

**MOTS CLÉS**Praticiens hospitaliers  
Attractivité  
Management  
Enquête  
INPH  
RPS

## réflexion

**ENQUÊTE****L'hôpital, les médecins  
et le management****Ce qu'en pensent les praticiens hospitaliers**

En novembre 2015, l'Intersyndicat de praticiens hospitaliers (INPH) a donné la parole à ces praticiens dont on dit qu'ils sont individualistes et ingérables, qu'ils ne coopèrent pas ou peu aux nécessaires changements permettant à l'hôpital d'évoluer vers une plus grande efficacité, mais aussi qu'ils sont d'une grande compétence, qu'ils souffrent et qu'ils abandonnent l'hôpital... Qu'attendent-ils de l'hôpital, eux qui l'ont choisi sciemment, activement ? Choisiraient-ils toujours l'exercice à l'hôpital ? Et que pensent-ils du management médical à l'hôpital, dans lequel certains sont fortement impliqués ? En analysant les réponses des praticiens, plus qu'un désamour, c'est un chagrin d'amour que les auteurs ont exploré.

**L'**enquête menée par l'INPH auprès des praticiens hospitaliers en poste – et non à ceux qui pouvaient éventuellement le devenir – a pris en compte la vision des managés (MN) comme celle des managers (MR) et même celle de leur cumul (MNMR). Et ce afin de situer la problématique du management au plus près de la réalité hospitalière où les médecins sont des managés, eux dont le code de la santé publique (CSP) protège l'indépendance professionnelle, et des managers, alors que le système hospitalier n'accorde qu'une fonction consultative au corps médical.

**Résultats**

Quand on demande aux praticiens hospitaliers leur ressenti sur le management médical (*figure 2*), 90 % le décrivent en termes négatifs. Pour autant, ils sont 65 % à réaffirmer leur choix d'exercer à l'hôpital public (*figure 3*), non qu'ils en oublient les aspects négatifs de leur contexte d'exercice

(l'organisation délétère, la perte des valeurs du service public, les conditions d'exercice et leur quotidien difficile) mais parce que, malgré tout, les aspects positifs l'emportent (en tête l'intérêt de l'exercice en hôpital public, suivi des valeurs de service public).

» Les facteurs d'attractivité positifs (ceux pour lesquels les PH referaient le choix de l'hôpital comme lieu d'exercice), restent identiques à ceux qui avaient motivé le choix initial d'exercice à l'hôpital<sup>(1)</sup>: intérêt de l'exercice (travail en équipe, accès à un plateau technique, malades pris en charge, recherche, enseignement) et valeurs de service public. Et ce quelle que soit la durée d'exercice.

Si crise de l'attractivité il y a, elle ne se situe pas au niveau des motivations des médecins à servir les valeurs de service public. D'ailleurs, l'analyse statistique révèle qu'en présence de paramètres d'attractivité positifs et négatifs, il suffit d'un paramètre positif pour emporter le « oui » chez un PH.

» Parmi les facteurs d'attractivité négatifs, le paramètre « salaire » est très peu cité. En clair, l'argent ne sera pas le moyen d'estomper les effets des autres paramètres négatifs.

**Antoinette BERNABÉ-GELOT**  
MD PhD, PH, AP-HP  
INPH, *Le Mag*

**Yohann CARRÉ**  
Statisticien

**Séverine PARAYRE**  
PhD en sciences  
de l'éducation  
Historienne de la santé  
Enseignante à l'institut  
catholique de Paris

**Rachel BOCHER**  
PH, chef de pôle  
CHU de Nantes  
INPH, *Le Mag*

## FIGURE 1 La parole aux praticiens hospitaliers\*

### Enquête INPH Hôpital demain

pour les questions 1 et 2 : vous pouvez bien sûr être à la fois manager et managé

**Question 1: Vous êtes un managé ( par un responsable de structure, un chef de service, un chef de pôle) : Quelles sont vos 3 principales attentes vis à vis de vos managers ?**

- Légitimité (compétences, évaluation du travail accompli)
- Reconnaissance (des compétences propres, du travail accompli, partage des responsabilités)
- Déontologie (Confraternité, indépendance professionnelle)
- Esprit d'équipe (Confiance, partage des devoirs, partage de l'organisation, solidarité)
- Communication (Dialogue, Ecoute, Partage des informations)
- Implication (Initiative, dynamique de l'équipe)
- Exemplarité (loyauté, Honnêteté, respect des devoirs, courage dans les prises de décision et la gestion des conflits)
- Autre :

