

Table A : Organisation du Questionnaire (Figure 1)

I Paramètres d'identification de la population						
Position		Managé : MN:	Manager : MR			
Statut		interne	CCA	PAT	MCUPH	PUPH PH
Exercice	lieu	CH	CHR	CHS	CHU	
	mode	Temps Plein (TP)	Temps partiel (Tp)			
	durée (années)	A : <10	B : 10/20	C : 20/30	D : 30/40	E : >40
Age		30/40	40/50	50/60	60/70	
Sexe		femme	homme			
Spécialité		Médecine	Psychiatrie	Anesthésie-Réanimation	Santé Publique	Autre
		Chirurgie	Biologie	Pharmacie	Odontologie	
II Réponses sur le management et l'attractivité						
Avec choix proposé	Attentes et management	1 Exemplarité		2 Implication	3 Communication	4 Esprit d'équipe
		5 Déontologie		6 Reconnaissance	7 Légitimité	Autre
	si c'était à refaire*	OUI			NON	
Expression libre	Management					
	Pourquoi ? (attractivité)					

Table A : légende

Les questions relatives à la position, le statut, le lieu, le mode et la durée d'exercice, le sexe, la spécialité) exploraient les paramètres d'identification de la population des PHs.

Les autres questions permattaient d'explorer la position des PH vis à vis du management (attentes et expression libre) et de l'attractivité de l'hôpital public (si c'était à refaire et expression libre) .

Abbréviations : .

Position : MN : Managé : médecin hospitalier sous la hiérarchie fonctionnelle d'un responsable de structure, d'un chef de service, d'un chef de pôle

MR : manager : qui exerce une hiérarchie fonctionnelle sur des médecins hospitaliers en tant que : responsable de structure, chef de service, chef de pôle, président ou vice président de CME, président de COPS.

Statut : Médecins avec une activité exclusivement hospitalière = PH : praticien hospitalier, au titre d'agent de service public (salaire) mais non fonctionnaire . Médecins avec la double appartenance hospitalière et universitaire = CCA (chef de clinique assistant) , MCUPH (maitre de conférence universitaire-praticien hospitalier), PUPH (professeur des universités -praticien hospitalier).

Lieu d'exercice : CH : centre hospitalier ; CHR : centre hospitalier régional, CHS : centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ; CHU : centre hospitalo-universitaire

Table B : Population ayant répondu au questionnaire

(données INPH en noir, données CNG en bleu) Question 1 : Au sein de la population des PHs, certains paramètres sont-ils liés ? (sexe/statut/position de managé/manager /durée d'exercice/lieu d'exercice/spécialité)

I Paramètres d'identification de la population (589) versus données nationales du CNG (43349 répertoriés)						
Position	Managé : MN : 532	Manager : MR : 426	MNR : 369	MNE : 163	MRE : 57	
Statut	interne :2	CCA : 2	PAT : 2	MCUPH : 2	PUPH : 10	PH :571
lieu d'exercice*		CH	CH+CHS	CHU	CHU+CHR	
	INPH	47,5% (280)	323 (54,8%)*	215 (36,5%)	266 (45,1%)*	
	CNG		60% (26 017)		29,38% (12737)	
mode d'exercice		TP	TP			
	INPH	91,8% (541)	8,2% (48)			
	CNG	89,40% (38754)	10,6% (4595)			
durée d'exercice		<10 : 60	10/20 : 232	20/30 : 200	30/40 : 92	>40 : 5
Age* 1)2).. : ordre de fréquence		20/30	30/40*:	40/50	50/60*	60/70
	INPH(559 rép)	5) 0,3% (2)	4) 7,33%(41)(-)	2) 27,9%(156)	1) 46,15%(258)(+)	3) 18,24%(102)
	CNG	5) 0,04% (17)	3) 18,76% (8134)	2) 29,65% (12856)	1) 35,65% (15455)	3) 15,88% (6887)
Sexe*		femme	homme			
	INPH	43,3% (255) (-)	56,7% (334) (+)			
	CNG	49%	51%			
Spécialité*		Médecine *	Psychiatrie	AR	Santé Publique	Autre
	INPH	1) 38,54% (227) (-)	2)11,88% (70)	2)11,88% (70)	4) 1,87% (11)	9%
	CNG	1) 50,26% (21788)	2) 12,57% (5450)	2) 9,23% (4000)	4) 1,08% (467)	
		Chirurgie	Biologie *	Pharmacie	Odontologie	radiologie
	INPH	2) 12,39% (73)	3) 7,13% (42) (+)	3) 6,79% (40)	4) 0,51% (3)	
	CNG	2) 12,73% (5520)	3) 4,48% (1941)	3) 5,53% (2399)	4) 0,41% (180)	100

