

## Introduction

Aujourd'hui plus que jamais, la gestion des ressources humaines médicales doit faire l'objet d'une politique managériale ambitieuse de la part des établissements de santé. Cette politique doit aussi se décliner aux plans des territoires et des régions.

La gestion des ressources humaines médicales se trouve au cœur des révolutions hospitalières au service de la performance collective. Plus dynamique, elle favorisera des parcours individuels attractifs : fidélisation, contractualisation, responsabilisation, intéressement ne peuvent rester de vains mots. C'est ce que nous développerons dans un premier temps. Plus ouverte, cette gestion des ressources humaines médicales renouvelée permettra un pilotage territorial-régional et harmonisé : démocratie sanitaire, filiarisation des soins, fédération médicale interhospitalière, communauté hospitalière de territoire doivent se traduire concrètement sur le terrain. Cette gouvernance territoriale est abordée dans un second temps.



## **I. Vers des parcours individualisés attractifs**

La gestion des affaires médicales est restée trop longtemps stéréotypée et impersonnelle, trop timorée aussi, tant dans la gestion du temps de travail que dans celle des modalités d'attractivité de l'hôpital, insuffisamment développées.

Les principaux instruments managériaux, comme la gestion du temps de travail, l'utilisation des compléments de rémunération et l'organisation des recrutements, ont été par le passé peu utilisés dans une perspective stratégique.

## 1. La nécessaire gestion du temps de travail médical

Si la gestion du temps de travail a été très critiquée et mal vécue par le corps médical, elle n'est pas à jeter avec l'eau du bain.

La gestion informatisée du temps de travail permet d'instaurer un cadre et d'éviter certains excès du passé, avec des praticiens travaillant trop ou trop peu selon les cas, voire d'instaurer un certain « contrôle » de l'activité libérale. Il en résulte un gain de sécurité et de qualité pour le patient, de même qu'un renforcement du travail en équipe.

La démarche se déroule selon une méthode précise :

- adopter un discours pédagogique pour les praticiens et mettre en œuvre un processus participatif ;
- expliquer pourquoi changer et privilégier la concertation ;
- assurer un accompagnement et des soutiens ponctuels.

Ce système amène donc le corps médical et la direction des affaires médicales vers une nouvelle approche et une étroite coopération, dans l'intérêt de tous.

### *Une organisation en six étapes*

L'organisation du temps médical peut se dérouler selon les six étapes suivantes :

1. analyser l'activité médicale du service ;
2. analyser l'organisation des ressources médicales ;
3. définir les besoins en fonction de l'activité et des ressources ;
4. analyser les écarts ;

5. définir les maquettes d'organisation médicale de service ;
6. contractualiser *in fine*.

La collecte des informations permet de comparer la charge de travail par période : sur l'année, sur la semaine et sur la journée. Ces différentes étapes sont importantes pour développer une culture d'échanges et de négociations au sein de l'établissement : objectiver les situations, anticiper les recrutements et adapter les ressources médicales à l'activité, clarifier les ressources disponibles et traduire les moyens médicaux en temps opérationnel à disposition après soustraction des activités régulières ou effectuées à l'extérieur.

L'objectif est de mieux percevoir les conséquences des choix organisationnels dans la répartition des ressources médicales et d'évaluer le coût de l'activité en personnel médical, en permettant une meilleure visibilité sur le temps de travail. Il s'agit de récapituler les périodes d'activité par praticien et de pouvoir effectuer des projections budgétaires.

### ***La permanence des soins hospitaliers***

La commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS), instance obligatoire pour tout établissement public de santé, émet un avis sur l'organisation des gardes et astreintes, le temps de travail en continu ou non et sur l'élaboration des tableaux de service mensuels nominatifs. Le directeur prépare, avec la COPS, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité et prévoit le temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique. Cette organisation est arrêtée annuellement.

Elle tient compte de la nature et de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement. Au CHU de Dijon, les principales décisions prises par la COPS sont relatives, par exemple, aux conditions de paiement du temps de travail additionnel (TTA), au décompte horaire du temps de travail dans les services et à l'organisation de la permanence des soins. L'ensemble des praticiens souligne l'intérêt de la COPS en tant qu'instance de régulation, de dialogue et d'échanges. Elle règle et tente de répondre à certaines difficultés d'organisation des services et débat de la politique de gestion du temps de travail en partenariat avec la direction des affaires médicales (DAM).