**Question 2: Vous êtes un manager (responsable de structure, chef de service, chef de pôle, président ou vice président de CME, président de COPS) : Quelles sont vos 3 principales attentes vis à vis de vos managés ?**

- Légitimité (compétences, évaluation du travail accompli)
- Reconnaissance (des compétences propres, du travail accompli, partage des responsabilités)
- Déontologie (Confraternité, indépendance professionnelle)
- Esprit d'équipe (Confiance, partage des devoirs, partage de l'organisation, solidarité)
- Communication (Dialogue, Ecoute, Partage des informations)
- Implication (Initiative, dynamique de l'équipe)
- Exemplarité (loyauté, Honnêteté, respect des devoirs, courage dans les prises de décision et la gestion des conflits)
- Autre :

Expression libre sur le management à l'hôpital :

Si c'était à refaire : feriez vous le même choix d'exercice ?

Oui

Non

Pourquoi?

Afin d'analyser au mieux les résultats de l'enquête : Qui êtes-vous?

1

Lieu d'exercice

Condition d'exercice à l'hôpital

Depuis

Votre âge:

Vous êtes

Un homme

Une femme

Votre spécialité

Merci ! n'hésitez pas à transmettre ce questionnaire à vos confrères!

\* Caractéristiques de l'enquête : [https://drive.google.com/file/d/1NKV\\_Gb65e4rYG0Kkg0MTbunNUBZcDX4e/view](https://drive.google.com/file/d/1NKV_Gb65e4rYG0Kkg0MTbunNUBZcDX4e/view)

Résultats : <https://drive.google.com/file/d/109JpCWdZpaiBd0rsbk-BAV3yX1P0oyr/view>

» Les paramètres négatifs sont tous liés au management, qu'il soit médical ou administratif (conditions d'exercice, organisation délétère, perte des valeurs de service public). La fonction de MN ou MR n'interfère ni sur l'attractivité ni sur la distribution des paramètres d'attractivité.

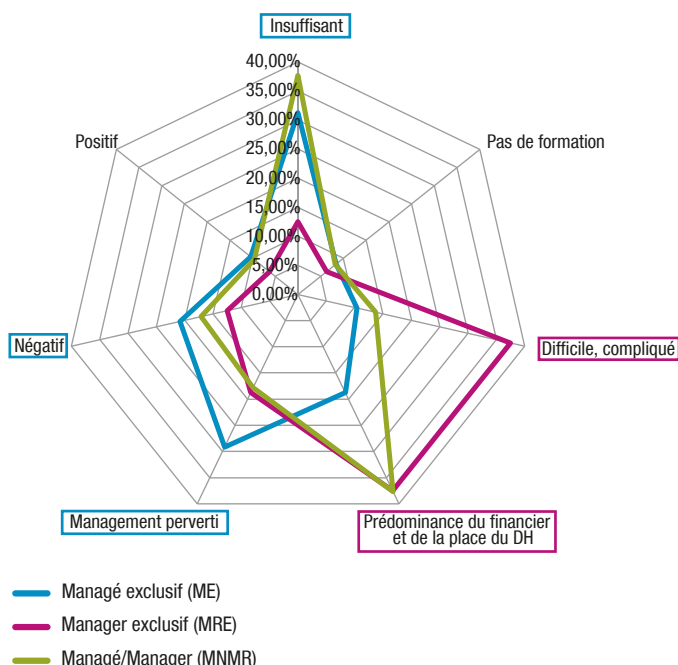
» Le management lui-même (figure 2) est majoritairement perçu par les praticiens comme négatif car insuffisant (d'autant plus s'ils sont MN), car trop dominé par les contraintes financières et le poids du directeur d'hôpital (d'autant plus s'ils sont MR), car perverti et ayant des effets délétères sur leur vécu quotidien (MN), car difficile (MR). Malgré tous ces jugements négatifs, la perception d'un manque de formation au management est citée en dernière place.

» Au-delà de la dénonciation du management, ces items témoignent avant tout d'une souffrance touchant MN et MR (difficile, perverti, impact sur le vécu).

