

# L'HÔPITAL PUBLIC EN 2030 :

## COMMENT ATTIRER ET FIDELISER LE PERSONNEL MEDICAL PAR UN EXERCICE PLUS LIBRE ET STIMULANT TOUT AU LONG DE LA CARRIERE ?

**François-Jérôme AUBERT**

*Membre du Club Jeune Génération*

*Elève Directeur d'Hôpital – Promotion Georges Canguilhem  
Doctorant en science politique, Sciences Po Bordeaux-CNRS*

En 2030 comme aujourd'hui, le recrutement et la fidélisation du personnel médical sont des enjeux décisifs pour les hôpitaux. Les établissements publics, désormais associés au sein d'environ 300 groupements, ont besoin de pourvoir de nombreux postes. Le contexte est cependant plus difficile qu'en 2011 : **la désaffection massive des jeunes pour les études scientifiques, le relèvement tardif du *numerus clausus*, et la concurrence d'autres modes d'exercice fragilisent la gestion des ressources médicales par les hôpitaux publics, en France comme à l'étranger<sup>1</sup>.**

Les disciplines qui requièrent un nombre important de gardes (anesthésie, obstétrique), ou qui imposent des contraintes physiques (chirurgie orthopédique) sont particulièrement délaissées par un personnel médical féminisé et vieillissant, qui aspire souvent à un exercice à temps partiel. **Les médecins hospitaliers, en 2030, sont soucieux de concilier vie professionnelle et vie familiale, de connaître un exercice professionnel stimulant, ainsi que d'exercer d'une manière qui ne soit pas physiquement épuisante.**

Les finances publiques présentant toujours une situation préoccupante, les établissements publics ne sont pas en mesure de proposer des rémunérations notoirement plus élevées que par le passé. **Pour répondre aux attentes des médecins, les directions des hôpitaux leur**

---

<sup>1</sup> Perret (J.-B.), *Le CHU de Sherbrooke affronte la pénurie de main d'œuvre*, Décideur Hospitalier Magazine, mars-avril 2011.

**proposent désormais d'exercer leur métier d'une façon radicalement différente de celle qui existe actuellement, en utilisant les différentes formes de motivation des praticiens<sup>2</sup>.**

**En effet, en 2030, l'hôpital est le seul organisme qui propose un exercice professionnel conjuguant la liberté de la pratique médicale et une stimulation intellectuelle permanente au cours de la carrière.**

**Un exercice professionnel qui valorise la liberté du praticien**

L'hôpital de 2011 était souvent critiqué par les jeunes praticiens ; leurs principaux griefs : hiérarchie excessive, excellence indispensable dès le plus jeune âge pour accéder aux carrières les plus intéressantes, choix précoce et irréversible d'une discipline, répétitivité de l'exercice clinique, statuts verrouillés.

Mais en 2030, de nouvelles modalités de gestion de la formation et des carrières ont cours :

Tout d'abord, en ce qui concerne la formation, **les choix de discipline ne sont plus irréversibles. Un droit de remords est accordé aux jeunes médecins hospitaliers pendant cinq ans** après le début de leur carrière. Ils ont ainsi la possibilité de changer de discipline au sein de leur champ d'activité (médecine ou chirurgie), en se formant par unités d'enseignement complémentaires et validation de compétences transférables<sup>3</sup>, en contrepartie d'un engagement à continuer d'exercer à l'hôpital pendant une durée déterminée. Le CNU détermine les passages disciplinaires possibles, qui sont plus nombreux que ceux permis par les diplômes de type capacité qui avaient cours en 2011. En outre, pour favoriser la prise en charge globale et pluridisciplinaire rendue nécessaire par le vieillissement de la population, et allant au-delà de l'aspect technique du traitement des pathologies, il est devenu essentiel de **former les futurs médecins aux humanités<sup>4</sup>. Pour prendre en compte de façon plus importante les aptitudes relationnelles dans l'évaluation du parcours de formation, une formation aux sciences sociales (et plus particulièrement à la philosophie, au droit, à la psychologie, à l'économie de la santé, et à la science administrative) tout au long du cursus<sup>5</sup> est indispensable.**

---

<sup>2</sup> Andersen (L. B.), *Qu'est-ce qui détermine le comportement et la performance des professionnels de santé ? La motivation de service public, les normes professionnelles, et/ou les incitants financiers*, Revue internationale des sciences administratives, 2009, Vol. 75, 87-108.

