

# Délégation polaire et gestion médicalisée

## Sources d'attractivité médicale

**Dr Antoine LEMAIRE** Chef de pôle cancérologie et spécialités médicales  
**Anne-Claude GRITTON** Directeur des affaires médicales et de la recherche clinique  
**Rodolphe BOURRET** Directeur général  
 Centre hospitalier de Valenciennes

**L'hôpital public, dans un contexte démographique contraint, peine à se rendre attractif auprès des jeunes médecins et à fidéliser les médecins seniors dans leur carrière hospitalière. L'enjeu est crucial. Des solutions, fragiles, se profilent cependant pour faire de l'hôpital public un nouveau tropisme. Après un panorama des principales mesures arrêtées par le plan d'action ministériel de 2015 en faveur de l'attractivité médicale, cet article présente l'expérience du centre hospitalier de Valenciennes : son modèle de délégation de gestion quasi exhaustive aux pôles sous-tend, positivement, la dynamique de l'établissement et du recrutement médical. Cet article met aussi en perspective le versant médical des « hôpitaux magnétiques » comme vecteur d'attractivité.**

### Trois axes, douze engagements : vers un hôpital public plus attractif ?

L'objet n'est pas ici de reprendre de façon détaillée les axes ministériels en termes d'attractivité médicale<sup>1</sup>. Il s'agit plutôt d'en proposer une synthèse dans le cadre d'une réflexion nationale sur les hôpitaux publics et d'interroger leur faculté à demeurer dans la dynamique des recrutements médicaux et du développement des spécialités médicales.

Trois axes principaux ont été identifiés dans le plan d'action pour l'hôpital public qui regroupe les

principales mesures issues des cinquante-sept propositions du rapport Le Menn. Ces mesures soulignent les problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement les établissements publics de santé. Il est cependant probable qu'à elles seules, ces dernières ne parviendront pas à transformer significativement et sans délai l'attractivité auprès des jeunes médecins. Les offres de soin privées sont plus que jamais attractives, allant jusqu'à se structurer en pôles d'excellence dans des domaines qui sont traditionnellement l'apanage des hôpitaux publics universitaires, comme la recherche clinique.

#### TABLEAUX 1, 2 ET 3

Ce plan d'action met en exergue les points faibles du système actuel et certains des freins qui nuisent à un engagement pérenne dans une carrière hospitalière. Des réponses ont été apportées pour y remédier (droits, rémunération, formation, qualité de vie au travail...). Elles constituent autant de préalables nécessaires qui ne s'avèrent pas exclusifs. D'autres critères d'attractivité, moins visibles sans doute, sont de nature à transformer foncièrement l'image d'un établissement.

### La gouvernance polaire valenciennoise : facteur d'attractivité

Dans quelle mesure le système managérial développé au centre hospitalier de Valenciennes contribue-t-il à rendre cet établissement attractif pour des médecins exerçant déjà, ou souhaitant faire carrière à l'hôpital public ? Ce management a été historiquement très décentré vers les pôles d'activité, et partant vers les chefs de pôle issus du corps médical. En cela, l'institution a tenu compte de la volonté des médecins d'ancrer durablement ce type de management en raison, notamment, de son incidence positive sur le fonctionnement de

l'établissement. Notre postulat est donc le suivant : permettre aux médecins de s'impliquer concrètement dans le management de leur pôle d'activité constituée, pour la sphère hospitalière publique, un réel facteur d'efficacité et d'attractivité.

### Une gouvernance fortement décentralisée et médicalisée

La délégation de gestion représente un acte fondateur de la gouvernance instaurée. L'efficacité du modèle éprouvée, le niveau de délégation s'est progressivement étendu à la demande des médecins et avec l'appui du directeur général. Parallèlement, le fonctionnement des instances internes s'est adapté pour accompagner la mise en œuvre du modèle.

#### >> Une délégation de gestion au périmètre étendu

La délégation confiée aux chefs de pôle médecins, et aux trinômes de pôle qu'ils constituent avec un cadre gestionnaire et un cadre supérieur de santé, s'étend à un large champ de compétences. Son périmètre se révèle suffisant pour rendre l'exercice opérant. En voici la liste synthétique :

- **Ressources humaines non médicales** : propositions de recrutement, évaluations, gestion du temps de travail, formations, gestion administrative.
- **Ressources humaines médicales et recherche clinique** : propositions de recrutement et suivi des contrats, permanence de soins, temps de travail, suivi des conventions, gestion des budgets de recherche clinique.
- **Gestion du budget (près de 90 % du budget polaire est délégué)** : personnel médical et non médical, dépenses à caractère médical, dépenses hôtelières et générales, amortissement ; préparation et suivi de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses. Sur ce dernier point, une comptabilité analytique fine et des indicateurs sont construits selon les spécificités des différents services attachés aux pôles. Il ne s'agit pas là d'une volonté de contrôle, mais la recherche d'un pilotage harmonieux et responsable.