» Le cumul des positions managé/manager (MNMR) modifie significativement la perception du management : les MNMR, outre le fait qu'ils se sentent plus concernés (fort taux d'expression libre sur le management), ont, en tant que MR, une plus forte prise de conscience de l'insuffisance du management, en tant que MN une plus grande perception de la pression financière ; *a contrario*, le cumul diminue la perception de difficulté (MR) et de perversion du management (MN).

On peut considérer que via le cumul des fonctions, les PH se sentent plus concernés par la problématique du management, en perçoivent la problématique plus factuellement et intègrent des informations qui permettent une meilleure compréhension entre MN et MR.

## FIGURE 2 Expression libre sur le management



Les encadrés indiquent les caractères spécifiques (différence statistiquement significative) de chaque groupe

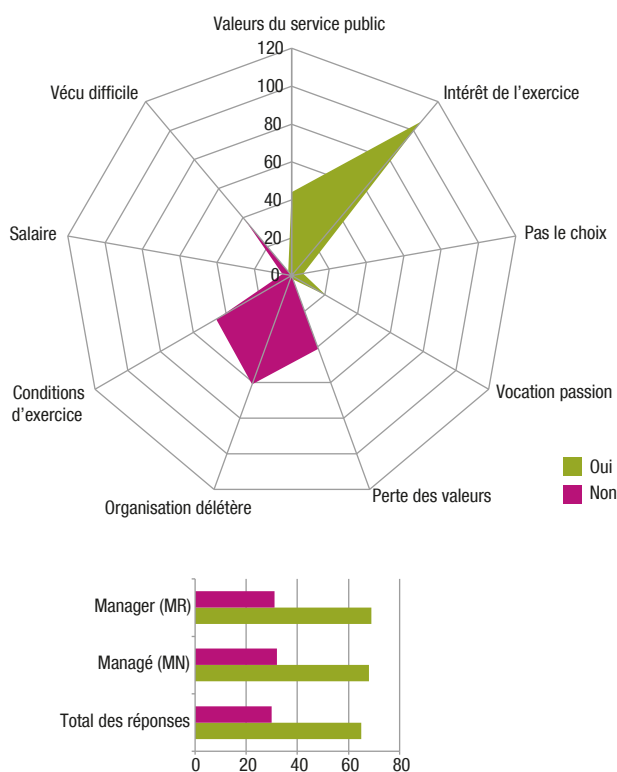
(1) Dossier « PH et attractivité », *Le Mag de l'INPH*, n°1, avril 2014. [www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com](http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com)

**NOTE**  
FHF, « Attractivité médicale : les médecins expriment leurs besoins, la FHF se mobilise en lançant un mooc », novembre 2017 - [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

### FIGURE 3

## Attractivité de l'hôpital public

Si c'était à refaire, feriez-vous le même choix ? Pourquoi ?



## ENCADRÉ

### Management, encadrement et RPS

- « *Management : ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise.* » (Dictionnaire Larousse)
- « *La fonction d'encadrement est déterminante dans le fonctionnement de tout collectif de travail. Dans un contexte marqué par la complexité croissante de l'exercice des politiques publiques, le rôle des encadrantes et encadrants de la fonction publique s'avère stratégique, notamment dans leur capacité à donner du sens et à fédérer les équipes autour de valeurs et de projets communs.* » (Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique, 2017 - [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr))
- « *Cette question complexe [des RPS chez les personnels médicaux des établissements de santé, ndlr] comporte des enjeux particulièrement stratégiques puisqu'elle touche à la qualité de la ressource médicale humaine et donc au soin. En effet les conséquences sur les personnels médicaux ont des répercussions humaines mais aussi sur l'organisation et la qualité des soins.* » (« Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge », rapport Igas, tome 1, novembre 2016.)

» Paradoxalement, l'absence de formation, qui pourrait faire écho tant à l'insuffisance qu'à la difficulté d'exercice, n'est évoquée qu'en dernière place, et encore plus lorsqu'il s'agit de MR. Est-ce parce que les praticiens hospitaliers sont convaincus que le management n'est pas le sujet, celui-ci étant plutôt la prédominance du financier ? Ou que le management est bien le sujet mais que la formation, telle qu'ils la connaissent, n'est pas la réponse ?

» Vis-à-vis du management (figure 4), les PH attendent avant tout qu'il fasse appel à l'esprit d'équipe (MR), à la communication et à l'exemplarité (MN).

