avec les chefs de service ont mis en lumière l'utilisation par certains chefs de service d'outils de prospectives très intéressants, les permettant de structurer et d'échelonner leurs recrutements. Ces outils ont été développés par eux-mêmes, leurs prédécesseurs ou encore avec l'aide d'anciens directeurs de pôle, tentant de développer des démarches de pilotage et de prospective. Ces outils, parfois proches de la GPEC leur sont, selon leurs dires, indispensables pour gérer leur service. Toutefois, ils regrettaient leurs difficultés à faire reconnaître les résultats qu'ils présentaient, les outils utilisés n'étant pas partagés entre l'ensemble des acteurs, ni validés par la direction. En créant un cadre commun, accepté et validé à la fois par la direction et les services, un contrat tacite est établi. Il est, de fait, nécessaire de valider les effectifs cibles et les structurations de manière collective.

De même, avant le déploiement par l'ARS AURA d'un logiciel de gestion des internes permettant de faciliter les affectations, les agréments de stage, et listant l'ensemble des internes, leur parcours semestre par semestre et leurs informations, la DAMR peinait à obtenir l'ensemble de ces informations, du fait de tableaux très lourds et complexes. La R3C précédemment évoquée a instauré une obligation de maquettage du parcours étudiant de l'interne à la fin de la phase socle. Toutefois, lors des rencontres dans les services, des tableaux de prospectives et de déroulement de l'internat de tous les internes d'une même spécialité, créés par les référents des internes, ont été présentés, ceux-ci étant réalisés depuis de nombreuses années. Ces tableaux, s'ils avaient été partagés, auraient pu être déployés sur l'ensemble des spécialités et de manière commune avec la DAMR, pour faciliter le déroulement de l'internat des internes des différentes spécialités. Ce partage des données et des outils semble donc indispensable pour adopter un pilotage concerté à la fois avec les praticiens seniors et les praticiens juniors. Cette volonté d'intégrer ces derniers dans la démarche de GPEC est pertinente pour repérer les talents à conserver en amont et les guider tout au long de leurs parcours.

L'outil proposé doit être adapté à l'organisation médicale

En effet, les directeurs des affaires médicales se trouvent en grande difficulté lorsqu'il s'agit de quantifier le temps passé par les médecins sur les différentes tâches. Le rapport Le Menn évoquait en 2015 que « Dire que la pratique médicale est « prudentielle », c'est dire qu'elle ne peut être totalement normalisée, puisqu'elle doit toujours avoir la

latitude de pouvoir s'adapter à la singularité des cas traités, ce qui suppose pour le praticien, dans son travail, qu'il puisse disposer de la plus large autonomie possible y compris dans son organisation personnelle pour l'effectuer » (Le Menn et Chalvin, 2015). De fait, tel qu'évoqué lors de l'analyse comparative de pilotage entre les différents CHU et CHR, le temps médical est une donnée difficilement objectivable. Tout d'abord, la durée de la demi-journée est difficile à déterminer. Les médecins doivent réaliser 48h par semaine, cela signifie des demi-journées de 4,8h ; pour autant, ces demi-journées sont en réalité très variables, notamment avec la réalisation de gardes et la complexité des patients présents. Comme expliqué plus haut, le temps non clinique est difficilement quantifiable, notamment en demi-journée, mais parfois, le temps clinique l'est également. Par exemple, pour les consultations, il est important de ne pas compter en nombre de consultations. Une consultation, ne peut être une unité de mesure, elle peut durer de 10 minutes à 1h, selon le degré de complexité du patient, ou selon la spécialité. Or, les données qu'il est possible d'extraire des logiciels métiers ou de gestion correspondent à un nombre de consultations, un nombre d'actes, une valorisation en T2A, mais cela n'indique aucunement le temps médical consacré. Aussi, au CHU de Saint-Etienne, il n'a pas été trouvée d'autre solution que de compter en moyenne, semaine par semaine, pour chaque praticien, le nombre de plages de consultations réalisées. En effet, il est très difficile d'obtenir ces données par les chefs de service ou par les secrétaires. L'objectivation du temps médical est donc très chronophage et manuel. Aussi, une GPEC médicale nécessite le regard du médecin et une approche qualitative des données. Il est fait le choix pour les consultations de définir le nombre de demi-journées par semaine parmi les praticiens du service pour couvrir l'activité. Si le praticien consulte deux fois une demi-vacation, alors ce sera comptabilisé comme une demi-journée.

De même, pour les services que l'on sait en sous-effectif (objectivation par le délai de prise en charge pour une première consultation par exemple de 15 mois), ce travail passe par la définition de ce que serait le temps idéal consacré par demi-journée sur les activités qu'il serait nécessaire de couvrir, afin de ne pas définir comme effectif cible l'effectif actuel, mais bien l'effectif idéal projeté pour couvrir toutes les activités rentrant dans le périmètre de la spécialité pour un niveau de recours.

La notion d'effectif cible doit être appréhendée avec vigilance

Il existe un fort risque inflationniste qu'il convient de limiter. Ce travail de cartographie des activités met nécessairement en lumière des sous-effectifs dans certains secteurs qui devront être arbitrés. Toutefois, une fois explicité, chacun des services

souhaitera faire valoir son sous-effectif afin de recruter, même si celui-ci est comparativement moins important que dans les autres services. Des arbitrages de la gouvernance devront donc définir les priorités en termes de recrutement et de stabilisation des équipes médicales. Ce besoin en recrutement doit aussi faire la différence entre les services en sous-effectif qui peuvent recruter car ils disposent de candidats, et des services en sous-effectif qui n'ont aucun candidat à recruter à court ou moyen terme. De plus, ce mouvement inflationniste pourrait également être aggravé par une reconnaissance des valences non cliniques, dont certaines sont attribuables de droit, pour les praticiens hospitaliers à temps plein par exemple. Ceci est particulièrement vrai dans les disciplines en forte tension, qui demandent le passage en temps médical continu, régime fortement consommateur de ressources médicales et à l'impact financier important, dans un contexte d'augmentation déjà importante de la masse salariale médicale du fait des successives revalorisations, notamment du Ségur de la Santé.

2.1.2 La démarche doit être accompagnée d'un environnement institutionnel adapté et être dotée de moyens humains

Ewan Oiry et ses co-auteurs ont articulé leur GPEC dans les entreprises après la mise en œuvre de la loi Borloo avec « les outils de GPEC utilisés, les liens entre la GPEC et les politiques RH, les liens entre la GPEC et la stratégie de l'entreprise, les liens entre la GPEC et le dialogue social ; et, enfin, les liens entre la GPEC et le territoire » (Oiry et al., 2013). Aussi leur approche, bien qu'appliquée au privé intégrait déjà ce qui apparaît comme nécessaire à ce mémoire, à savoir des outils adaptés, un soutien de la direction générale et une communication importante et accrue comme facteur de réussite de la GPEC. Au-delà du déploiement d'un outil, la GPEC relève de l'ingénierie organisationnelle. Elle repose sur de nombreuses adaptations organisationnelles au sein de l'établissement.

Une direction générale engagée dans la démarche

Une démarche de GPEC médicale doit être lancée et soutenue par la direction générale de l'établissement et l'établir comme la priorité de la DAM. De plus, une des conditions de réussite d'une telle démarche est la coordination au niveau central des études de la GPEC pour préparer les arbitrages concernant les redéploiements de moyens ou les priorités de recrutement. Ce travail ne peut se réaliser qu'avec un dialogue ouvert et transparent entre les membres du trio de gouvernance.

