

**MOTS CLÉS**

Prix Graph  
Projet médical  
Attractivité médicale  
CH de Gonesse  
Ressources humaines  
médicales  
Temps médical  
Territorialisation



# Graph

**PRIX GRAPH**

## Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial

### Appréhender la globalité des facteurs d'attractivité médicale

Interrogé par un journaliste de « L'Express » sur les critères rendant une entreprise attractive, Thierry Baril, directeur général RH d'Airbus, soulignait que « l'un des points importants est de donner de la visibilité sur l'avenir. Airbus a beaucoup communiqué sur l'innovation et sur l'évolution continue du métier de développeur et de fabricant d'avion. Nous sommes une entreprise d'avenir et nous le faisons savoir<sup>(1)</sup> ». Cette visibilité sur l'avenir est l'un des points clés de choix du lieu de travail pour tout membre du personnel hospitalier...

**L**es difficultés financières des établissements publics de santé, ainsi que les incertitudes pesant sur les activités médicales à travers la menace des seuils d'autorisation, sont sources de réticences à s'engager professionnellement dans une telle structure. De plus, le cadre réglementaire fixant les statuts s'appliquant au corps médical encadre strictement les mesures pouvant être prises de façon autonome par les établissements publics de santé. Les marges de manœuvre à disposition des hôpitaux publics pour gérer la ressource médicale sont ainsi limitées et posent la question des moyens mobilisables en vue de renforcer l'attractivité et la fidélisation du personnel médical d'une structure hospitalière.

Face à la pénurie annoncée et aux contraintes budgétaires, plusieurs enjeux imposent aux établissements de santé de passer d'une gestion statutaire à une gestion stratégique des

**Marie HIANCE**

Directrice des affaires médicales, de la communication, de la qualité et des droits du patient  
CH Robert-Ballanger  
Aulnay-sous-Bois

ressources humaines médicales. Si la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009<sup>(2)</sup> propose de nouveaux outils pour pallier les difficultés de recrutement, tels le contrat de clinicien hospitalier ou le contrat d'engagement de service public, une gestion hospitalière fine impose d'intégrer également les problématiques d'attraction et de fidélisation des statuts traditionnels de praticiens, qu'ils soient titulaires (praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel) ou contractuels (assistants des hôpitaux, praticiens attachés et praticiens contractuels)<sup>(3)</sup>.

Si de nombreux outils de gestion permettent de maîtriser et de prendre en compte les évolutions du personnel non médical (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, commissions paritaires, projet social, etc.), il n'en est pas de même pour la ressource humaine médicale. Pour autant, sa rareté et les changements du contexte hospitalier font que

les négociations salariales et l'adaptation du temps médical aux besoins sont le lot quotidien des directions des affaires médicales.

Deux contraintes divergentes s'imposent, d'ores et déjà, aux établissements de santé.

D'une part, le contexte budgétaire contraint et évolutif impose de gérer, avec plus de précision et d'anticipation, l'évolution du corps médical représentant une part importante de la masse salariale des établissements de santé. D'autre part, le contexte démographique défavorable implique une gestion de la ressource médicale au plus près, afin d'assurer l'ensemble des activités de soins répondant aux besoins de la population, mais également à l'ensemble des missions de l'hôpital public, et particulièrement la continuité et l'accès aux soins.

Cette étude, intervenue dans le cadre d'un stage de huit mois au centre hospitalier de Gonesse et prévue par la formation à

l'EHESP, s'appuie, en particulier, sur les expériences recueillies au cours des missions dévolues en tant qu'élève directeur d'hôpital, soit la rédaction du projet social médical de l'établissement. La gestion des ressources humaines médicales a fait l'objet d'un nouveau souffle au CH de Gonesse. Afin de développer et renforcer les facteurs d'attraction et de fidélisation du personnel médical, l'établissement a choisi d'ajouter un volet médical au traditionnel projet social. Cette démarche a été justifiée par les difficultés de recrutement rencontrées sur certaines spécialités médicales, notamment l'imagerie médicale et la pédopsychiatrie, et sur certains statuts de praticiens, en particulier les praticiens hospitaliers (PH).