#### >> Une gouvernance médicalisée structurée sur le plan institutionnel

Cette importante délégation de gestion développe chez les praticiens un sentiment d'appartenance, ainsi que leur engagement. Dans une logique vertueuse, plus les médecins sont en situation de

1. Tableaux 1, 2, 3 : synthèse des engagements du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015.

## AXE I FAVORISER L'ENGAGEMENT DANS LA CARRIÈRE MÉDICALE HOSPITALIÈRE

TABLEAU 1

Engagements	Actions
Faciliter l'entrée des jeunes praticiens dans la carrière hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner les futurs praticiens dans la construction de leur parcours professionnel</li> <li>• Simplifier les dispositions statutaires pour sécuriser et fluidifier leur début de carrière</li> </ul>
Homogénéiser les droits sociaux et d'exercice en début de carrière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la protection sociale maladie et maternité des praticiens contractuels et des assistants</li> <li>• Homogénéiser les droits d'exercice en début de carrière</li> </ul>
Inciter à l'engagement dans la carrière hospitalière dans les zones sous-denses ou les spécialités en tension	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser les parcours professionnels de ces praticiens</li> <li>• Créer une prime d'engagement hospitalier associée à un avancement accéléré de carrière</li> <li>• Encourager l'exercice d'une activité à temps partagé en début de carrière (développement des postes d'assistants partagés)</li> </ul>

## AXE II FIDÉLISER LES PROFESSIONNELS ET FAVORISER LEUR IMPLICATION DANS LES PROJETS MÉDICAUX DE TERRITOIRE

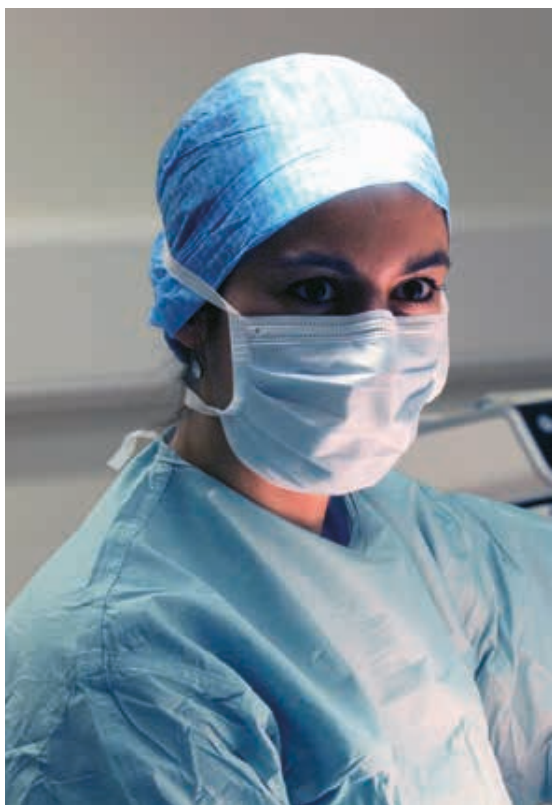
TABLEAU 2

Engagements	Actions
Soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier les conditions d'élaboration des projets médicaux de territoire et de participation des praticiens à la création des équipes territoriales</li> <li>• Adapter le régime indemnitaire aux nouveaux besoins de l'exercice territorial</li> <li>• Mieux valoriser la télé-médecine pour favoriser son déploiement</li> </ul>
Améliorer la valorisation du temps de travail médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître le temps de travail médical réalisé en première partie de soirée dans le cadre d'activités programmées de soins</li> <li>• Homogénéiser la rémunération de la permanence des soins (forfait d'astreinte et valorisation du temps de travail additionnel)</li> </ul>
Accompagner l'évolution des modes d'exercice médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire converger les statuts de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel</li> <li>• Faciliter les activités à temps partagé, notamment en début de carrière</li> </ul>
Dynamiser les parcours professionnels par la diversification des missions confiées aux praticiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les missions non cliniques qui déclinent le projet médical</li> <li>• Répartir au sein des équipes les activités non cliniques d'enseignement, de recherche, de management...</li> <li>• Reconnaître le temps de travail nécessaire à la réalisation de ces activités et dimensionner les équipes en conséquence</li> </ul>
Compléter les dispositions statutaires pour relever les défis de la démographie médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre la prolongation d'activité jusqu'à 70 ans et le cumul emploi retraite jusqu'à 72 ans</li> <li>• Créer un pool de praticiens remplaçants</li> <li>• Plafonner les dépenses d'intérim par mission</li> </ul>