De plus, le Directeur général et le PCME se doivent, dès lors qu'une démarche de GPEC est mise en œuvre, de la mettre au cœur de l'écosystème médical, sans aucune exception. Elle irrigue dès lors les discussions des CEMH, de chacun des recrutements envisagés et des renouvellements hospitalo-universitaires et de chefferies de pôle et de service. De même, les négociations médicales se basent systématiquement sur les outils de travail mis en place et acceptés par l'ensemble de la communauté médicale et administrative. Des dérogations à ce fonctionnement devraient être limitées au maximum.

Aussi, dans le cadre d'un changement de gouvernance, il est important de s'assurer que la direction générale soutient l'initiative. C'est par ailleurs ce qu'il est ressorti des échanges avec l'établissement s'appêtant à déployer une démarche de GPEC (CHU F). Celle-ci va être repoussée dans l'attente de l'annonce des grandes orientations et des priorités de la direction générale.

Une direction des affaires médicales adaptée à la conduite d'une GPEC

Afin de mener à bien cette démarche, dans un établissement comme celui de la taille du CHU de Saint-Etienne (8230 agents), des moyens humains supplémentaires doivent y être dédiés, à hauteur d'un temps plein. En effet, les entretiens en binôme avec les chefs de service sont particulièrement consommateurs de temps, de même que la complétion des différentes trames, leur contrôle au sein de la DAMR puis par les chefs de service et la réalisation du book gouvernance. Ensuite, il est nécessaire de formaliser une stratégie médicale au regard de ces GPEC. Un important travail de recueil de données et d'actualisation se poursuivra après la phase initiale de mise en œuvre. De plus, la GPEC est pertinente en parallèle de la mise en œuvre des entretiens annuels des praticiens qui font remonter leurs souhaits d'évolution de carrière et de montée en compétence par la formation. Aussi, chacune des GPEC devra être analysée pour faire émerger les projets et l'accompagnement requis en termes de formation médicale continue, de moyens humains, et de développement d'activité. Aussi, il conviendra de formaliser l'articulation de la direction générale, de la DAMR, de la DAFCG et des directions de pôle pour fluidifier au maximum les échanges d'informations.

Pour conduire ces missions, un poste de contrôleur de gestion au sein de la direction semble indispensable à la conduite de cette démarche pour réaliser des requêtes adéquates et être capable de conduire une analyse fine des données issues des logiciels RH et de Gestion du Temps de Travail (GTT). Cette personne devrait également être

capable de fiabiliser les informations saisies dans les différents logiciels, notamment en termes d'affectations. De plus, cette démarche constituerait une feuille de route DAMR intégrée dans le quotidien des équipes gestionnaires. Toutefois, ce travail ne peut être réalisé qu'avec le concours des chefs de service.

Des chefs de service et de pôle concernés par les nouveaux processus institutionnels

Les chefs de service sont parties prenantes de la mise en place d'un nouveau mode de pilotage institutionnel, et leur volonté à s'intégrer dans la démarche est primordial. Déjà en 1999, le rapport Vallemont indiquait que l'équilibre entre impulsion politique et nécessaire autonomie de gestion était une condition de réussite de la démarche (Vallemont, 1999). Les chefs de service ne doivent pas se trouver dépossédés de leur pouvoir de choix dans la constitution de leur équipe. Pour autant, cette relative autonomie s'intègre dans une gestion de service professionnalisée, notamment dans le cadre de la mise en place des formations managériales des chefs de service et de pôle. Cette formation aux bonnes pratiques de gestion viendra compléter leurs aptitudes professionnelles permettant de diriger un service dans un contexte de modification des règles de gestion institutionnelle.

Les entretiens annuels des praticiens mis en place en février 2022 à l'article R. 6152-825 du Code de la Santé Publique sont obligatoires et permettent aux praticiens de bénéficier chaque année d'un entretien avec leur chef de service. Ces temps privilégiés permettent d'articuler les aspirations professionnelles des praticiens avec les projets de service. À cette occasion, le praticien est invité à s'exprimer sur ses souhaits de formation, d'évolution et de fixer des objectifs cliniques et non cliniques pour l'année à venir. La formation médicale continue (FMC) va également être revue pour que les souhaits de formation remontent grâce aux entretiens, ceux-ci étant ensuite soumis à l'arbitrage du chef de pôle dans une enveloppe définie. Cette priorisation des besoins de formation pourra s'articuler avec le projet de pôle, les projets validés en comité projet et les priorités institutionnelles. Aussi, les entretiens annuels servent de pierre angulaire à l'alimentation du plan de formation et de la GPEC. Pour autant, lors de cette première campagne, quelques réticences ont émergé de la part de certains chefs de service considérant qu'il n'est pas de leur ressort de « contrôler » les praticiens de leur service, ceux-ci étant autonomes. Cette perception ou rétention d'informations pourrait nuire à la bonne actualisation de la GPEC et à son utilisation optimale.

Le COPROJ au sein de l'établissement est un outil piloté par la DAFCG qui permet aux services de soumettre leurs projets de développement d'activité. Étant impossible d'y

déroger, tout projet nécessitant un déploiement de nouveaux moyens ou couvrant une nouvelle offre de soins doit y être soumis. Il permet de juger de l'opportunité du projet avant la réalisation d'une étude médico-économique et d'un passage en directoire pour validation. Une fois ces projets validés, ils entraînent souvent la création d'ETP sur l'activité concernée. De fait, un outil efficace de GPEC médicale permet de faire correspondre les projets validés institutionnellement de chaque discipline avec des effectifs par la sécurisation de recrutements. Pour cela, il convient que les chefs de service participent à cette dynamique de projets, anticipent les différents mouvements, et les souhaits de création d'activité dans un cadre contrôlé. La GPEC médicale permet dès lors de fixer un effectif cible au-delà duquel toute création d'effectifs doit être validée par l'institution et le COPROJ dans le cadre d'un développement d'activité et de recettes en regard.

Un environnement financier favorable aux projets et aux recrutements

La GPEC médicale a été bien accueillie par les chefs de service car elle porte leurs espoirs en termes de mise en évidence de leur sous-effectif. Pour d'autres, elle permet de faciliter le dialogue avec la direction. Toutefois, comme indiqué par Ewan Oiry et ses co-auteurs, la GPEC ne peut être l'outil servant à diminuer les effectifs, qu'ils représentent par l'idéal-type de la GPEC instrumentalisée, particulièrement dans le contexte actuel de conditions de travail jugées difficiles par les médecins avec un manque structurel de ressources (Oiry et al, 2013). Ceci ajouté à la démographie médicale défavorable pour répondre aux besoins de santé, la démarche de GPEC ne peut être mise en place dans tous les établissements. Des conditions sont nécessaires à sa bonne implémentation et à son acceptation par l'ensemble de la communauté médicale. En effet, cette démarche d'objectivation des besoins médicaux est conduite avec une rigueur intellectuelle permettant d'établir avec justesse les besoins. Les résultats peuvent être inflationnistes comme précédemment évoqué mais cela ne doit pas conduire à diminuer fictivement l'effectif cible, cela romprait la confiance placée en l'institution.

Toutefois, la démarche ne peut être déployée et mise en œuvre que dans un établissement où la situation financière est suffisamment saine pour permettre des créations de poste dans les services apparaissant le plus en sous-effectif et des développements de projets. Un établissement à la situation financière dégradée risquerait de fourvoyer et de mettre en péril la crédibilité de la démarche auprès de la communauté médicale si aucun moyen ne vient en appui de l'état des lieux. Une certaine frustration pourrait naître de la part de la communauté médicale si les sous-effectifs mis en lumière ne peuvent être compensés, au moins en partie par des recrutements supplémentaires ou la

possibilité de développer des projets lucratifs permettant d'augmenter les effectifs de l'équipe.