<sup>3</sup> Lainé (F.), « *Compétences transversales* » et « *compétences transférables* » : *des compétences qui facilitent les mobilités professionnelles*, Centre d'Analyse Stratégique, Note d'analyse Travail-Emploi n° 219, avril 2011.

<sup>4</sup> Descoings (R.), *Former les futurs médecins aux humanités, aux sciences sociales*, Les Tribunes de la santé, n° 26, printemps 2010.

<sup>5</sup> Gaillard (R.), *Mission sur le statut hospitalo-universitaire, Rapport remis à la ministre de l'enseignement supérieur*, 2011.

Ensuite, l'exercice professionnel est rendu plus libre. Il laisse en particulier une place aux projets individuels. Cette méthode était déjà utilisée dans les multinationales employant des personnels très qualifiés, comme Google ou Yahoo !, dans les années 2010. **Ainsi, l'hôpital de 2030 valorise les missions de recherche et d'innovation, en organisant le temps de travail de façon à dégager des plages de temps pour des projets « personnels », dont le praticien pense qu'ils peuvent aboutir et bénéficier à l'hôpital, sans validation hiérarchique. Une possibilité de réintégration des dispositifs créés dans ce cadre est prévue, en cas d'intérêt avéré pour l'organisation de l'hôpital.** Ce dispositif, flexible, peut correspondre à environ une journée de travail par semaine.

La liberté dans l'exercice professionnel est aussi assurée sur le plan statutaire, notamment en CHU : la pratique hospitalo-universitaire n'est plus réservée aux jeunes médecins ayant excellé très tôt dans leur parcours d'apprentissage ; **les médecins qui souhaitent mener des projets de recherche (notamment les femmes pénalisées par la naissance des enfants en début de carrière) peuvent accéder à un statut de professeur associé des universités, sur le modèle de ce qui existe dans les universités de sciences sociales.** La carrière universitaire n'est donc plus exclusivement un sacerdoce décidé précocement, et assumé dans toutes les périodes du parcours professionnel<sup>6</sup>. La répartition des activités entre soin, enseignement et recherche est modifiée régulièrement au cours de la carrière. Cela contribue à réduire les hiérarchies implicites, souvent pesantes et figées, au sein des services.

De manière plus générale, il est nécessaire de **proposer un exercice professionnel adapté aux contraintes spécifiques supportées par les femmes médecins** (charge de l'éducation des enfants assurée principalement par les femmes). Et pour assurer une évaluation plus précise, il est souhaitable de repenser les missions des médecins hospitaliers, et de les objectiver, en systématisant les fiches de poste.

Enfin, **l'hôpital assure un suivi des carrières**, de l'accueil des nouveaux recrutés à l'élaboration d'un projet de carrière. L'objectif est d'accompagner les projets des praticiens, y compris lorsqu'ils ne sont pas en rapport avec l'activité de l'établissement (projet caritatif dans les pays les moins avancés, etc.). **Chaque démission d'un praticien fait l'objet d'une enquête pour en déterminer les causes et tenter d'apporter des correctifs. Cela doit permettre de prévenir et de réduire les démissions imprévues**, facteur de désorganisation.

Or, **les réformes hospitalières successives provoquent des tensions de rôle, voire des conflits de rôle chez les praticiens hospitaliers**<sup>7</sup>. Les perceptions des rôles professionnels sont en effet fondées sur la représentation que l'individu s'en fait. Dans certaines organisations, des conflits de rôle peuvent résulter du caractère jugé incohérent, voire

---

<sup>6</sup> Deugnier (Y.), Rayer (Y.), *Recherche clinique hospitalière – La nécessaire mutation*, Gestions hospitalières, n° 504, mars 2011.

<sup>7</sup> Loubet (G.), *D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?* Il apparaît dans cette enquête que de nombreux médecins hospitaliers interrogés ressentent un conflit de rôle : le taux observé est supérieur de 30% à ceux observés à la fin des années 1990.

contradictoire, des demandes adressées à un acteur. A l'hôpital, les incitations adressées aux médecins pour qu'ils prennent en charge des missions de gestion (codage PMSI, implication dans l'obtention d'une organisation efficiente, etc.) favorisent l'émergence de conflits de rôle. **Or, les conflits de rôle sont un facteur favorisant le départ des acteurs de l'organisation considérée<sup>8</sup>. Dans le contexte de pénurie de personnel médical, ce problème doit être traité, en améliorant la formation des praticiens aux missions de gestion, et surtout la communication sur les objectifs qui sous-tendent les réformes de gestion de l'hôpital<sup>9</sup>.**

A cette liberté de pratique de la profession est associée une stimulation intellectuelle qui favorise l'attractivité de l'hôpital public, et renforce l'attractivité de l'exercice professionnel des praticiens.