Une refonte globale du nombre de lignes de garde et astreinte, afin de mieux répondre aux besoins réels des services et à leurs disponibilités en personnels médicaux, a été définie. Ainsi, les lignes de garde et astreinte ont été revues, après une rationalisation budgétaire de l'agence régionale de santé (ARS) et une décision de cette dernière de ne plus financer l'intégralité de la permanence des soins. Désormais, le volet continuité des soins ne fait plus l'objet d'un financement par l'ARS. En effet, la permanence des soins est gérée territorialement, ce qui favorise les restructurations et réorganisations (voir ci-après, p. 47 *sq.*). Un groupe de travail a été constitué afin de mutualiser les gardes et astreintes de trois services : réanimation médicale, pneumologie et néphrologie.

En outre, certaines lignes de garde et d'astreinte non réglementaires ont été supprimées, mutualisées ou transformées (par exemple, transformation de la ligne de garde d'orthopédie en astreinte opérationnelle). En effet, sur Dijon, le rapprochement géographique

des services n'a pas toujours été possible et l'existence de doublons pèse sur une gestion efficiente des ressources humaines, du fait de la répartition sur deux sites. En raison de l'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) et des décisions de réorganisation territoriale de l'ARS, il est impératif de mutualiser les ressources, à l'instar de l'expérience menée au CHU de Dijon. À ce titre, l'ARTT représente un outil intéressant pour réorganiser les structures et économiser du temps médical, vu le contexte de plan de retour à l'équilibre (PRE) dans lequel l'établissement est pleinement engagé. Le PRE vise à atteindre l'équilibre financier par l'augmentation de la productivité, l'amélioration de la qualité des prises en charge et de la sécurité des soins et le repositionnement de l'établissement selon les besoins du territoire de santé.

C'est alors qu'apparaissent les difficultés dans certaines disciplines pour assurer cette continuité des soins, la démographie médicale ne permettant pas de disposer du nombre suffisant de praticiens. Ainsi, le recours au TTA, appelé communément « plages additionnelles », est parfois incontournable pour remplir les missions dévolues aux services en temps continu notamment. Les plages additionnelles traduisent alors le manque de moyens en personnel médical.

### ***Le chef de pôle, manager du temps médical***

Les tableaux de service informatisés sont des outils centraux puisqu'ils déterminent la rémunération des médecins hospitaliers. Ces tableaux deviennent indispensables dans la gestion du temps de travail des praticiens. Astreignants selon eux et parfois non remplis, ils sont désormais pris au sérieux. Au sein même

des services, les tableaux ont permis de mettre en place une nouvelle logique et de faire endosser au responsable de service ou chef de pôle un nouveau rôle, celui d'un manager du temps médical. Ce dernier se charge de l'arbitrage entre les congés, les RTT et les souhaits des praticiens de son service.

Depuis 2009, la DAM de Dijon a informatisé les tableaux de service. Ce système permet au personnel médical et à l'administration de suivre le temps travaillé de chaque praticien à partir de règles définies en commun et issues de la réglementation. Il facilite le travail des gestionnaires par un calcul simplifié des éléments variables de la paie et dote l'établissement d'un outil de projection budgétaire : projection des coûts liés à la rémunération de la permanence des soins notamment. Il s'agit donc d'un réel outil d'appui à l'analyse des organisations médicales de service dont l'établissement appréhende de plus en plus les contours de manière progressive.

### *Des indicateurs indispensables*

Le système des tableaux de service permet d'analyser l'existant et de réajuster les situations en cas de difficultés. En outre, ce bilan facilite une certaine acceptation de la procédure par le corps médical. Lors de l'évaluation, le but est d'identifier les points faibles, les points forts et les problèmes qui doivent être résolus : délais, différences entre services...

Grâce à ces tableaux de service, les contraintes du service sont réparties sur l'ensemble des praticiens concernés de manière plus équitable. Par exemple, lorsqu'un médecin est absent, sa charge de travail est supportée par un autre praticien. Ceci oblige donc le



directeur des affaires médicales à avoir une réflexion sur l'organisation des équipes médicales en termes d'effectifs minimums et de qualifications.

Les indicateurs suivants sont mis en place :

- nombre de permanences sur place, d'astreintes et de déplacements en astreinte réalisés par les médecins du service, pour voir s'il est possible de regrouper des gardes ou astreintes en fonction de la charge de travail liée à chacune d'elles ;

- pourcentage de week-ends récupérés, notamment pour le suivi de patients le dimanche matin (qui ne fait pas partie des obligations de service), afin de mettre en place une politique (récupération ou médecin attaché qui intervient sur ces demi-journées) ;

- nombre de postes vacants dans le service, cause de la vacance et formulaire de demande de poste ;

- solde des congés annuels et RTT.

Ces différents indicateurs contenus dans les tableaux mis en œuvre permettent de contractualiser avec les praticiens des services, en accord avec les responsables de service, voire les chefs de pôle. Cette phase d'analyse, essentielle, est effective à Dijon. Elle permet de mieux répartir le temps de travail médical et paramédical afin d'optimiser le temps de praticien, rare de nos jours dans un contexte de démographie médicale difficile. C'est ainsi que la mise en place de l'ARTT n'a été possible que par le recours aux plages additionnelles pour assurer les soins.