Aussi, il est important de réunir les conditions précitées avant de déployer la démarche à l'ensemble des établissements de santé.

2.1.3 Elle nécessite également un changement culturel dans la communication entre les médecins et la direction pour favoriser l'adhésion

Une communication anticipée, pour travailler en confiance

Les chefs de service doivent accepter de déléguer la prospective et l'anticipation, ou *a minima* la partager de manière transparente. De nombreux chefs de service rencontrés ont pris l'habitude de garder les informations en leur possession le plus longtemps possible pour trouver des solutions en interne au service avant que la direction ne soit impliquée. Toutefois, cette gestion est à même d'entraîner des situations conflictuelles majeures, mettant en péril le service médical. Dans ces situations, la direction générale est souvent amenée à intervenir, toujours tardivement, et dans un contexte de crise aiguë, alors qu'une intervention précoce permettrait dans la majorité des situations de disposer d'un panel de solutions à proposer.

Il est important que les chefs de service voient les directeurs des différentes directions fonctionnelles comme des supports pouvant leur apporter une aide dans leurs missions plutôt que des personnes à considérer avec méfiance. Le rapport Le Menn indiquait en 2015 que « dans cet espace de conflictualité où se rencontrent et s'opposent deux logiques (l'une médicale, l'autre économique), chacune cherche à affirmer sa légitimité (qui est réelle) et à l'opérationnaliser en termes de pouvoir, ce qui peut conduire à des impasses sur le plan de la gestion de l'institution si aucun élément médiateur puissant ne peut être dégagé. Cet élément médiateur existe, il s'agit de la « confiance » qui génère un sentiment d'assurance, de sécurité » (Le Menn et Chalvin, 2015). Aussi, la confiance est à créer, la communication avec les chefs de service doit être continue, et les signaux faibles, partagés de manière précoce. Noguera et Lartigau avançaient, pour les personnels paramédicaux, de développer un axe de « management quotidien et partagé de la GPMC. Cela nécessite que l'encadrement soit en veille permanente sur ses compétences et les besoins de formation individuels et collectifs de son service » (Noguera et Lartigau, 2009). De fait, les auteurs insistent sur le fait que la GPEC est un outil de terrain et non un outil

technocratique compréhensible par les seuls spécialistes de la gestion des ressources humaines.

Un meilleur partage des procédures pour faciliter la lisibilité du fonctionnement institutionnel

La démarche de GPEC, ainsi que les nouveautés institutionnelles précitées (entretiens annuels, COPROJ, FMC) doivent être menées par l'ensemble des acteurs de manière transparente. Les récentes demandes de création de postes dans le cadre de projets ont souvent manqué d'anticipation alors qu'un candidat était fléché et nécessitait d'être sécurisé. En effet, les chefs de service doivent accepter de partager l'information en travaillant de concert avec la direction afin d'anticiper les évolutions d'activité et les mouvements de praticiens. Un projet de création de « calendrier du chef de service » est à l'étude, permettant de soumettre aux chefs de service toutes les dates clefs dans une année civile (entretiens annuels, entretiens probatoires, remontées des postes en CEMH, actualisation de la GPEC, recueil des postes d'internes, etc.) et indiquant les délais nécessaires pour les diverses procédures.

La mise en œuvre d'un dialogue social pragmatique pour favoriser l'adhésion

Une des conditions de réussite de la GPEC par le rapport Vallemont précise l'importance d'un dialogue social pragmatique (Vallemont, 1999). Ce dialogue social doit être « continu et portant sur l'essentiel, à savoir une connaissance experte et *partagée* des finalités, des missions, des moyens placés en leur regard et des éventuels écarts présents et futurs » (Vallemont, 1999). Le rapport évoque le rôle des syndicats représentatifs dans la mise en œuvre de ce dialogue social. Toutefois, la gestion des médecins et de leur temps de travail n'est pas liée aux syndicats. La CME, instance représentative de la communauté médicale, joue malgré tout un rôle déterminant dans les orientations prises concernant le personnel médical. Les membres ayant contribué au rapport ajoutent que « par ailleurs, il faut préciser le rôle des institutions représentatives et se garder de formaliser certaines discussions. Ces institutions ne sont pas adaptées à la prise de décisions de gestion » (Vallemont, 1999). De fait, la CME devra être tenue informée des orientations, mais les décisions devront être prises par le trio de gouvernance.

Le dialogue conduit pour chacun des services et des pôles devra donc être le fait de relations bilatérales constantes entre les médecins managers et la direction. Certains sont par ailleurs déjà très enclins à alimenter des relations de travail avec la direction pour porter leurs projets et défendre les besoins de leur service. Cette relation est une relation

de confiance, qui s'acquiert avec le temps et nécessite une pérennité des relations ou des axes de travail entre les directeurs et les chefs de service. L'expérience des services montre une certaine frustration au *turnover* administratif qui oblige une reconstruction administrativo-médicale à chaque changement de direction. Une continuité dans la politique semble donc cruciale à la construction de ce lien de confiance. Lors des différents entretiens de GPEC réalisés, plusieurs chefs de service ont parfois confié leur vision de l'avenir tout en disant à la DAMR : « Ne l'écrivez pas, je ne veux pas que ça se sache. Je n'ai pas encore partagé cette perspective avec les intéressés, et je ne voudrais pas que ça leur fasse peur » (Pr. X, deuxième entretien de consolidation, 2023). Le rôle de la DAMR et de la direction générale va donc être de gagner ce lien de confiance, par le fait de « privilégier la concertation informelle » (Vallemont, 1999), lorsque des marges de manœuvre existent en termes d'allocation des ressources.

Les formations managériales comme vecteur de compréhension mutuelle

Les formations managériales offertes à tous les cadres de santé, les chefs de service, les chefs de pôle, les cadres supérieurs de pôle, les directeurs de pôle, et les cadres administratifs devraient permettre une meilleure compréhension des acteurs administratifs et médicaux favorisant de fait un travail collaboratif entre les différentes parties. En effet, depuis 2022, l'obligation de suivre une formation managériale leur permet à la fois de comprendre leurs indicateurs de gestion (Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS), Durée Moyenne de Séjour (DMS), volume et valorisation de l'activité, etc) mais aussi d'adapter leur approche relationnelle en développant des compétences interpersonnelles. Ces changements induisent nécessairement une évolution du rôle de médecin. L'objectif est donc de former chacun des acteurs à la gestion d'équipe, au fonctionnement administratif, et permettre des travaux en interrelation. Ce type d'apprentissage a été anticipé au CHU de Saint-Etienne par la formation de plusieurs directeurs et chefs de service en 2022 et 2023 par une école de commerce, leur permettant de travailler de manière collaborative, en groupes mixtes, sur différents sujets de management. Cette approche a su créer un socle de connaissances commun et partagé, faisant émerger une capacité des médecins à comprendre les enjeux de la gestion.

Aussi, ce travail collaboratif renouvelé permettra de favoriser le déploiement de la GPEC au sein des établissements. En l'absence de communication efficace, la démarche sera inappropriée car présentant des résultats approximatifs. Bien conduite, celle-ci est un vecteur puissant de pilotage des ressources médicales.