» Le cumul des fonctions modifie potentiellement l'exercice managérial (figure 5), car il modifie les attentes des MR et met en avant la place du PH acteur (impliqué et reconnu comme tel [reconnaissance]).

Via cette enquête, les praticiens hospitaliers délivrent trois messages majeurs :

» le management est un facteur d'attractivité (négative en l'occurrence) ;

» il est une cause de souffrance qui impacte les MN comme les MR ;

» un état de faits qui résulte de son insuffisance (avec ses déviations) et de la place trop importante dans l'organisation de l'hôpital de la question financière (et des directeurs d'hôpital qui la portent).

Ces réponses, recueillies fin 2015, sont corroborées par les conclusions du rapport de l'Igas<sup>(2)</sup> diligenté en 2016 après le suicide d'un médecin hospitalier (« *le management et les RPS sont indissociables* », « *le manager peut être à l'origine du RPS ou une cible potentielle puisqu'il est à l'interface entre son équipe et son propre encadrement* ») ainsi que par le rapport du Médiateur national<sup>(3)</sup>, missionné dans un CHU en 2017 après le suicide d'un médecin hospitalier et de la survenue de *burn-out* de plusieurs autres praticiens (« *les réunions de pôle, les dialogues de gestion portent quasi exclusivement sur les résultats financiers et la responsabilisation des équipes au regard de ces résultats* »).

Une distribution dans la durée que l'on peut résumer ainsi : « *En matière de RPS, la mission souligne l'important décalage entre les textes de niveau législatif et réglementaire, les propositions issues des rapports sur le sujet et la mobilisation sur le terrain.* »<sup>(4)</sup>

Pouvait-il en être autrement ? L'organisation de l'hôpital est d'une grande complexité. Les médecins hospitaliers n'ont ni compétence ni appétence lors du choix d'exercice hospitalier pour le management organisationnel, gestionnaire et financier. Or, progressivement, les praticiens hospitaliers MR ont été impliqués dans la mise en œuvre de contrats de pôles, la refonte de processus, la réorganisation des services pour rechercher des gains d'efficacité, la mise en œuvre continue de projets de transformation, avec objectifs, indicateurs, etc. Jusqu'au jour où le hiatus a été trop important, entre le projet d'origine et la situation existante, avec un exercice plus gestionnaire que médical et peu ou pas d'outils disponibles.

Face à cette situation, notre enquête délivre des éléments de réflexion sur des leviers d'action (via les attentes exprimées par les PH) et des pistes d'amélioration (au travers des éléments de perception du management et des paramètres d'attractivité).

» **Esprit d'équipe, implication, communication** : ces trois attentes renvoient à la nécessité de consacrer la formation des MR à la gestion d'équipes dont les résultats attendus seraient le vécu humain et non les résultats gestionnaires<sup>(5)</sup>. « *Les formations managériales ne doivent pas se résumer à la gestion financière.* » Les médecins hospitaliers sont prêts pour une formation au management<sup>(6)</sup> : que cela ne soit pas un facteur d'aggravation de la situation dénoncée par les PH.

» **Implication et reconnaissance** : ces deux attentes, interdépendantes, renvoient à la nécessaire position participative et décisionnaire des médecins au fonctionnement de l'hôpital, qu'ils soient MN ou MR.

» **Exemplarité et légitimité** : ces deux attentes renvoient bien évidemment aux modalités de nomination du MR et d'évaluation du management. Plus de transparence dans la nomination<sup>(7)</sup> suffira-t-il à conférer de la légitimité au MR ? Peut-on appréhender l'exemplarité sans définition claire des missions du MR ?

Notre enquête révèle que le cumul de position de MN et de MR modifie l'exercice managérial et la perception du management en intégrant les difficultés réciproques. Une rotation dans les fonctions, dans le cadre de valences chronologiques, pourrait générer les mêmes effets positifs tout en limitant dans le temps les effets négatifs évoqués par MN et MR.

