



*Le médecin
à l'hôpital :
l'enjeu de
l'attractivité*



Contraintes et environnement :

1. Un environnement en mutation :
 - A_ Évolutions de la société :
besoins croissants en santé avec vieillissement de la population, progrès médical (techniques d'investigation et de soin coûteuses et efficaces) et moindre disponibilité de temps médical (équilibre vie professionnelle-vie privée, surspécialisation).
 - B_ Evolutions administratives :
transformations avec l'émergence des GHT (manque de règles définissant la pratique territoriale au plan médical), contraintes économiques, limite évidente des organisations verticales,
 - C_ Concurrence public-privé
(conditions d'exercice différentes, fragilité budgétaire, surcoût des remplacements),
 - D_ Inadaptation/ineffectivité
des règles de régulation de l'offre de soins (création et contrôle d'effectivité des obligations) dans un contexte de réforme du droit des autorisations en tant que frein à l'installation.
2. Période de transition : délégations de compétences, apparition de nouveaux métiers entre le paramédical et le médical,

Faible attractivité de l'hôpital public :

1. Conditions d'exercice parfois insatisfaisantes (accompagnement social et professionnel) : conditions pratiques : espaces de travail inconfortables, parking, crèche, équipement informatique ; question de la ruralité ; santé au travail...
2. Lourdeur de la permanence et de la continuité des soins, importance du non programmé, dépendance des équipes vis-à-vis des médecins en cours de formation (étude 2018 GPEC médicale FHF besoins médicaux et effectifs d'internes)
3. Organisation au sein des équipes : exemplarité et équité, prise de congés, accès aux formations et rapport à la gouvernance.
4. Vécu de rémunération insuffisante par rapport à la pénibilité, aux compétences et à la responsabilité, rémunération de début de carrière.
5. Des différences de rémunérations avec même niveau d'investissement et de pénibilité en particulier du fait du recours aux intérimaires ou aux contrats de cliniciens.

Au total un risque de : ne pas envisager la carrière hospitalière, de souffrance au travail et des départs des praticiens.

Dans cet environnement, le management à l'hôpital est un enjeu pour garantir la reconnaissance de la place de chacun des acteurs et le meilleur exercice/épanouissement professionnel et personnel possible.

Propositions :

Le sujet a été volontairement limité à l'installation dans les territoires dans leur dimension socio-professionnelle. Les aspects cruciaux d'attractivité financière à l'exercice médical à l'Hôpital Public relèvent de l'application de la réglementation au profit des personnels médicaux et pharmaceutiques. La transformation de la réglementation actuelle relève des travaux nationaux de Ma Santé 2022 et de la concertation avec les intersyndicales représentatives des praticiens.

1. Propositions de facilitation de l'installation sur les territoires

1.1 Le territoire d'exercice professionnel

1. « Professionnaliser » l'accueil avec mise en place de moyens adaptés (1 médecin / 1 bureau) dès l'installation et l'installation du médecin dans l'établissement et dans le GHT (définition d'un process clair, sensibilisation aux risques professionnels, suivi médical SST, désignation d'un médecin référent du process d'installation - pas forcément du service, communication de l'identité du médecin au sein du GHT et aux correspondants via le CDOM).

2. Développer les outils sécurisés de **télé médecine** pour faciliter la continuité des soins dans le cadre de la PDSSES.

3. Développer le **télétravail** (hors temps de travail additionnel) pour partie des quotités de temps reconnues de responsabilité dans la gouvernance (ex des temps de CR et de reporting...) mais également de formation (1médecin/1bureau virtuel en complément de supra).

4. Définir/recommander **des règles principes d'exercice territorial** en connaissance des impératifs médicaux et des contraintes sociales des acteurs, par spécialité et selon la géographie d'implantation des activités et le nombre d'établissements du GHT pour le temps de service normal et la PDSSES en regard des possibilités offertes par la réglementation en vigueur.

5. Faciliter **l'accès aux véhicules de service** en cas d'activité extérieure en demies journées notamment.

6. **Améliorer l'information statutaire**, sur la gestion des carrières et sur l'évolution professionnelle dans et hors de l'hôpital, dès l'installation, au travers d'un entretien tous les deux ans qui prenne en compte les choix en termes d'exercice professionnel, de formation et d'accès au financement et à l'organisation de la recherche (fonction sourcing au sein des DAM en lien avec le CNG).

7. Construire, mettre à jour et partager dans les établissements les **portefeuilles de compétences médicales** en vue d'élaborer des profils de carrière en fonction des choix et des capacités des personnes à l'échelle du GHT.

Les attentes identifiées :

- Favoriser la connaissance des établissements durant le cursus de formation et rétablir des liens entre les hôpitaux et les facultés à travers une valence universitaire dans certains CH non CHU.
- Prise en compte du temps non clinique relatif aux missions transversales.

1.2 Le territoire de vie

1. Mise en place d'une fonction d'accompagnement avec mandat de l'intéressé pour gérer les conditions d'installation matérielle du médecin et de sa famille (crèche) ainsi que l'installation d'un éventuel conjoint.