## AXE III RENFORCER L'ANIMATION DES ÉQUIPES ET AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

TABLEAU 3

Engagements	Actions
Promouvoir le management des équipes médicales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'animation d'équipes dans le cadre d'espaces d'expression et de dialogue au sein des pôles</li> <li>• Reconnaître le management médical de proximité</li> <li>• Améliorer les conditions de vie au travail</li> <li>• Soutenir les managers médicaux dans l'exercice de leurs responsabilités</li> </ul>
Développer le volet « personnel médical » des projets sociaux des établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier un volet consacré aux praticiens dans le projet social des établissements</li> <li>• Améliorer les conditions d'accueil des praticiens lors de leur recrutement</li> <li>• Définir les conditions d'accès aux œuvres sociales des praticiens</li> </ul>
Impulser une nouvelle dynamique autour des conditions de vie et de la qualité de vie au travail des personnels médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer une sous-commission de la CME dédiée aux conditions de travail</li> <li>• Sensibiliser et accompagner les praticiens face aux risques professionnels et psychosociaux</li> </ul>
Impliquer les professionnels médicaux dans les démarches d'actualisation de leurs connaissances, de développement de leurs compétences et d'amélioration des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déployer la réforme du DPC au sein des établissements de santé, en association étroite avec les praticiens</li> </ul>



© CH de Valenciennes

mesurer l'impact de leurs décisions, plus ils sont prêts à s'impliquer dans le fonctionnement de l'établissement. Mais cette délégation ne signifie pas autonomie ou atomisation de la vie institutionnelle. Elle fonctionne en réalité d'autant mieux qu'elle s'inscrit pleinement dans une politique institutionnelle. C'est pourquoi des instances spécifiques ont été instituées, qui promeuvent un fonctionnement insti-

## Permettre aux médecins de s'impliquer dans le management de leur pôle est un réel facteur d'efficacité et d'attractivité.

tutionnel décentralisé et en assure le déploiement. Au-delà de cette délégation polaire, c'est bien la gestion de l'établissement, dans son ensemble qui s'avère fortement médicalisée. Cette médicalisation se matérialise par la présence de médecins impliqués dans la vie institutionnelle par leur participation à diverses commissions majeures, en lien avec la commission médicale d'établissement. Outre les commissions « classiques »<sup>2</sup>, le CH de Valenciennes a développé et structuré son organisation décisionnelle autour de trois instances majeures : une commission stratégie et projets, une cellule médico-économique et une commission des systèmes d'information hospitaliers. Tout projet est instruit par le pôle concerné et transmis pour avis à la commission stratégie et

projets. Un comité d'experts médicaux examine le contenu du projet. Il en évalue l'intérêt non seulement pour le patient, les équipes médicales et paramédicales, le territoire de santé, mais aussi la viabilité médico-économique, le positionnement stratégique pour l'établissement et le GHT, ainsi que le poids en regard des offres de soins concurrentielles. Les directions fonctionnelles administratives de l'établissement sont sollicitées à la seule fin d'apporter une expertise supplémentaire dans leur champ de compétence.

Une conférence des chefs de pôle homogénéise parallèlement le fonctionnement polaire, fluidifie la gestion quotidienne de l'établissement et garantit la transversalité institutionnelle.

### Un impact sur l'environnement de travail

#### >> De l'incidence des pratiques managériales sur l'environnement de travail

- **Une gouvernance et une prise de décision fortement médicalisées** assurent un positionnement en phase avec les évolutions médicales contemporaines. Cette vision intègre et promeut la qualité de vie au travail des médecins, ainsi qu'un environnement de travail interdisciplinaire de qualité.
- **Une réelle responsabilisation des médecins managers** à la fois dans la gestion du périmètre de leurs activités mais également dans le recrutement des praticiens, une vision personnalisée des carrières, l'appréhension d'enjeux stratégiques de développement d'activités, la gestion des statuts. Les investissements institutionnels font l'objet d'une rémunération complémentaire – validée en toute transparence en CME et par le directoire. Cette démarche favorise l'engagement des praticiens dans leurs fonctions polaires et/ou transversales : présidence de CME, membres du directoire, chefs de pôle, commissions transversales.
- **Une plus grande adaptabilité** malgré les lourdeurs inhérentes au statut de praticien hospitalier, qui offre aux médecins une part de créativité et la possibilité d'un investissement durable et cohérent au sein de leurs spécialités.
- **Une gestion proactive des projets dans toutes leurs dimensions** : en rupture avec les fonctionnements hospitaliers plus classiques, les circuits longs sont bannis. Le médecin peut s'appuyer sur un outil performant au service du soin et de la qualité de prise en charge.