### ***La sécurité et la qualité des soins***

Ces nouveaux outils de maîtrise de la gestion du temps de travail permettent l'optimisation des moyens médicaux. Après une garde, le repos compensateur

garantit une plus grande sécurité pour le patient et une plus grande sécurité juridique pour le médecin et l'institution. Cette évolution concrétise une responsabilisation croissante du corps médical. La loi HPST conforte cette évolution en instaurant de nouvelles instances de coopération avec le corps médical et en impliquant davantage ce dernier dans la gestion économique de l'établissement.

Le CHU de Dijon poursuit dans cette voie : la mise en place de leviers dans la gestion du temps de travail, bien que progressive, doit aboutir à un système plus efficace de répartition du temps médical. Tout ceci démontre que, désormais, c'est bien l'association du corps médical avec les directions qui est centrale dans la gestion efficace et efficiente d'un établissement. En outre, l'instauration de cet outil permet de mieux répondre aux attentes des patients en replaçant le praticien au cœur de la problématique de la qualité des soins.

### ***La gestion du temps médical au service de la négociation***

Il est nécessaire que les praticiens s'approprient l'outil. La réussite de sa mise en place dépend de la volonté des praticiens de s'impliquer. Pour cela, le directeur des affaires médicales et son équipe se doivent d'être présents et d'accompagner les médecins dans le processus d'appropriation et de compréhension des objectifs de ce dispositif qui, loin d'être dirigé contre eux, sert leurs intérêts.

La gestion du temps de travail a ainsi permis aux praticiens, et notamment à certains responsables de service et/ou chefs de pôle, de positionner comme

managers de leur équipe et de pouvoir mieux répartir et faire fructifier les ressources en personnel de leur service. Ce processus se fonde sur la logique polaire et sur la réorganisation introduite par la loi HPST dans laquelle le praticien responsable de service assume une fonction de plus en plus gestionnaire et stratégique. En effet, la gestion du temps de travail a permis de mutualiser et de réorganiser les services. Il s'agit donc de mettre en place un réel système de co-décision entre le directeur et le médecin, dispositif dont la COPS est l'exemple le plus pertinent.

Enfin, ce système doit permettre de concilier revendication de vie privée des praticiens et nécessité de répondre aux missions de service public. Les praticiens utilisent leurs jours de RTT et de compte épargne temps (CET) selon leur intérêt propre : soit pour prolonger des vacances, soit par crainte de les perdre ou en préparation de la retraite pour solder le CET.

La mise en place de cet outil démontre que désormais la gestion des ressources humaines médicales est participative. La concertation avec le corps médical est incontournable. La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) a ainsi proposé, dans une de ses études relatives à l'organisation du temps de travail (2005), d'organiser un entretien annuel avec le responsable de service et/ou chef de pôle. Son but : examiner conjointement les objectifs relatifs aux activités et les souhaits des praticiens, confronter l'inventaire des médecins du service concerné pour chaque jour des différentes périodes de l'année et l'activité des services.

Ainsi, la gestion du temps de travail peut s'inscrire fondamentalement dans une organisation polaire, en gestion par contrat de pôle, qui pourrait annexer des

outils et indicateurs d'une gestion objective du temps médical. Il devient alors possible de lier gestion du temps médical et intéressement.

## 2. Vers un intéressement collectif et individuel

### *Les nouveaux outils de rémunération*

Face aux contraintes des hôpitaux et à la concurrence accrue des établissements privés, il est nécessaire de mettre en place de nouveaux outils de rémunération, plus attractifs. L'un des arguments appuyant cette mise en place, en sus de la logique T2A (tarification à l'activité), est celui de la démographie médicale.

Selon le schéma régional d'organisation des soins (SROS) de la région Bourgogne<sup>1</sup>, « la démographie médicale et paramédicale [y] reste largement déficitaire par rapport à la moyenne en France, à l'hôpital comme en ville. On compte 20 % des postes de praticiens hospitaliers (147/722) vacants, en particulier en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, radiologie, radiothérapie et urgence. Le déficit global en infirmiers est estimé à 5 % (500 sur 11 000), en particulier en infirmiers de bloc opératoire et anesthésistes. La démographie médicale est particulièrement difficile, le vieillissement des chirurgiens, la nouvelle législation du temps de travail [...], la judiciarisation aggravent la crise des vocations » (ARH Bourgogne, 2006).

---

1. Le SROS Bourgogne 2012-2016 a été arrêté le 29 février 2012.