Les outils à disposition des établissements publics de santé étant limités, notamment en termes de rémunération des médecins, seule une action sur les parcours professionnels peut inciter les praticiens à choisir un hôpital public, situé dans la Grande Couronne de l'Île-de-France. Dès lors, la question de la lisibilité du temps médical disponible se pose, en considérant qu'elle est la seule base indispensable en vue de contractualiser sur des projets médicaux particuliers de façon individuelle ou d'envisager un exercice médical territorial, susceptible d'attirer des praticiens.

## Les mutations de l'exercice médical face aux évolutions des attentes et représentations du corps médical

Plusieurs évolutions récentes imposent aux établissements publics de santé de revoir leur politique de gestion des ressources humaines médicales.

D'une part, l'exercice médical au sein des hôpitaux publics a connu d'importantes transformations sociales, réglementaires ou contextuelles. Entre nouvelles exigences des usagers, encadrements législatifs divers, recommandations émises par des sources externes, le médecin ne peut plus se sentir tout à fait libre et maître de son exercice. Son pouvoir de décision sur le soin à délivrer au patient est contraint par des règles externes, voire remis en cause par des contrôles réalisés par des acteurs extérieurs. Ce phénomène peut traduire une perte de confiance sociale en la capacité des médecins à prendre en charge de façon systématiquement adéquate leur patient sans risquer de commettre une erreur fatale. De plus, le manque de personnel, les contraintes institutionnelles et administratives, la course à l'efficacité, l'aléa médical, le risque juridique croissant sont autant de raisons supplémentaires qui expliquent la « crise » que connaissent les médecins hospitaliers.

D'autre part, la problématique de la pénurie médicale est également exacerbée par la transformation des aspirations professionnelles des jeunes médecins. En effet, les jeunes médecins acceptent de plus en plus difficilement les conditions de travail qui étaient celles de leurs aînés. Par ailleurs, la féminisation du corps médical transforme la manière d'appréhender la vie professionnelle et, par ricochet, la façon d'exercer à l'hôpital public. Enfin, au niveau national, le profil des jeunes médecins évolue aussi en lien avec le fait que 24 % des nouveaux inscrits ont un diplôme obtenu hors de France (11,4 % européen, 12,7 % extra-européen)<sup>(4)</sup>.

### ENCADRÉ 1 Le prix Graph

Le Groupe de recherche et d'applications hospitalières (Graph), organisme de réflexion et de recherche qui prépare l'hôpital et son environnement à des évolutions indispensables garantes du maintien des valeurs qu'il porte, a pour objectif de solliciter l'ensemble des équipes de direction, en développant les échanges pour une meilleure connaissance du milieu professionnel, et pour ambition de développer des axes de recherche et d'affirmer la présence des hospitaliers par l'évolution continue de nos organisations et de notre société.

Dans le cadre de ses travaux sur la recherche en management, le Graph a souhaité se rapprocher de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), afin de s'enrichir des réflexions des plus jeunes collègues et de valoriser leurs travaux : depuis 2007, le Graph prime ainsi deux mémoires de fin d'études rédigés par des élèves directeurs d'hôpital, parmi cinq mémoires proposés par l'EHESP. Ce prix vise à récompenser le mémoire qui aura su, par la qualité de son argumentation et de la discussion proposée, présenter des démarches nouvelles en matière de management, notamment inscrire ces innovations dans le contexte hospitalier, mettre en avant les aspects les plus originaux, discuter leurs impacts, envisager les conditions de leur adaptation et de leur extension, en témoignant de l'attachement du rédacteur aux valeurs de la profession de directeur d'hôpital et du monde hospitalier.