2. Proposer aux collectivités locales de recours la mise en place d'un accès favorisé aux activités culturelles, sportives et aux aides. Créer un évènement avec le maire de la commune.

3. Réfléchir à des mesures d'accompagnement financier en cas de changement de lieu d'exercice notamment par le biais d'une participation des collectivités locales d'accueil.

2. L'exercice managérial : les conditions de réussite

2.1 Faire connaître et respecter les niveaux de résolution des problèmes

Le service > le pôle > la CME/CMT > la CRP

2.2 Une posture indispensable : manager en recevant et prenant en compte les retours des praticiens et équipes

Le management par la bienveillance est basé sur la confiance et la reconnaissance de l'autre. Loin d'être mièvre, la bienveillance est une posture d'écoute et d'empathie (comprendre l'autre) porteuse de sens et de valeurs.

Quelques notions simples (Gael Chatelain) :

- Proposer plutôt qu'imposer
- Ecouter plutôt que parler
- Manager plutôt que copiner
- Développer plutôt que sanctionner
- Sourire plutôt que faire la tête
- Assumer plutôt que dissimuler

Cette posture d'écoute facilite incontestablement le repérage précoce des situations de tensions ou de vécus d'impasse.

2.3 Encourager le développement des démarches de co-construction

Chacun dispose de compétences qui doivent être reconnues (portefeuilles de compétences). Les managers ont la charge de coordonner ces compétences. La coordination de ces compétences passe par la mise en œuvre en commun de méthodes de fonctionnement (s'oppose à la persuasion = réunion de travail où on va faire croire à chacun qu'il va participer et où les décisions sont déjà écrites à l'avance). Les acteurs du terrain disposent d'une riche connaissance des réalités et sont porteurs d'idées, de solutions.

Les «nouvelles générations » sont en demande d'organisations plus horizontales dans lesquelles leur parole est intégrée dans le processus de décision.

2.4 Le management médical : promouvoir le management de conviction

Le manager médical (chef de pôle ou chef de service) n'a pas d'autorité hiérarchique sur ses pairs.

Ainsi, il est important que ce « chef médical » soit à la fois légitime et exemplaire.

Pour accompagner son équipe, le médecin manager doit donner du sens à ses

projets. Le sens premier de son action est nécessairement donner le meilleur soin au patient. Le médecin manager doit donc proposer des objectifs de travail à son équipe (pas des objectifs chiffrés) et concilier la créativité et l'épreuve de la réalité. La notion de projet d'équipe est primordiale : si pas projet dans une équipe, pas de créativité, pas de lien entre les membres = mort de l'équipe. Pour preuve, les expériences managériales réussies reposent sur des équipes qui ont su monter des projets et convaincre les directions et le reste de la communauté de les suivre.

3. L'exercice managérial en pratique, quelques idées pour réussir

3.1 Des lignes de décisions courtes et lisibles

Développer les circuits courts ! A l'hôpital il faut passer de nombreux échelons hiérarchiques/ direction fonctionnelles pour faire valider un projet, cela rend le challenge compliqué et parfois décourageant. L'organisation de la gestion des projets doit être conçue de manière plus collégiale et pouvoir être comprise de tous : A qui faire la demande ? dans quel délai ? qui instruit ? qui valide ? Certains établissements ont installé des « comités de projets » permettant une validation rapide en opportunité puis en soutien dans le montage plus précis du projet. La lisibilité des organigrammes est importante pour ne pas perdre de temps, trouver directement la bonne personne.

3.2 Des projets valorisés et mis en avant

Des projets innovants : valorisation et faire connaître les expériences réussies. Présenter, journée Agora interne, directoire, promouvoir les publications scientifiques, informer des initiatives locales (journal interne), extracteur d'innovation, boîte à idées... permet de redonner du sens à l'équipe et d'améliorer la qualité (faire gagner de l'argent à la structure) à partir d'idées qui viennent du terrain.

Inciter et accompagner les équipes pour transformer leurs difficultés en projets de sortie de crise (par exemple prise en compte des FEI). Aménagement d'espaces de discussion formalisés et favorables à l'expression et à la résolution des problématiques avec les équipes et les personnes décisionnaires.

3.3 Un accompagnement individualisé des médecins dans le collectif de travail

Le développement des entretiens individuels est à encourager et permet au responsable d'avoir une vision de l'équipe dans sa singularité. Mieux connaître la singularité permet de mieux gérer le groupe. Au-delà du repérage précoce des situations de mal être, ce temps d'échange permet au responsable médical d'imaginer comment valoriser les attentes/envies individuelles au service du collectif.

Rendre publiques les arrivées de nouveaux praticiens et leur activité, information sur les nouvelles responsabilités d'activité, service, pôle.

Le colloque individuel à 6 mois du recrutement par le PCME peut également être un moment important pour s'assurer de sa bonne intégration et ajuster certains sujets si besoin. Le développement d'entretiens individuels annuels à systématiser avec le chef de service.