## >> Une combinaison de facteurs dans un environnement porteur

À ces facteurs d'attractivité propres à la modélisation managériale du CH de Valenciennes s'ajoutent ceux – plus classiques – d'une structure efficiente de taille critique.

- **Accès à l'ensemble des spécialités médico-technico-chirurgicales** – en dehors de la chirurgie cardiaque. L'ensemble des parcours de soins est géré dans leur périmètre complet, à l'exception des activités de recours qui demeurent l'apanage des CHU.
- **Plateau technique de haut niveau** : biologie, anatomo-cyto-pathologie, salle hybride chirurgicale, imagerie médicale et médecine nucléaire (deux TEP Scan, quatre IRM, trois scanners), plateformes de télémédecine (liste non exhaustive).
- **Accès à la recherche clinique** : le CH de Valenciennes promeut la recherche par deux moyens : la création d'une unité de recherche clinique et la délégation des crédits recherche aux pôles comme soutien méthodologique et financier aux projets. L'hôpital bénéficie par ailleurs de l'appui structuré que lui apportent le CHRU de Lille et la maison régionale de la recherche clinique, y compris en termes de promotion.
- **Développement au sein du territoire de santé** : l'établissement est support d'un GHT de douze établissements sur un bassin de population de 800 000 habitants. Les praticiens s'impliquent dans le développement des activités sur le territoire de santé au-delà de l'hôpital, à travers une gradation modélisant les parcours de soins et les niveaux de recours.
- **Situation géographique** : si elle n'est pas en soi un facteur direct d'attractivité, une position au centre de l'Europe, avec accès immédiat aux grandes capitales (Paris, Bruxelles, Londres, Amsterdam, Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai), peut s'avérer décisive pour l'implantation des praticiens, les plus jeunes notamment : culture, infrastructures, dynamisme régional, etc.
- **Mise à disposition** d'un parking, d'une crèche, d'un contrat de groupe de prévoyance, d'un appui logistique à l'installation : autant de mesures qui facilitent la vie quotidienne des praticiens.

## Un impact direct et indirect sur le recrutement médical

Le témoignage des jeunes praticiens recrutés en atteste : ils souhaitent venir travailler au CH de Valenciennes. Non directement pour sa gestion déléguée et médicalisée dont ils ne connaissent pas, bien sûr, le fonctionnement précis. Mais néanmoins en raison des retombées positives, indirectes, que cette dernière suscite sans qu'ils en connaissent la cause : plateau technique dimensionné et renouvelé, diversité et développement d'activités, réactivité et circuits décisionnels courts, dynamisme, qualification et implication des équipes soignantes et médicales, esprit d'équipe, obtention des labels qualité, résultat financier positif. Ce cercle vertueux contribue à la réputation de l'hôpital auprès des internes mais également des seniors, et qui se traduit dans la dynamique de recrutement de l'établissement. **TABLEAU 4**

Ce modèle de gouvernance ne constitue en aucun cas une forme de gestion antinomique avec la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, ni ne dévoie les valeurs de l'hôpital public par un transfert de gestion et de responsabilité vers les médecins responsables de pôle. Selon le rapport de synthèse du pacte de confiance pour l'hôpital<sup>3</sup>, « *il n'existe aucun modèle unique et uniforme : l'organisation interne doit être adaptée à la taille et à l'activité de l'établissement* ». Le mode de gouvernance construit au CH de Valenciennes a abouti à une organisation qui a fait ses preuves, à travers sa singularité et son efficacité, et ce plus particulièrement en termes d'attractivité médicale. Reste que le modèle doit générer lui-même la capacité de son renouvellement. Comment le consolider ? L'établissement s'est projeté dans une organisation systémique, inspirée des « hôpitaux magnétiques ».

2. Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) comité de lutte contre la douleur (CLUD) comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité du médicament (COMED)... (liste non exhaustive).