Site : <http://wp.legraph.fr> - Twitter : @le\_graph

Être médecin aujourd'hui n'est pas seulement une question statutaire ou synonyme de prestige. Désormais, les exigences de l'exercice doivent s'articuler avec la construction d'une vie privée, sous peine d'y renoncer. De plus, l'exercice médical doit se réaliser au sein d'une équipe, et non plus seul. Enfin, ces changements ne peuvent se faire en renonçant au principe de liberté d'exercice.

## Une nécessaire évolution des politiques hospitalières

De nombreux hôpitaux franciliens rencontrent des difficultés de recrutement de praticiens dans certaines spécialités médicales, telles l'anesthésie-réanimation, l'imagerie médicale, la psychiatrie et les urgences, ou encore de profils de praticiens, notamment celui de praticien hospitalier (PH). Ces difficultés imposent ainsi aux établissements de santé de développer des méthodes innovantes d'attraction et de fidélisation. Il est impératif de prendre les mesures adaptées pour réussir ce double pari : attirer les jeunes praticiens et fidéliser ceux qui sont déjà engagés dans le service public hospitalier. Il s'agit également de réduire les coûts induits par le manque d'attractivité de certaines spécialités à l'hôpital, en termes d'activité, de dépenses de personnel, de gestion, de stress et d'épuisement du personnel, produisant une image négative de l'établissement tout entier. Enfin, les quelques difficultés rencontrées actuellement doivent permettre de tenir compte de l'évolution des connaissances et des techniques médicales, mais également de s'ouvrir aux coopérations interétablissements, aux filières et réseaux pluridisciplinaires et à la télémédecine, et enfin revisiter la dualité public/privé. Le rôle du manager hospitalier est alors d'accompagner la mutation de la médecine et de la vie médicale d'aujourd'hui.

## De multiples facteurs d'attractivité et de fidélisation du personnel

Bien souvent, la question de l'attractivité et de la fidélisation du personnel à l'hôpital public revient à interroger le mode et le niveau de rémunération des praticiens et la différence nette existante entre secteur public et secteur privé. Néanmoins, s'agissant des PH, si la question de l'avancement par échelons reste de la compétence des hôpitaux, la question des modes et du niveau de rémunération est de celle du ministère de la Santé. Un travail sur l'attractivité de l'établissement ne peut donc porter que sur d'autres facteurs que la rémunération. Ce sont tout d'abord le dynamisme et la variation de l'activité qui sont recherchés par un médecin<sup>(5)</sup>. Il s'agit dès lors d'assurer la cohérence entre le projet individuel et le projet collectif à l'hôpital, en favorisant une valorisation de l'activité individuelle, une adaptation du projet personnel au projet collectif, un exercice de la spécialité dans une équipe et dans le cadre d'un territoire de santé, une valorisation collective de l'équipe médicale et une reconnaissance de l'implication dans la vie institutionnelle. L'environnement et les conditions de travail doivent ensuite offrir un cadre d'exercice adéquat et tenir compte de diverses variables : l'équilibre professionnel, la continuité des soins et la permanence médicale, la prévention et la gestion des conflits, le dialogue social, la prévention des risques professionnels,

le caractère modéré de la charge des activités administratives et la prévention des risques psychosociaux. Ce cadre d'exercice doit favoriser l'envie de poursuivre la carrière hospitalière, en assurant la qualité du travail en équipe, de l'exercice clinique auprès du patient, du plateau technique, mais également la prise de responsabilité professionnelle et l'engagement dans le service public. Enfin, l'exercice médical à l'hôpital doit offrir au praticien la possibilité de moduler sa carrière. Il s'agit dès lors de s'inscrire dans une approche de métiers, de compétences et de qualifications, à l'image de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences du personnel non médical. L'acquisition de nouvelles qualifications médicales et professionnelles peut passer par des coopérations entre professionnels de santé, la formation médicale continue et le développement professionnel continu, ainsi que la prise en compte de l'évolution des disciplines, des spécialités et modes d'exercice. De plus, la modularité de la carrière du praticien se fait à travers l'accompagnement réalisé pour faciliter l'évolution des modes et temps d'exercice et valoriser les carrières, la modulation des modes d'exercice et du temps de travail tout au long de la carrière, et enfin l'avancement en fonction du temps de travail, des activités et des projets convenus et évalués.