2.2 La GPEC médicale est l'outil le plus approprié à ce jour pour stabiliser les organisations de soin et sécuriser les médecins dans le déroulement de leur carrière au CHU

2.2.1 La GPEC doit se démocratiser par des tableaux de bord pour la gouvernance dans l'ensemble des établissements de santé pour maintenir les compétences en anticipant les besoins et tensions à venir

Un nécessaire pilotage pour devancer les crises grâce à des tableaux de bord opérationnels

Aujourd'hui, il apparaît comme une nécessité de piloter les ressources humaines médicales. La GPEC, adaptée sur mesure aux besoins des médecins et à leur organisation apparaît comme l'outil le plus adéquate. L'absence de pilotage actuel entraîne des difficultés, notamment au niveau des successions universitaires ou des remplacements de compétences lors des départs en retraite. Aussi, une anticipation plusieurs années en amont est nécessaire pour pallier les difficultés liées à la démographie médicale. La GPEC médicale permet d'identifier les zones de risque, de les partager à l'ensemble des acteurs concernés pour proposer des solutions préventives et prévoir différents plans d'actions pour devancer la crise.

Des tableaux de bord doivent être mis à la disposition des différents décideurs afin de venir éclairer leurs choix. Pour Jean-Pierre Ledoux « La GPEC doit être considérée comme un cadre de référence pour l'ensemble des décisions et actions de GRH plutôt que comme une pratique donnant des réponses définitives aux questions posées sur le plan humain et organisationnel » (Ledoux, 2015). Aussi, ils viennent en appui quotidien à la décision et s'envisagent comme un outil dynamique et non statique. Ces tableaux de bord, décrits précédemment, sont inexistantes alors que les tableaux de bord financiers sont démocratisés depuis quelques décennies. À l'heure où le contrôle de gestion inonde le dialogue social à la direction des ressources humaines et à la direction des finances et du contrôle de gestion, la direction des affaires médicales est souvent gérée par l'historique et par la négociation interpersonnelle. Certains chefs de service au sein de l'hôpital pouvaient alors négocier leurs différents postes sans pour autant les justifier sur des bases objectives par des effectifs cibles. Les négociations se basaient sur d'anciens postes désormais vacants, mais qui entretemps avaient été transformés ou pourvus. Il est alors parfois difficile pour la direction des affaires médicales de réaliser le suivi des postes initialement affectés au service et d'accéder à la mémoire institutionnelle du fait des recrutements et des départs de personnels dans les directions.

En ce sens, la GPEC est un changement culturel nécessitant une prise de recul et un travail conséquent permettant de repartir sur des bases saines et partagées. Pour cela, les tableaux de bord doivent être lisibles, synthétiques, mais aussi détaillés comme expliqué plus haut. Ils doivent faire apparaître un niveau de risque pour chacun des services et expliquer clairement les enjeux auxquels le service s'expose. Un manque d'effectif à venir peut être multifactoriel. Cela peut être du fait de conflits au sein du service, d'internes ne souhaitant pas rester dans la ville en question, de nombreux départs en retraite, d'une inadéquation des compétences en présence par rapport au besoin ou encore d'une absence d'internes formés dans la subdivision (génétique médicale par exemple à Saint-Etienne, ou pharmacie). Au regard de cela, les tableaux de bord doivent nécessairement être accompagnés de commentaires faisant apparaître à la gouvernance les principaux points de vigilance ou d'arbitrage et leur laisser l'espace nécessaire pour une prise de notes ou d'explicitations des arbitrages. Le *turnover* médical pouvant être important, une actualisation constante devra être réalisée pour que la gouvernance dispose des informations à jour lors de ses différentes rencontres avec les services, lors des instances et lors des conférences de pôles.

La GPEC comme base commune d'une relation médico-administrative

La GPEC permet de créer une base commune de réflexion et de pilotage stratégique pour le trio de gouvernance, mais aussi pour les pôles afin d'anticiper les mutations d'activité, de compétences et de ressources. Elle fluidifie les relations avec la direction des affaires médicales et facilite les recrutements, les créations de poste le cas échéant, et la gestion du temps de travail médical, notamment du TTA. Base partagée, les différents acteurs gagnent en compréhension des logiques administratives et soignantes pour les uns en expliquant leur activité et en l'objectivant, pour les autres en faisant part des contraintes institutionnelles et réglementaires.

Ce pilotage stratégique et travaillé de manière multidimensionnelle et avec une multiplicité d'acteurs permet un pilotage holistique de la masse salariale médicale. En effet, la GPEC médicale doit également permettre, au-delà de la fiabilisation des outils de travail de la DAMR, de fiabiliser les données financières de la masse salariale médicale servant à construire l'EPRD. De plus, la prospective pluriannuelle pourrait être extraite afin de proposer une évolution des données basées sur un scénario réel probable, plutôt que sur une évolution structurelle de la masse salariale à partir d'un pourcentage prédéfini. De fait, cela permettrait pour le personnel médical de fiabiliser le PGFP.

Outil de prospective, la GPEC permet d'investir sur l'avenir au moment opportun

Pendant longtemps, dans un cadre de rigueur budgétaire important, les remplacements des médecins se sont opérés lors du départ des médecins en question. Une étude que j'ai conduite pour la direction territoriale de la Loire de l'ARS AURA sur l'exercice coordonné des médecins libéraux dans la Loire mettait en évidence un manque d'anticipation évident des médecins quant à leur remplacement. Ils envisageaient leur succession en moyenne 5 ans avant leur retraite, quand les jeunes médecins libéraux recherchent une équipe stable avec laquelle travailler et non une patientèle à prendre en soins (Elchinger, 2022). Aussi, le temps estimé pour anticiper sa retraite correctement était de 15 ans. Ce partage des problématiques entre médecine de ville et médecine hospitalière indique un besoin d'accompagnement des médecins à la gestion du temps long et du renouvellement des équipes.

Comme souvent dans les affaires médicales, les ressources et les compétences sont souvent rares et de nombreux recrutements sont manqués du fait d'un manque de synchronicité entre l'offre et la demande. Cette conjoncture parfois malheureuse conduit à regretter des occasions manquées. Aussi, la GPEC médicale offrant une perspective jusqu'à 6 ans, cela permet d'anticiper des départs et d'identifier les potentiels remplaçants. S'il est identifié une absence de remplaçant au moment opportun mais un potentiel candidat de suite, il peut alors être envisagé un recrutement anticipé sur poste non encore vacant. Cette situation permet de réaliser un tuilage et de sécuriser des compétences qui auraient potentiellement pu être perdues. Cette approche entraîne des surcoûts à court terme, mais une stabilisation de l'offre dans le service et de potentielles économies si la situation mène au déploiement de ressources extraordinaires dans un contexte de crise. Aussi, l'objectif premier de la GPEC est de pouvoir apporter les clés de compréhension pour prendre la meilleure décision au moment le plus opportun.

2.2.2 La gestion des ressources humaines médicales, au-delà d'être partagée et transparente, doit être individualisée et territoriale pour assurer le renouvellement et la stabilisation des équipes

La GPEC médicale propose un accompagnement personnel des carrières hospitalières

Cette démarche est certes chronophage pour les équipes administratives, mais l'investissement permet d'individualiser les carrières et repérer les talents à fidéliser sur des postes en leur proposant des formations adaptées au maintien ou au développement d'activités recherchées. Chacun de ces praticiens peut ainsi être rencontré en amont pour avoir un projet défini sur mesure qui correspond à ses aspirations en accord avec son projet de service et l'avis favorable de son chef de service. Une anticipation évite que les jeunes praticiens notamment se sécurisent en recherchant un poste dans les établissements privés. Souvent démarchés très tôt durant leur internat, les offres d'emploi se multiplient jusqu'à leur passage à médecin senior et se poursuivent tout au long de leur carrière.