### **Rendre l'exercice professionnel stimulant tout au long de la carrière**

L'hôpital est attractif parce qu'il possède les équipements les plus innovants, le lien avec la recherche clinique et fondamentale, et traite les cas cliniques les plus intéressants. Ce sont des atouts qu'il faut valoriser, notamment auprès des médecins libéraux. La pénurie de médecins constatée en 2030 incite les établissements des zones géographiques les moins attractives à recruter des praticiens libéraux en proposant des **contrats d'exercice partagé libéral/PH, associés aux mesures mises en place par les collectivités locales pour inciter à l'installation des praticiens dans les zones géographiques sous dotées en médecins.**

Un dispositif spécifique est mis en place pour **susciter des vocations hospitalo-universitaires**. En effet, en 2030, le prestige de la carrière universitaire est devenu insuffisant pour attirer de nombreux candidats et garantir un niveau de sélectivité idoine. Or, la dimension hospitalo-universitaire est essentielle à l'attractivité de l'hôpital public. C'est pourquoi **le mode de sélection est modifié en profondeur, en partie sur le modèle de la tenure<sup>10</sup> en vigueur dans les universités nord-américaines pour le recrutement de professeurs de sciences humaines et sociales**. Le principe est le suivant : les trajectoires de carrière des chefs de clinique sont déterminées par leurs résultats, notamment sur le plan de la recherche, dans des conditions de relative indépendance à l'égard des aînés. La soumission au

---

<sup>8</sup> Jackson (S.-E.), Schuler (R.-S.), *A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings*, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Volume 36, Issue 1, 16-78, 1985.

<sup>9</sup> Kurunmäki (L.), *A Hybrid Profession : The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals*, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 29, n° 3-4, 2004.

<sup>10</sup> Musselin (C.), *Le marché des universitaires*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2005.

« patron » n'est plus un gage de réussite, car les chefs de clinique sont évalués sur leurs travaux de recherche par leurs « patrons », mais aussi par des PU-PH exerçant dans d'autres établissements, éventuellement situés à l'étranger. Ainsi, le chef de clinique travaille sous le contrôle de praticiens hospitalo-universitaires confirmés, mais il ne travaille pas *pour* eux.

En contrepartie de ces garanties, le praticien qui obtient le statut hospitalo-universitaire ne bénéficie plus d'une rente de situation potentielle jusqu'en fin de carrière. **La sélection opérée en début de carrière n'emporte pas des conséquences définitives : les praticiens HU se soumettent périodiquement à des sélections, certes moins drastiques que dans la phase de clinicat (ou tenure track) pour progresser dans la carrière (par exemple pour accéder à un statut de PU-PH « hors-classe », dont l'obtention est conditionnée à des résultats probants).** Ces épreuves empêchent certains praticiens de se soustraire totalement au « marché interne » de l'hôpital.

Les années 2030 voient en outre **l'accélération du processus de spécialisation des hôpitaux**, y compris les CHU. **Sur le plan de la recherche, les hôpitaux universitaires de taille modeste sont incités par les pouvoirs publics à se spécialiser dans certaines disciplines<sup>11</sup>**, parfois peu nombreuses, pour atteindre le niveau d'excellence requis par les exigences de la compétition internationale. Pour être atteint, cet objectif nécessite la mise en place de communautés stratégiques régionales entre CHU, sur le modèle canadien<sup>12</sup> : la coopération pour atteindre la taille critique n'est pas nécessaire uniquement pour les petits CH, mais aussi pour les établissements plus importants.