3. Rapport de synthèse du pacte de confiance pour l'hôpital, 2013. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte\\_de\\_confiance\\_-\\_rapport\\_de\\_synthese.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf)

## ÉVOLUTION DES EFFECTIFS MÉDICAUX CH DE VALENCIENNES (2012-2016) **TABLEAU 4**

Effectifs en ETPR	ETPR moyens		Taux d'évolution	ETPR moyens	Taux d'évolution	ETPR moyens	Taux d'évolution	ETPR moyens	Taux d'évolution
	2012	2013	2012/2013	2014	2013/2014	2015	2014/2015	2016	2015/2016
Sous-total personnel médical (hors internes, FFI et étudiants)	302,33	317,84	5,13%	329,12	3,55%	341,08	3,63%	353,18	3,55%





© CH de Valenciennes

## LE CH DE VALENCIENNES EN QUELQUES CHIFFRES

- 1 850 lits dont 900 de MCO
- 114 000 hospitalisations
- 29 400 interventions chirurgicales
- 3 400 accouchements
- 96 000 passages aux urgences
- 400 000 soins externes
- 4 300 ETP PNM et 350 ETP PM
- 18 salles de bloc opératoire dont salle hybride
- 4 IRM, 3 scanners et 2 TEP SCAN
- 1 salle de rythmologie et de coronarographie
- 1 robot de dispensation pharmaceutique
- 79 millions de B/HN

### La voie des hôpitaux magnétiques et de l'innovation disruptive

La littérature relative au concept d'« hôpitaux magnétiques » est très fournie. Ce concept, né aux États-Unis dans les années 1980 après une pénurie de personnel au sein des hôpitaux publics, est devenu facteur d'accréditation en soins infirmiers outre-Atlantique. Il continue d'évoluer et de s'étendre sous un angle toujours plus large<sup>4</sup>. En effet, l'attractivité médicale dans les hôpitaux

### Les conditions qui portent l'innovation disruptive sont intégrées au fonctionnement de l'hôpital.

découle directement de leur capacité à tendre vers un modèle « magnétique » : modèle au sein duquel la dimension de transformation managériale, au sens large, figure comme premier facteur de développement<sup>5</sup>.

Il ne s'agit pas ici de réduire ces aspects à deux voies dichotomiques exclusives, avec d'une part l'hôpital idéal sans autre structure managériale que classique et pyramidale, d'autre part l'hôpital « entreprise » – connoté souvent négativement – où chaque pôle d'activité serait indépendant et sans lien avec une vision institutionnelle. Une voie alternative, constructive et pertinente est possible, dans laquelle les pôles d'activité disposent d'une existence fonctionnelle, non fictive.

L'organisation du CH de Valenciennes tend vers l'**innovation disruptive** décrite par Clayton Christensen<sup>6</sup> et appliquée au champ de la santé, en particulier aux hôpitaux publics. Les conditions qui portent l'innovation disruptive sont intégrées au fonctionnement de l'établissement : technologies sophistiquées, innovantes et simplificatrices ; *business model* innovant et *low cost* ; écosystème (système de valeurs) économiquement cohérent ; régulation qui n'entrave pas le changement mais le facilite.

Dans le modèle valenciennois la pratique managériale quotidienne, tournée vers la performance des organisations, participe de fait d'une dynamique structurelle. Plusieurs

facteurs concourent à cette dynamique et sont vécus par les médecins comme autant de facteurs d'attractivité : la médicalisation des projets, au plus près des réalités du soin ; l'optimisation et la simplification des circuits de décision ; la responsabilisation des équipes ; la prévention des risques psychosociaux et le management participatif tels que modélisés par Colombat<sup>7</sup> ; l'approche transformationnelle du métier de manager vers un leadership stratégique<sup>8</sup>.

Il apparaît capital de positionner l'attractivité hospitalière dans le cadre de réformes plus audacieuses pour l'hôpital public. Les exigences de la médecine contemporaine, à travers ses progrès constants et rapides, requièrent une structuration moderne de nos établissements, et en rupture avec les systèmes plus classiques. C'est à ce prix que la performance sera intégrée à nos pratiques : à travers un système de soin attractif et hautement qualitatif pour les praticiens hospitaliers et leurs équipes, avec, comme bénéficiaires, les patients.

4. Y. Brunelle. « Les Hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et organisation des soins*, 2009/1 (vol. 40). DOI: 10.3917/pos.401.0039.

5. A. Colin, Q. Demanet, E. Paul, « Magnet hospitals et attractivité hospitalière, quelle articulation ? », *Gestions hospitalières*, n° 544, mars 2015.

6. J. Dyer, H. Gregersen, C. Christensen, *The innovator's DNA: mastering the five skills of disruptive innovators*, Harvard Business Review Press, 2011.

7. P. Colombat, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Lamarre, 2012.

8. V. Petit, *Leadership: l'art et la science du leadership stratégique*, Pearson Education, 2013.