De plus, pour les affaires médicales, la GPEC permet de disposer d'une vision sur l'ensemble des postes et des effectifs actuellement présents, permettant de leur proposer, s'ils le souhaitent une évolution de carrière en lien avec leurs aspirations. Cela favorise, de fait, un maintien des agents au CHU, si leurs besoins sont pris en compte et s'ils sont accompagnés dans leur transition. Cet accompagnement est particulièrement nécessaire aux moments charnières que sont le passage senior, le post-internat, la parentalité, la maladie et la retraite. Cet accompagnement passe par une écoute de leurs besoins, de l'adaptation de leur quotité de temps de travail le cas échéant, et une facilitation dans leurs démarches administratives liées à l'hôpital, notamment dans le cadre de postes partagés. Les GPEC des différents services peuvent être mises en lien pour proposer des adaptations de poste répondant aux différents besoins des services et des professionnels, ce qui est créateur d'opportunités nouvelles. Dans ce cadre, il s'agit d'influencer l'employabilité de la personne, y compris en interne pour que ses compétences soient valorisées sur un poste adapté. Finot définissait en 2000 que « développer l'employabilité, c'est maintenir et développer les compétences des salariés et les conditions de gestion des ressources humaines leur permettant d'accéder à un emploi, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, dans des conditions favorables » (Finot, 2000).

Cette gestion individuelle proposée dès le début de l'internat permet de personifier le rôle des directions hospitalières et d'être un facteur d'attractivité pour les praticiens. En effet, les médecins souhaitent souvent développer des relations directes avec

l'administration et disposer d'interlocuteurs pérennes capables de répondre à leurs interrogations.

La création de cette relation de confiance est un facteur clé de fidélisation des praticiens, particulièrement si les services disposent de conditions de travail améliorées, avec une certaine stabilité de fonctionnement, quel que soit le chef de service, avec des moyens et une charge de travail répartis équitablement entre les différents services hospitaliers. Cette égalisation des conditions et l'équité entre les praticiens sont perçues positivement par les praticiens rencontrés.

Le déploiement de la GPEC médicale territoriale semble précoce mais indispensable à la pérennisation des filières de soin sur le territoire

Les contours d'une GPEC territoriale ne font pas consensus auprès des auteurs de la littérature comme le soulignent Christophe Everaere et Catherine Glée. Toutefois, ils ont conclu aux vertus de celle-ci, à condition que la GPEC interne soit déjà solide et largement utilisée, ce qui n'est pas le cas dans les hôpitaux pour le pilotage des ressources humaines médicales. Ils indiquent également des débats autour de la notion de territoire pour les entreprises privées (Everaere et Glée, 2014). En ce qui concerne les établissements publics, le GHT apparaît comme le territoire naturel à sélectionner. Afin d'envisager un déploiement de la GPEC à l'échelle territoriale, il est important de porter le projet et de le faire valider en Commission Médicale de Groupement (CMG). Toutefois, il est possible dans un premier temps de déployer l'approche au sein des directions communes existantes. En effet, le CHU de Saint-Etienne est en direction commune avec le CH de Roanne, qui a également impulsé une démarche concomitante de GPEC. Dans un premier temps, celle-ci s'avère simplifiée par rapport à la version mise en œuvre au CHU de Saint-Etienne, les effectifs étant moindres et plus facilement pilotables. La démarche proposée par le CHU de Saint-Etienne est particulièrement adaptée aux CHU et CHR, et des études complémentaires restent à mener sur sa faisabilité dans des établissements de plus petite taille ou des hôpitaux de proximité. Dans ces derniers, les effectifs médicaux peuvent être particulièrement réduits, ce qui limite l'intérêt d'une GPEC, notamment lorsque les compétences requises sont très généralistes et relevant d'une médecine polyvalente. En revanche, dans les établissements disposant de spécialités qui pourraient avoir un impact fort sur l'établissement support en cas de défaillance dans la permanence des soins, alors, disposer d'un outil commun avec la même grille de lecture semble indispensable à la création de filières de soins.

Ce déploiement s'accompagne d'un nécessaire renforcement des équipes affaires médicales territoriales

Ce déploiement territorial nécessite également un pilotage central de la démarche par la DAM de l'établissement support. Ceci implique une consolidation progressive des équipes affaires médicales GHT grâce à l'harmonisation, voire l'intégration de la fonction. Cette fonction permet d'obtenir une spécialisation centralisée dans la rédaction et le suivi des mises à disposition ainsi que dans la gestion des exercices partagés. En effet, cette fonction implique un fort niveau de coopération avec l'ensemble des établissements du territoire et avec l'ARS notamment pour les demandes de financement d'assistants partagés. Cette condition est indispensable à la structuration d'une GPEC territoriale dynamique, pensée en filières de soins. Cette fluidification des données RH dans le cadre du partage d'un format commun de GPEC ou légèrement adapté favoriserait les entraides territoriales au besoin. Cette intégration de la fonction requiert une harmonisation des systèmes d'information pour que tous les établissements disposent des mêmes logiciels de gestion des ressources humaines médicales à commencer par le temps de travail.

Dans ce cadre, les affaires médicales doivent structurer un temps de dialogue autour du GHT pour évoquer les enjeux de la GPEC territoriale.

La filiarisation du soin doit être soutenue par un pilotage des ressources humaines médicales

À ce jour, les filières de soin territoriales se structurent dans le cadre des travaux de la CMG, mais ne se pensent pas encore de façon interconnectée. Pourtant, de nombreuses coopérations se sont développées sur le territoire comme la mise à disposition de chirurgiens du CHU de Saint-Etienne pour opérer dans les établissements du GHT, ou des médecins pour réaliser des consultations avancées favorisant le recrutement des patients au CHU tout en rendant accessible l'expertise. A l'inverse, de nombreux praticiens du GHT disposent de temps partagés avec le CHU ce qui leur permet de maintenir leur compétence spécialisée et ce partage du temps est vecteur d'attractivité pour leur carrière grâce à la diversification des activités.

Selon le book projet 2022, les temps médicaux partagés sont à évaluer au regard de leur contribution à la réalisation des objectifs du projet médical partagé. En 2022, les exercices partagés avec le territoire représentaient au CHU de Saint-Etienne 52,8 ETP médicaux dont 28,5 ETP vers un autre établissement et 24,3 ETP de mise à disposition d'un établissement périphérique vers le CHU. Une forte augmentation est constatée depuis 2016 (Book projet 2022). Le pilotage de ces médecins doit donc être centralisé pour envisager la création d'équipes médicales de territoire au-delà de postes partagés ou de

quotités de temps isolés afin de stabiliser les filières du territoire, et de limiter les différents points de fragilité sur la pérennité de l'offre de soins de certains établissements. La création de ces équipes médicales territoriales était par ailleurs préconisée dans la proposition 15 du rapport Le Menn de 2015 comme vecteur d'attractivité pour les jeunes médecins (Le Menn et Chalvin, 2015). Dans ce contexte, les médecins des CHU seront sollicités de manière croissante pour soutenir les offres de proximité dont il aura été arbitré qu'elles devront être maintenues. Ces évolutions territoriales sont déjà prévues dans les trames de GPEC lors de la description de la couverture territoriale. En cas de développement de ces coopérations, un onglet plus détaillé pourra venir en complément de la démarche actuellement menée. Une cartographie de ces coopérations territoriales pourra mettre en exergue les filières, les compétences nécessaires et les besoins en ressources humaines associés. Les risques de rupture et les attentes devront y être explicités.