L'hôpital public utilise aussi un atout essentiel auprès des médecins libéraux ; ceux-ci sont en effet attirés par **l'accès aux équipements innovants, qui est mutualisé grâce à un système de vacations**, pour que les praticiens libéraux ou exerçants dans les hôpitaux de taille moyenne puissent y avoir accès, comme les praticiens des CHU. En outre, des revues de littérature communes sont instituées, par visioconférence, entre les hôpitaux et les hôpitaux universitaires. Les comités d'éthique sont aussi mutualisés. De plus, **la télémédecine s'est fortement développée<sup>13</sup>**, grâce au progrès technologique ; elle **permet des échanges de pratiques entre médecins de différents hôpitaux.**

Au quotidien, la pratique clinique est assurée dans de meilleures conditions, grâce à plusieurs types de dispositifs : **des équipes mobiles de gériatres et de généralistes sont systématiquement mises en place au sein de l'hôpital** pour aider les autres praticiens dans la prise en charge des patients âgés et poly pathologiques. **De plus, l'hôpital introduit la**

---

<sup>11</sup> Deugnier (Y.), Rayer (Y.), op. cit.

<sup>12</sup> Gauthier (P.), Fillion (C.), Latulippe (P.), *La pénurie de main d'œuvre et la transformation de l'organisation du travail au sein du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie*, Rapport de recherche Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke – Centre de santé et de services sociaux/Institut de gériatrie de Sherbrooke – Centre de santé et de services sociaux de Granit, décembre 2009.

<sup>13</sup> Chriqui (V.), Coeuré (B.), *France 2030 – Cinq scénarios de croissance*, Rapport conjoint du Centre d'Analyse Stratégique et de la Direction du Trésor, 2011.

**mixité chirurgiens/médecins dans les unités de chirurgie : des équipes mobiles de médecins exercent en soutien dans des unités de chirurgie, pour faciliter la prise en charge de patients âgés dont le besoin de santé ne se limite pas à l'acte chirurgical.**

En outre, pour renforcer l'intérêt de la pratique clinique et atténuer son caractère répétitif, un dispositif de délégation des missions cliniques les moins techniques est mis en place. **Certaines parties de missions auparavant réalisées par des médecins sont déléguées à d'autres acteurs (ce qui nécessite une formation à la délégation dans les études médicales)<sup>14</sup>, notamment en chirurgie<sup>15</sup> et dans le champ médico-technique** : ingénieurs et personnel paramédical sont désormais en charge de nombreux actes préopératoires. A l'hôpital, le médecin intervient désormais uniquement pour apporter la valeur ajoutée de son expertise ; cela favorise aussi l'organisation des soins dans un contexte de rareté du temps médical.

Afin de maintenir cette attractivité pendant toute la carrière des praticiens, il est nécessaire de tenir compte du vieillissement des personnels médicaux, qui induit des difficultés à maintenir le nombre d'actes réalisés et à supporter les contraintes que représentent les gardes. **La gestion des secondes parties de carrière et des fins de carrière rend nécessaire la création de trajectoires professionnelles différentes, inspirées de celles mises en place par l'armée pour les officiers supérieurs.** Ainsi, des changements dans les affectations des jeunes médecins sont nécessaires, pour anticiper les besoins des plus âgés. Par exemple, il semble souhaitable de **fermer ou de réduire fortement l'accès aux postes de médecin de santé publique et de médecin du travail aux jeunes diplômés, qui ne les recherchent pas en priorité, pour les attribuer à des PH issus de disciplines médicales en seconde partie de carrière** (proposition de formation en master de santé publique incluse dans les conditions de recrutement).

**Les médecins sont aussi incités à l'exercice de fonctions managériales en seconde partie de carrière.** La responsabilité de chef de pôle est désormais réalisée à mi-temps, après l'obtention d'un master en management, incluant des UE en finances et en ressources humaines.

### Conclusion

**L'hôpital public a les atouts pour demeurer un employeur attractif en 2030, proposant un exercice professionnel plus libre et stimulant tout au long de la carrière des praticiens.**

---

<sup>14</sup> Picot (G.) *Entre médecins et infirmiers à l'hôpital public : un rapport social instable*, Revue Française des Affaires Sociales, n° 1, 2005.

<sup>15</sup> Vallencien (G.), Aubart (F.), Cuq (P.), *Quels modes de rémunération pour les chirurgiens ?*, Rapport au Ministre de la Santé, mars 2008.

Pour être atteint, cet objectif nécessite la **création de passerelles et de coopérations entre des entités nettement séparées en 2011** : services de médecine et services de chirurgie, médecins et personnel paramédical, médecins de ville et médecins hospitaliers, Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Universitaires, praticiens hospitaliers et praticiens hospitalo-universitaires, personnels HU titulaires et personnels HU non titulaires.