Une attention aux conditions matérielles d'exercice est indispensable (espace de travail individualisé, stationnement...).

Une instance comparable au CHSCT, y compris dans ses modalités de saisine et fonctionnement, avec des représentants syndicaux (temps de délégation syndicale), sera mise en place pour évaluer, prévenir et donner une réponse à la souffrance au travail.

Résultats attendus à 5 ans

- Diffusion de ces propositions,
- Mise en place des outils préconisés,
- Réduction des postes vacants à l'Hôpital Public,
- Meilleur maillage du territoire,
- Réduction des risques professionnels (RPS, accident du travail, accident de trajet etc...) et du contentieux (CRP, conciliations à l'Ordre Départemental, passages à l'instance disciplinaire régionale de l'ordre, commissions disciplinaires nationale, actions en justice),
- Niveau de satisfaction.

3.4 Des médecins managers formés

La formation des chefs de pôle et responsables de service est une obligation mais celle-ci n'est pas nécessairement en place partout. La question du contenu doit également être questionnée.

Plusieurs axes évoqués :

- Formation théorique nécessaire mais insuffisante (proposition que cette formation bénéficie d'une reconnaissance à niveau de diplôme).
- La formation doit permettre également d'analyser sa pratique et de surmonter les difficultés rencontrées, c'est pourquoi la formation doit être plurielle et mobilisable à différents moments de la vie du médecin manager :
- Atelier de pairs / Co-développement/ analyse de pratique.
- Coaching individualisé par des acteurs de terrain.

3.5 Des médecins managers reconnus

Dans un contexte d'attente de possibles évolutions réglementaires, se pose néanmoins la question de comment le manager (chef de pôle ou de service) peut éviter d'être en rupture avec les praticiens comme avec la direction ? Comment analyser la désaffection pour la fonction dans certains établissements hospitaliers et y remédier ? La légitimité du médecin manager ne tient pas à son statut comme l'est celle d'un PH par exemple. Une consultation de l'ensemble des praticiens est souhaitable.

Pour renforcer l'attractivité de la fonction, la reconnaissance financière et, en même temps, la compensation du temps de la fonction managériale sont indispensables.

En parallèle, l'exercice de la fonction, notamment celle de chef de pôle ne doit pas être isolée et la création d'un bureau de pôle est une manière plus collégiale et sûre de piloter. Dans la même perspective, l'appui d'un contrôleur de gestion/ directeur délégué est nécessaire à l'exercice de cette fonction.

Acteurs repérés

- ARS Occitanie,
- Groupe de travail mixte FHF-Syndicats de la CRP, CRP dans son ensemble,
- Directeurs et Directeurs Généraux d'Hôpitaux, Chefs de services, chefs de pôle, PCME,
- DAM(±DRH), DSIO,
- Collectivités locales,
- CDOM (CROM),
- Représentants syndicaux hors CRP.

Leviers du projet structurant

- Communication structurée sur les objectifs du projet,
- Nouvel appel à candidature pour identification des hôpitaux innovants par la CRP (parangonnage des initiatives originales réussies), promotion de leur action de façon régionale et nationale,
- Mise en place d'échanges de pratiques,
- Accompagnement des structures demandeuses par des intervenants extérieurs mais issus des hôpitaux de la région et missionnés par la CRP.

Liens avec d'autres programmes

- Ma Santé 2022,
- Evolution de GHT, mise en place des CMG,
- Développement du parcours patient,
- Programme ATP,
- Observatoire régional du Travail en Santé (PRS2).

Population concernée

Ensemble des praticiens de l'hôpital (professions médicales : médecins, dentistes, sages-femmes et pharmaceutiques), y compris praticiens en formation et praticiens avec fonction universitaire.
Directeurs d'hôpitaux.

Territoires concernés

Région Occitanie.

Moyens financiers mobilisables

- Compensation du temps managérial des praticiens (quantification, remplacement dans l'activité clinique),
- Aides des collectivités locales (numéraire et nature).

Indicateurs de suivi

- Enquête CRP,
- Taille des équipes par rapport à l'effectif cible, qualification des praticiens par rapport à l'effectif cible,
- Proportion des divers modes de recrutements et statuts,
- Indicateurs à préciser (qualité de vie au travail, risques professionnels en santé),
- Mobilité des praticiens, bilans sociaux annuels, projets sociaux médicaux.

Participants.

.

*Emmanuelle GARNIER
Dr Pierre RUMEAU
Dr Anne WERNET
Dr Michel VIGNES
Pr Pierre-François PERRIGAULT
Dr. Bernard GEORGES
Mathieu MONIER
Dr Pierre PERUCHO
Dr Philippe SOL
Dr Jérôme BOUCARD
Michel THIRIET*

*Agence régionale de santé
Occitanie*

26-28 - Parc-Club du Millénaire
1025 rue Henri Becquerel CS 30001
34067 MONTPELLIER Cedex 2
04 67 07 20 07
www.occitanie.ars.sante.fr