## Un projet social médical au CH de Gonesse

À l'heure actuelle, deux éléments imposent aux hôpitaux publics de mettre en œuvre une politique active et dynamique en matière de gestion des ressources humaines médicales : d'une part la tendance démographique défavorable du corps médical, risquant de mettre en péril la pérennité de certaines spécialités et de réduire l'offre de soins de proximité, d'autre part la nécessaire mise en œuvre d'une véritable stratégie médicale, dans un contexte de financement de l'hôpital à l'activité, adaptée à un contexte financier contraint.

### NOTES

(1) C. Dutheil, « L'attractivité des entreprises françaises à la loupe », *L'Express*, 05/10/2014 - [www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/l-attractivite-des-entreprises-francaises-a-la-loupe\\_1036992.html](http://www.lexpress.fr/emploi-carriere/emploi/l-attractivite-des-entreprises-francaises-a-la-loupe_1036992.html).

(2) Parlement, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JO*, n°0167 du 22 juillet 2009.

(3) Art. L. 6152-1 CSP.

(4) P. Romestaing, *Atlas de la démographie médicale en France*, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2013, Conseil national de l'ordre des médecins - [http://www.conseil-national-medecin.fr/sites/default/files/Atlas\\_\\_national\\_2013.pdf](http://www.conseil-national-medecin.fr/sites/default/files/Atlas__national_2013.pdf).

(5) F. Aubart, D. Delmotte, A. Jacob, J.-P. Pruvo, O. Veran, *L'exercice médical à l'hôpital*, Centre national de gestion, 2011 - [http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Final.pdf](http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf).

L'hôpital de Gonesse a souhaité élaborer un volet médical au projet social, posant clairement les principales clés de construction de la politique de recrutement et d'avancement du personnel médical, ainsi que la politique d'accueil et d'intégration des nouveaux praticiens. La prise en compte de préoccupations relatives au personnel médical dans le cadre de la régulation sociale n'est pas une nouveauté. Néanmoins, l'élaboration d'un projet social médical est un signal important à destination des membres du corps médical : celui d'une prise de conscience, d'une volonté d'initiative. Il s'agit de continuer à « donner envie » de faire carrière à l'hôpital public.

## Contractualiser et individualiser les parcours de carrière

Suite à la mise en œuvre du protocole Aménagement et réduction du temps de travail (ARTT) de 2001<sup>(6)</sup> et de la directive du Conseil européen de 1993 sur le temps de garde<sup>(7)</sup>, le temps de travail est devenu un élément majeur de négociation pour les établissements et un véritable facteur d'attractivité et de fidélisation pour le personnel médical. En effet, le temps de travail représente un point de discussion sur la répartition de la charge de travail au sein du service de soins, mais également un outil de

négociation pour mieux concilier vie professionnelle et vie privée. De plus, si le secteur public dispose de faibles marges de manœuvre concernant la rémunération, le supplément de salaire apporté par les gardes et astreintes de même que la possibilité d'effectuer de l'activité libérale peuvent constituer des éléments indéniables d'attractivité.

Néanmoins, si les médecins craignent, avec une gestion plus précise du temps médical, un accroissement du contrôle de l'administration sur leurs organisations, les directions ne sont pas plus incitées à s'engager dans cette démarche, craignant, de leur côté, un phénomène inflationniste des demandes de temps médical supplémentaire.