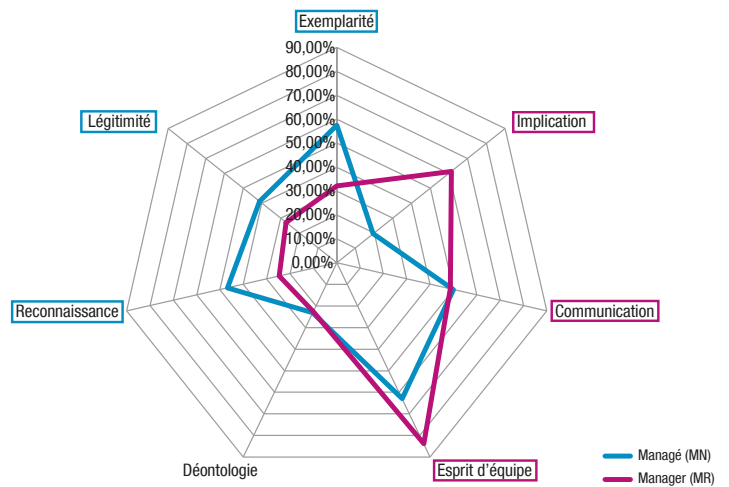
Mais notre enquête révèle aussi que la part humaine du management n'est pas la seule en cause. La part gestionnaire de la gouvernance hospitalière, centrée sur la performance financière, est omniprésente, soit directement, soit indirectement (perte des valeurs). Si les MR l'identifient si clairement, c'est parce que la logique gestionnaire les place en situation de cautionner des décisions purement financières comme étant médicales.

## Conclusion

Si l'hôpital peine autant à attirer des nouveaux médecins qu'à garder les anciens, c'est que le chagrin d'amour est profond et douloureux.

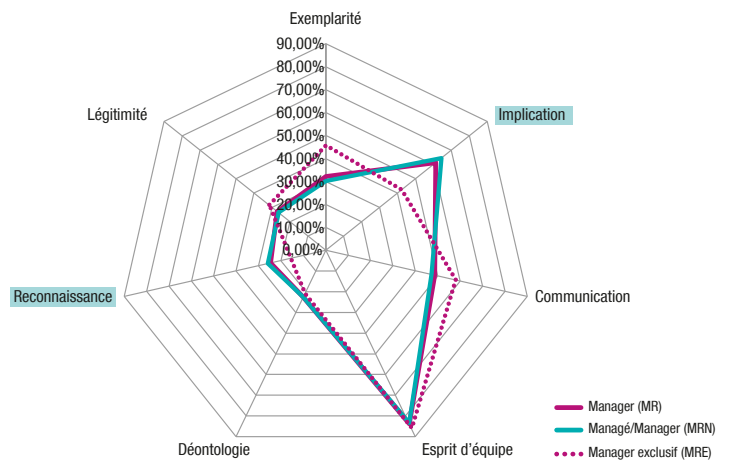
La prise de conscience a amené à évoquer successivement l'attractivité puis les RPS, qui n'étaient en fait que des conséquences, ou expressions visibles, de causes qui longtemps ne furent pas nommées. Ce n'est qu'ensuite qu'ont été clairement pointés le management<sup>(8)</sup> et la pression d'un système gestionnaire axé sur les résultats financiers<sup>(9)</sup>. Notre enquête démontre que ces deux paramètres sont liés, non pas en tant que cause à effet mais comme relevant d'une même causalité, débordant largement la sphère des médecins hospitaliers et, au-delà, celle de l'hôpital. Cette cause touche à un choix de civilisation, autant dire qu'elle relève d'un choix politique mais également d'une implication de chacun dans la défense des valeurs fondamentales du soin. ●

» **FIGURE 4**  
**Attentes vis-à-vis du management**



Les encadrés indiquent les caractères spécifiques (différence statistiquement significative) de chaque groupe

» **FIGURE 5**  
**Effet du cumul des positions managé/manager sur les attentes vis-à-vis du management**



Les encadrés indiquent les caractères spécifiques (différence statistiquement significative) de chaque groupe

## NOTES

- (2) M.-A. Desailly-Chanson, H. Siahmed, « Établissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux. Mise en responsabilité médicale », rapport Igas, tome 1, novembre 2016.
- (3) E. Couty, « Situation du CHU de Grenoble », rapport du Médiateur national à la ministre des Solidarités et de la Santé », novembre 2017. <http://solidarites-sante.gouv.fr>  
Voir à ce propos l'article en page 589.
- (4) Rapport Igas, voir note 2.
- (5) Rapport Couty, voir note 3.
- (6) FHF et attractivité médicale, voir note 1.
- (7) Rapport Igas, voir note 2.
- (8) *Idem.*
- (9) Rapport Couty, voir note 3.