2.2.3 La GPEC révèle un changement culturel à l'hôpital par une approche proactive des directions hospitalières et une modification de la perception par les médecins de leur métier

Si la GPEC médicale est aujourd'hui applicable et à déployer au sein des hôpitaux, et notamment au sein des CHU, elle n'est possible que grâce à une évolution des mœurs hospitalières et de la culture médicale afin d'assurer la pérennité de l'offre de soins proposée. Les CHU doivent être particulièrement vigilants au maintien de leurs effectifs pour être garants de leur rôle d'acteur de soins de recours.

L'affirmation du pouvoir gestionnaire à l'hôpital

« L'affirmation du pouvoir gestionnaire à l'hôpital est un mouvement de long terme qui connaît une forte accélération depuis le milieu des années 1990 et l'adoption du plan Juppé. [...] Pour ces gestionnaires du social, les ressources du droit (les droits-créances) comptent, en effet, moins que la capacité de l'administration de la santé à se doter d'instruments de gestion capables de maîtriser les dépenses. Les plus visibles de ces hauts fonctionnaires font une critique acerbe de la profession médicale et de ses pratiques : auteurs de nombreux « gaspillages » car trop peu économiquement « responsabilisés » et contrôlés, les médecins seraient surtout fautifs en délivrant des soins de « qualité » très inégale aux assurés sociaux. » (Pierru, 2012). Avec le développement de cette pensée à l'hôpital, les directeurs sont peu à peu devenus interventionnistes et ont instauré un réel

management à l'hôpital. En effet, les médecins, et notamment les chefs de service sont, depuis la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) en 2009, influencés par le poids de la gestion dans leur management. Le rapport Le Menn précisait en 2015 que les logiques du privé étaient dès lors appliquées au secteur public car il est jugé plus performant. La tentative d'imposition de la GPEC à l'ensemble des fonctionnaires hospitaliers en était un exemple (Le Menn et Chalvin, 2015). Désormais, leurs ressources sont liées à l'activité qu'ils génèrent au sein de l'établissement ; ils sont interrogés sur leur efficacité, dans un contexte de difficultés budgétaires parfois importantes. La mise en place de la T2A en 2004, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » a favorisé cette place grandissante du management et de la responsabilisation des chefs de service dans les recettes qu'ils génèrent en regard de l'activité produite. Avec cette évolution, l'efficacité a été au cœur des politiques dans une logique de rationalisation budgétaire de l'investissement et du fonctionnement (Bréchat et al., 2008). Seulement depuis la crise Covid-19, les hôpitaux ont pu regagner des marges de manœuvres budgétaires. Toutefois, de nombreux hôpitaux peinent encore aujourd'hui à atteindre un équilibre budgétaire rendant difficile la mise en œuvre d'une démarche de GPEC.

Des chefs de service et de pôle professionnalisés, prêts à contribuer à la gestion de l'hôpital

De chef de service qui agit de manière omnipotente sur son périmètre d'action, il lui est désormais demandé de rendre des comptes. Ces attentes reposent à la fois sur l'activité mais aussi sur leur capacité à fédérer et à renouveler leur équipe. Des temps sont désormais affectés pour les chefs de pôle, reconnaissant la charge de travail administratif et de gestion engendrée par ce rôle. Aussi, la relation entre médecins-managers et direction est désormais plus fluide et collaborative. Les directeurs travaillent en confiance avec les médecins-managers ou le bureau de la CME pour l'ensemble des dossiers les concernant. Cette collaboration est marquée par une proactivité nouvelle des directions dans le champ du pilotage de projets, où elles accompagnent les médecins et apparaissent comme des co-constructeurs aidants. Aussi, lorsqu'un projet d'accompagnement et de pilotage des effectifs médicaux est présenté, il est accueilli avec beaucoup d'attentes et de bienveillance dès lors que les conditions exposées plus haut sont remplies, permettant de fait de respecter un accord tacite de recrutements possibles en cas de développement d'activité ou de sous-effectif important mis en lumière.

Ces médecins, bien que reconnaissant souvent la lourde tâche administrative afférente, en sus de l'ensemble de leurs activités de soins, et souvent de recherche et d'enseignement se prêtent volontiers à l'exercice de gestion. Ils sont amenés à porter des

projets et à échanger sur la forme que ceux-ci peuvent prendre, leur parole étant écoutée, dès lors qu'ils se plient aux normes et aux contraintes en vigueur dans l'établissement concerné. En effet, se saisir d'un rôle institutionnel qui contribue à la gouvernance nécessite un juste équilibre entre défense de son service ou de son pôle, et être vecteur des décisions institutionnelles auprès de ses équipes. Cette modification de la perception du rôle de médecin, conduit parfois des médecins à regretter le temps consacré à ces missions pourtant essentielles (Dres et al., 2023).

Ce changement dans la culture hospitalière offre une place plus importante de la communauté médicale dans la prise de décision grâce au rôle du PCME dans la gouvernance. L'ordonnance du 17 mars 2021 le renforce par ailleurs dans son rôle de coordonnateur de la politique médicale de l'établissement. Toutefois, une délégation de certaines missions des chefs de service aux directions fonctionnelles entraîne un changement de paradigme permettant de développer des projets comme la GPEC médicale, avec un accueil favorable de la majorité des médecins managers. En effet, les médecins délèguent volontiers les formalisations d'outils complexes, dès lors que le résultat est contrôlé et validé par leurs soins avant présentation au trio de gouvernance où leur représentant médical dispose d'un poids décisionnel important.

Aussi, un dialogue riche est établi entre les directions et les équipes médicales, mais aussi entre le chef de service et son équipe. Cette démarche invite chacune d'entre elles à s'interroger sur sa propre organisation, sur son optimisation et sur son évolution. Outre les directions hospitalières, elles jouent également un rôle proactif dans ce projet pour permettre l'adéquation de l'activité présente et future avec les effectifs de praticiens et de leurs compétences. Cette démarche induit donc une réflexion collective autour des évolutions souhaitables et des hypothèses envisageables pour atteindre cette cible définie.

Conclusion

La démarche de GPEC médicale conduite au CHU de Saint-Etienne est novatrice en termes de pilotage du personnel médical. Son alimentation régulière et le maintien dans la durée de l'enthousiasme de la majorité des chefs de service reste à éprouver. Utilisé comme outil de gestion et de stratégie, l'outil présenté devra être expérimenté dans le temps. Le book de la gouvernance sera transmis à l'automne 2023 au trio de gouvernance, permettant d'obtenir les premiers résultats de son utilisation à la fois en termes d'actualisation et de praticité quotidienne au second semestre 2024, en particulier lors des CEMH et CPHU du mois de juin 2024.

Pour autant, ses résultats prometteurs invitent à déployer l'outil dans l'ensemble des hôpitaux répondant aux conditions préalables de réussite afin de disposer au plus vite d'indicateurs de pilotage partagés et précis, permettant de s'accorder sur une activité, un effectif requis, et les potentiels développements d'activités à prévoir et à prioriser dans le plan de formation médicale continue. Ce déploiement permettrait également de disposer d'outils comparables et comparatifs des niveaux d'effectifs requis pour chacune des spécialités dans des établissements de taille comparable.

Cette étude va se poursuivre par la finalisation de la démarche avec les services n'ayant toujours pas eu leur entretien préalable, ainsi que par la finalisation de l'ensemble des outils de GPEC des services rencontrés. Ceci permettra à chacun des services de disposer à l'automne de données validées par eux-mêmes et la DAMR avant que les premiers arbitrages soient rendus par la gouvernance pour les pôles pilotes de la GPEC puis par l'ensemble des autres pôles.