L'objectif n'est pas de retirer aux chefs de service leurs prérogatives d'organisation de l'unité de soins et de répartition des missions entre les praticiens, mais bien de savoir quels outils précis permettent d'évaluer les besoins et d'estimer le « potentiel de production » du service. Bien souvent, la question reste de savoir comment estimer l'effectif cible. Cette démarche débute par un recensement des besoins formalisés par le responsable d'unité, en termes à la fois de vacation et de permanence des soins. Il s'agit de déterminer sur quelles activités se reporte le temps médical et en quelles proportions, afin de répartir, au mieux, les missions entre les praticiens. Cette méthode révèle deux inconvénients : l'amplitude du besoin est difficile à estimer, en dehors de la réalisation stricte des différentes activités du service, et la corrélation entre le besoin en ressource et le nombre d'ETP nécessaire relève d'un contrat de confiance passé entre le responsable de service et la direction.

Si des ratios peuvent être élaborés en vue de comparer la dotation de différents services du territoire, le profil épidémiologique et sociologique de la population, ainsi que les voies de recrutement, mais également l'architecture de l'unité de soins, peuvent faire varier de façon importante l'activité médicale et la répartition des missions, et en conséquence le dimensionnement de l'équipe médicale y exerçant.

Ce constat justifie le travail d'explication et d'argumentation vers les praticiens pour tenter de lever les réticences et faire apparaître la valeur ajoutée qu'ils peuvent retirer de cette démarche. Ainsi, la mise en œuvre d'une politique renforcée de gestion du temps médical doit s'accompagner d'une communication ciblée, tendant à expliquer :

- » la nécessité de déclarer son temps pour pouvoir bénéficier du temps additionnel ;
- » l'avantage constitué par une meilleure visibilité du temps pour argumenter les demandes de moyens auprès de l'agence régionale de santé (ARS) ;
- » le fait de ne pas utiliser les données dans une logique strictement de contrôle ;
- » une validation décentralisée des données au niveau du service, évitant un regard administratif direct ;
- » l'engagement d'une évaluation permettant d'ajuster les organisations au vu d'un bilan objectif ;
- » la possibilité d'instaurer une contractualisation entre le praticien et le service ou le pôle, afin de faire corrélés les attentes des médecins avec les besoins de l'unité.



### » ENCADRÉ 2 La lauréate

Entrée dans la formation d'élève directeur d'hôpital à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2012, Marie Hiance réalise son stage obligatoire au centre hospitalier de Gonesse. C'est dans ce cadre qu'elle effectue son mémoire sur les ressources humaines médicales. En 2014, à l'issue de la formation, elle prend un poste de directrice de la qualité, de la communication et des affaires juridiques, ainsi que les affaires médicales et la stratégie en février 2015 au centre hospitalier intercommunal Robert-Ballanger d'Aulnay-sous-Bois.



## Favoriser une territorialisation de la gestion des ressources humaines médicales

La coopération entre établissements de santé, centrée sur un projet médical de territoire, peut permettre de proposer aux médecins des carrières diversifiées, en termes aussi bien d'activité que de modularité d'exercice. Elle assure à l'établissement la possibilité d'organiser la ressource médicale avant d'en subir les lacunes. En effet, les coopérations permettent de mieux gérer les problèmes de recrutements (postes médicaux partagés, consultations avancées, télémedecine, etc.) et d'affronter les contraintes budgétaires en rationalisant les filières de soins. Il s'agit donc de regrouper les acteurs de santé, afin de réorganiser l'offre de soins et de proposer des parcours professionnels plus attractifs.

L'élaboration d'un projet médical territorial se fonde sur une appréhension du territoire, à la fois comme un facteur d'attractivité et un cadre sécurisant du déroulement d'une carrière, d'une part, et un nouvel espace de développement de l'équipe médicale, d'autre part. Quels que soient les objectifs de la coopération entre établissements de santé, celle-ci doit favoriser la diversité des carrières et offrir des parcours professionnels plus diversifiés et plus riches pour les médecins. Le territoire offre la possibilité de développer de nouveaux modes d'exercice médical, pouvant se révéler attractifs, en garantissant des recrutements de patients diversifiés et en assurant des réponses face au phénomène de surspécialisation des médecins.

La constitution d'équipes médicales territoriales est un facteur d'attractivité en ce que celles-ci constituent une nouvelle façon de concevoir l'offre de soin. Lorsqu'elles s'organisent entre des structures de tailles différentes, elles permettent d'augmenter l'attractivité de postes situés en périphérie de structures de recours. Une gestion prévisionnelle des métiers et compétences est alors nécessaire pour proposer au plus tôt des parcours professionnels aux jeunes praticiens en cours de formation. Ils associent alors travail en équipe (réunion de service, réunion de concertation pluridisciplinaire), prise de responsabilité et peuvent s'appuyer à la fois sur une activité plus diverse, en élargissant le bassin de recrutement, en développant des modalités de prise en charge variées (consultations avancées, activité de proximité, activité de recours), en organisant une gradation des soins et en appliquant un principe de subsidiarité. Ces organisations valorisent les établissements de proximité en étoffant des équipes médicales et en apportant une expertise complémentaire. Elles facilitent l'accès à des plateaux médico-techniques de recours et structurent des filières de soins publiques. De plus, elles permettent le développement de techniques médicales particulières et peuvent autoriser des activités soumises à seuil que les établissements ne pourraient atteindre individuellement. Enfin, elles peuvent parfois alléger la charge de permanence des soins et réduire le taux de fuite des établissements de recours en internalisant le parcours patients, organisé autour de réseaux, filières ou secteurs.

## Conclusion

L'adhésion totale du corps des praticiens aux nécessités de gestion des ressources médicales, en vue de répondre aux besoins des établissements hospitaliers, impose au manager hospitalier de tenir compte de la culture hippocratique de la communauté médicale. L'intégration de cette dimension est indispensable pour répondre aux enjeux de fidélisation et d'attraction du personnel médical en raison du caractère originellement antinomique de la gestion exogène du corps médical. Les leçons de cette étude, pour le manager hospitalier, se situent donc au niveau de l'équilibre à définir entre construction d'outils d'objectivation et édification de relations de confiance entre l'administration et le corps médical. Si la confiance n'induit pas l'absence de contrôle, seul l'historique des interactions déployées et des synergies impulsées, à la fois par le corps médical et la direction, à son plus haut niveau, fixe le cadre de la gestion des ressources humaines médicales. La direction doit avoir dès lors un rôle d'anticipation des problématiques, de médiation et recours en cas de conflit, d'accompagnement des projets et de management des dynamiques. Malgré les différences notables de gestion que celui-ci a pu appliquer dans les établissements dont il a eu la responsabilité, une phrase d'Antoine Riboud, PDG historique de Danone, peut constituer une référence forte à la recherche d'innovation en matière de ressources humaines médicales dans le milieu hospitalier : « *Construisons nos entreprises autant avec le cœur qu'avec la tête et n'oublions pas que si les ressources d'énergie de la terre ont des limites, celles de l'homme sont infinies s'il se sent motivé.* »<sup>(8)</sup> ●

## NOTES

(6) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Protocole d'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels médicaux hospitaliers du 22 octobre 2001 - [www.vie-publique.fr/documents-vp/diapomedecin.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/diapomedecin.pdf).

(7) Conseil européen, directive 93/104/CE du 23 novembre 1993, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, Journal officiel de l'Union européenne, n° 307, 3 décembre 1993 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0104:fr:HTML>.

(8) A. Riboud, « Croissance et qualité de vie », Marseille, Assises du Conseil national du patronat français, 25 octobre 1972 - <http://discoursdumanager.com/2013/05/03/croissance-et-qualite-de-vie-le-discours-prononce-par-antoine-riboud-pdg-de-danone-aux-assises-nationales-du-cnfp-le-25-octobre-1972-a-marseille-il-ny-a-quune-seule-t/>.