Les indicateurs de réussite de la démarche seront analysés en fin d'année, notamment en termes de recrutements sécurisés grâce à l'anticipation permise par l'outil, ainsi que par le nombre d'entretiens individuels de carrière réalisés et demandés à l'issue des GPEC pour assurer le recrutement de praticiens.

La GPEC médicale semble toutefois répondre à ses ambitions de stabilisation des effectifs en anticipant les besoins de recrutement et en permettant l'adéquation des souhaits de carrières individuels avec l'organisation médicale du service. Elle semble aussi répondre à son objectif de fidélisation des talents en identifiant dès l'internat, ce qui n'était pas réalisé auparavant, les jeunes praticiens à garder dans les effectifs, et par conséquent à les accompagner vers une prise de poste hospitalière ou hospitalo-universitaire.

Bibliographie

Ouvrages

Finot A. (2000), *Développer l'employabilité*, Insep, Paris : Julhiet Editions

Holcman, R. (2019). Chapitre 30. La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences. Dans : R. Holcman, *Management hospitalier : Manuel de gouvernance et de droit hospitalier* (pp. 829-842). Paris : Dunod.

Ledoux, J. (2015). Dossier 8. La GPEC. Dans : Charles-Henri Besseyre des Horts éd., *RH au quotidien : 100 fiches* (pp. 136-185). Paris : Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.besse.2015.01.0136>

Articles de périodiques, revues scientifiques

Baruel Bencherqui, D., Le Flanchec, A. & Mullenbach, A. (2011). La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences et son effet sur l'employabilité des salariés. *Management & Avenir*, 48, 14-36. <https://doi.org/10.3917/mav.048.0014>

Bréchat, P., Rymer, R., Grenouilleau, M. & Jourdain, A. (2008). Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé Publique*, 20, 611-621. <https://doi.org/10.3917/spub.086.0611>

Cash, R. (2022). « Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ? », dans *Les Tribunes de la santé*, (1), 47-59.

Everaere, C. & Glée, C. (2014). Une GPEC territoriale ? De l'outil de gestion à l'institutionnalisation d'une nouvelle forme de GRH. *Management & Avenir*, 73, 73-91. <https://doi-org.ehesp.idm.oclc.org/10.3917/mav.073.0073>

Dres, M., Copin, M. C., Cariou, A., Mathonnet, M., Gaillard, R., Shanafelt, T., ... & Azoulay, E. (2023). Job Strain, Burnout, and Suicidal Ideation in Tenured University Hospital Faculty Staff in France in 2021. *JAMA Network Open*, 6(3), e233652-e233652.

Freidson, E. (2001) *Professionalism, the Third Logic. On the Practice of Knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.

Huguiet, M., & Romestaing, P. (2014). Numerus clausus et démographie médicale en France. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 198(7), 1367-1378.

Masquelet, A. (2001). La fonction de chef de service en milieu hospitalier. *Cités*, 6, 137-142. <https://doi.org/10.3917/cite.006.0143>

- Noguera, F. & Lartigau, J. (2009). De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives. *Management & Avenir*, 25, 290-314. <https://doi.org/10.3917/mav.025.0290>
- Oiry, E., Bellini, S., Colomer, T., Fayolle, J., Fleury, N., Fredy-Planchot, A. .. & Vincent, S. (2013). La GPEC : de la loi aux pratiques RH – identification de quatre idéaux-types. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 112, 4-16. <https://doi.org/10.3917/geco.112.0004>
- Pierru, F. (2012). « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant : Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194, 32-51. <https://doi.org/10.3917/arss.194.0032>
- Roberto, A. Fondation IFRAP. (2022). « La fin du numerus clausus n'aura pas d'effets avant 2035... à moins de revoir les règles de sélection en études de médecine ». En ligne. <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/la-fin-du-numerus-clausus-naura-pas-deffets-avant-2035>

Etudes, Rapports, Guides

- Ansari F., Deshayes E., Dupon-Lahitte B., Grolière C., Rigaudiat J. (Rap.), (1993). *Pour une modernisation de la fonction publique territoriale*.
- Arnault F., (2022). *Atlas de la démographie médicale en France*.
- Barlet, M., Fauvet, L., Guillaumat-Tailliet, F., & Olier, L. (2010). Quelles perspectives pour la démographie médicale ? *La France et ses régions. Rapport INSEE*.
- Brunet, F., Roth N., Schapira I., Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). (2023). *Utilisation des données de la Déclaration sociale nominative (DSN) à des fins de statistiques publiques ou de pilotage*. Rapport IGAS N°2022-097R / INSEE N°2023_24/DG75-001
- Cour des Comptes. (2023). *Les infirmiers en pratique avancée*, 5 juillet 2023.
- Deroche C., Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. (2022). Rapport n° 587, tome I : *Hôpital : sortir des urgences*.
- Direction des Hôpitaux, Ministère de la Santé. (1997). *Guide de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*.
- Le Menn J., Chalvin P., ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (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*.

Mesnier T., (2018). *Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires.*

Ministère du Travail. (2014). Gestion Prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC). En ligne. <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/accompagnement-des-mutations-economiques/appui-aux-mutations-economiques/article/gestion-previsionnelle-de-l-emploi-et-des-competences-gpec>.

Vallemont S., ministère de la Fonction publique, de la Réforme de l'Etat et de la Décentralisation. (1999). *La gestion dynamique de la fonction publique : une méthode : rapport du groupe thématique : Gestion prévisionnelle des emplois : outils et structures.*

Véran O. (2013). *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public.*

Références juridiques

Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du 3ème cycle des études de médecine

Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du 3ème cycle des études de médecine.

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

Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique.

Autres documents

Botteau S., (2015), « Piloter la Gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences : comment anticiper et veiller sur les talents de l'administration publique ? », En ligne. Carrières-publiques.com

Book projets 2022 du CHU de Saint-Etienne (document à usage interne à la direction)

Elchinger, J, Direction territoriale de la Loire de l'ARS AURA (2022). *Rapport sur l'exercice coordonné et l'intégration de la politique de santé dans le soin de ville* (document interne non publié).

Plateforme Dataviz de la DREES (extractions de données sur la démographie médicale).

Extractions de données des logiciels RH du CHU de Saint-Etienne

What's Up Doc. En ligne. « Ça vient de tomber ! Classement 2022, CHU, spécialités que choisissent les internes ? ». En ligne. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/ca-vient-de-tomber-classement-2022-chu-specialites-que-choisissent-les-internes>

Liste des annexes

Annexe 1 : Outil de GPEC déployé au CHU de Saint-Etienne

Annexe 2 : Exemple de book GPEC de la gouvernance

Annexe 3 : Questionnaire d'entretien de l'analyse comparative auprès des 29 CHU et CHR

Annexe 1 – Outil de GPEC déployé au CHU de Saint-Etienne

Onglet 1 :

TRAME D'ORGANISATION MEDICALE

Service de ...

XXXX

1 - Fiche d'identité du service

Hospitalisation complète	Nombre d'unités	3	Fermeture de lits le week-end ?	O/N
	Nombre de lits	26	Fermeture de lits saisonnière ?	O/N
Hospitalisation de jour	Nombre de demi-journées hebdomadaires d'ouverture	7		
	Nombre de places	10	Fermeture de places pendant les congés ?	N
Consultations	Nombre de plages de consultations hebdomadaires	12	Dont consultations d'expertise nécessitant une surspécialisation ?	Ex: 1 plage hebdo pour la cardiopédiatrie, 3 pour la gastro-pédiatrie, 2 pour les consultations PMA
Bloc opératoires	Nombre de plages de bloc hebdomadaires	5		
Plateaux techniques	Nombre de plages hebdomadaires	3	Préciser les plateaux concernés	

2 - Permanence des soins au sein du service

Nombre de lignes de PDS	Nb de lignes PDS	Nb de déplacements en astréinte	Total
Ligne de garde	1		902
Ligne astréinte	1	145	145

3 - Organisation des activités de jour - Présentéisme médical

PRÉSENTÉISME MEDICAL (HORS CONGES)										
Effectif présent théorique à renseigner en demi-journée	Compétences attendues	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	Nb en semaine d'ouverture sur l'année	TOTAL
MATIN		5	3	5	3	4	0	0		2145
Hospitalisation complète (30 lits)	PH	2	2	2	2	2			52	520
Hospitalisation de jour (6 places)	ASS	1		1		1			47	141
Consultations	CCA+PU	1		1					48	96
Plateau d'explorations	PH	1		1	1				52	156
Recherche	PU		1			1			48	96
Autres : à compléter éventuellement									0	0
APRES-MIDI		5	4	5	4	5	0	0		
Hospitalisation complète (30 lits)	PH	1	1	1	1	1			52	260
Hospitalisation de jour (6 places)	ASS	1		1	1	1			47	188
Consultations	CCA+PU	2	2	2	2	2			48	480
Plateau d'explorations	PH	1		1		1			52	156
Recherche	PU		1						52	52
Autres : à compléter éventuellement									0	0
Autres : à compléter éventuellement									0	0

4 - Couverture territoriale actuelle

COUVERTURE TERRITORIALE (en demi-journées de présence)	Compétences attendues	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	Nb de semaine de présence sur l'année	172
Consultations avancées hôpital Y	PH		1		2	1			43	172
									43	0
									43	0

Décrire le bilan de la présence territoriale actuelle et les opportunités à venir

Présence de Dr. P chaque semaine à l'hôpital Y pour faire des consultations avancées de XXXX, un second praticien interviendra dès septembre 2023.

5 - Calcul de l'effectif nécessaire

Sur la base des informations ci-dessous, l'effectif théorique du service s'éleverait à

8,1

ETP

Base de discussion avec la DAMR pour la structuration des pos

6 - Autres éléments à prendre en compte pour le calcul des effectifs cibles

Particularités d'organisation du service	Impacts
Exemples Passage progressif en temps médical continu à partir de janvier 2024	+1 ETP médical
ETP normé nationalement	Ratio de X médecins pour X patients

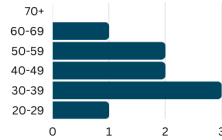
Projets en cours d'étude	Échéances	Impacts
Exemples Projet M	2024	+1 ETP médical

Nom du service

Fiche d'identité du service

Effectif cible : 7.4 ETP
Ecart à la cible : -1.5 ETP
Effectif d'internes : 10 internes
 (dont MG)

Pyramide des âges

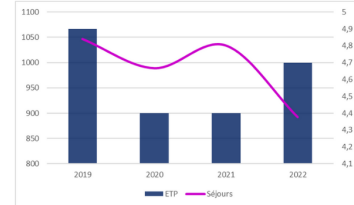


Cartographie des risques



Turnover prévu
entre 2022 et 2028

Evolution de l'activité et des praticiens



Projets

Commentaires DAMR et DAF

Organisation des activités

Commentaires

PRESENTEISME MEDICAL (HORS CONGES)									
Effectif présent théorique à renseigner en demi-journée	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	Nb en semaine d'ouverture sur l'année	TOTAL
	7	8	7	8	7	1	0		3644
	3	3	3	3	3	1		52	832
	1	1	1	1	1			52	260
	1	1	1	1	1			52	260
	1	2	1	2	1			48	336
	1	1	1	1	1			52	260
	7	7	7	6	6	0	0		
	3	3	3	3	3			52	780
								52	0
	1	1	1	1	1			52	260
	1	1	1	1	1			48	240
	2	2	2	1	1			52	416

Particularités d'organisation

Permanence des soins

Annexe 3 - Questionnaire d'entretien de l'analyse comparative auprès des 29 CHU et CHR

Ce questionnaire était destiné à un échange préalable avec les DAM. Certains établissements ayant répondu par la positive à un ou plusieurs des items ont été recontactés pour un entretien plus approfondi.

Possédez-vous un outil de GPEC médicale ?

Connaissez-vous le principe ?

Telle que conçue dans ce questionnaire, cette démarche sert à formaliser un outil après rencontre de l'ensemble des chefs de service pour définir :

- *Leur organisation médicale*
- *Un effectif cible en découlant*
- *Une trame de suivi des effectifs existants et l'écart à la cible fixée*
- *La structuration de l'effectif junior*
- *Le suivi par poste des effectifs actuels*
- *Une prospective sur plusieurs années des départs et arrivées*

Disposez-vous d'un ou plusieurs de ces éléments de suivi ?

Comment décririez-vous le pilotage de vos ressources humaines médicales actuellement ?

Vous basez-vous sur l'historique des postes ou sur des effectifs cibles ?

Disposez-vous de maquettes de service ?

Rencontrez-vous les chefs de service annuellement pour faire le point sur leurs effectifs et évolutions à prévoir ?

Disposez-vous de commissions des postes hospitaliers ?

ELCHINGER

Juliette

Octobre 2023

Directeur d'hôpital

Promotion 2022-2023

**LA GPEC MEDICALE COMME OUTIL STRATEGIQUE
DE STABILISATION DES ORGANISATIONS ET DE
FIDELISATION DES TALENTS**

L'EXEMPLE DU CHU DE SAINT-ETIENNE

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : École des Hautes Études en Santé Publique

Résumé :

Le pilotage des ressources humaines médicales apparaît comme un sujet primordial dans un contexte de démographie médicale défavorable. Or, le pilotage des ressources humaines médicales est actuellement basé dans les CHU et CHR sur les effectifs historiques et l'évolution de l'activité. Ce pilotage entraîne des disparités en termes d'effectifs et de qualité de vie au travail entre les services.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) a été démocratisée dans les années 1990 dans les trois versants de la fonction publique sans toutefois concerner les effectifs médicaux. Les directions hospitalières se sont peu saisies du sujet faute de capacités administratives pour conduire la mission et du poids de la culture hospitalière laissant aux chefs de service le soin de composer leurs équipes. Adaptée aux médecins, il s'agit d'une démarche permettant de piloter les effectifs en basant le présentisme médical sur les activités réalisées et à réaliser ou à développer en s'intéressant au *turnover* et au maintien des compétences dans les équipes pour en assurer le renouvellement et la pérennité de l'offre de soins.

Perçue comme un outil de gestion stratégique pour le pilotage de l'établissement, le CHU de Saint-Etienne a conduit cette démarche pendant l'année 2023 pour donner à chaque service un outil fiable, consolidé et dynamique présentant leur organisation médicale, leur effectif cible au regard de l'activité, leur effectif actuel par poste et compétences, la structuration de leur effectif junior, ainsi qu'une prospective à 6 ans retraçant les départs et arrivées prévus. Au regard de ces résultats, un *book* est présenté au trio de gouvernance à l'automne 2023 pour permettre d'identifier les zones de risques et rendre les arbitrages nécessaires pour stabiliser les organisations et fidéliser les praticiens.

Mots clés :

GPEC ; pilotage ; effectifs ; médecins ; prospective ; anticipation ; ressources humaines médicales ; compétences ; emplois ; carrières hospitalières ; attractivité ; stabilisation ; organisation ; fidélisation ; fluidification des parcours.

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