En noir les données de notre enquête (PHs ayant choisi de répondre au questionnaire) , en bleu les données du rapport d'activité 2015 du CNG (PHs en poste au niveau national). Les * indiquent les différences significatives existant entre notre population et celle du CNG.

Table Bbis : Relation age/durée d'exercice dans notre population

Depuis/age	20/30	30/40	40/50	50/60	60/70	NR	total
< 10	2	29	21	6	2	0	60
10-20	0	12	124	77	12	7	232
20-30	0	0	11	154	23	12	200
30-40	0	0	0	20	62	10	92
40-50	0	0	0	1	3	1	5
total	2	41	156	258	102	30	589

La comparaison des paramètres (age) et (durée d'exercice) nous a permis de constater que les deux paramètres étaient liés -comme on peut le constater sur le tableau croisé B bis- donc il nous est apparu plus pertinent de ne garder que le paramètre « durée d'exercice » pour la suite de l'étude

Table C : Verbatim des groupes de réponses pour les questions avec expression libre sur le management

Vécu vis à vis du management

A-insuffisance

- nul, administratif et déhumanisé
- efficace, multiples interlocuteurs avec absence de prise de décision, défiance vis à vis du corps médical
- Management importé directement des USA et aussi mauvais que le coca cola
- mauvais, management par les résultats uniquement
- Non démocratique et soumis aux injonctions ARS et non participatif
- management archaïque et trop axé sur le discours administratif descendant coupé de notre réalité de terrain
- variable en fonction des époques, devenu une entreprise, écoute moindre du corps médical mais qui me paraît aussi moins s'impliquer
- ne se réfère pas assez aux gens de terrain, prise unilatérale de décision, moyenne communication.
- Moyenâgeux par rapport aux standards de développement nord américains (Google, Apple, ...) le seul objectif est de justifier la fonction et la carrière des directeurs certainement les moins indispensables à l'objectif soin
- il n'y a que les directeurs qui ont "le droit" de manager, les PH appliquent les décisions d'en haut. Pour info j'ai été chef de service (responsable de PUI depuis 8 ans et je viens de donner ma démission de ces fonctions ..., j'ai aussi refusé d'être chef de pôle ce qui m'avait été demandé par le directeur. C'est dire ce que je pense du "management" à l'hôpital
- Perplexité face aux petites nomenclatures inutiles des directions polaires
- cloisonné et personne-dépendant
- trop d'intermédiaires entre la direction et nous; pas de remontée; cadres sous tutelle; supprimer la part variable des salaires dans la direction
- Opacité totale, objectives des uns et des autres non convergents. Pollution par intérêts individuels
- il faudrait que les décideurs soient un peu plus présents dans les unités de soins. ils sauraient de quoi ils parlent.
- Il y a des marges de progrès ! Ceux que leur titre placent automatiquement en position de manager sont bien souvent incapables de manager... C'est une des limites du système féodal.
- plus de concertation, On impose des chefs de services extérieurs à l'hôpital qui n'ont pas les diplômes des titres qu'ils s'octroient. Ex en janvier en médecine légale : nomination d'un nouveau chef de service libéral sans diplôme de médecine légale (ni capacité ni desc...) la seule réponse est si cela ne vous convient pas : partez (ceci est dit aux praticiens titulaires et diplômés... 2 démission en moins d'un mois...
- le management vertical tue la créativité, l'indépendance professionnelle, rigidifie l'organisation des soins, avec le danger de la pensée unique
- "ya qu'à, il faut" : tout faire tout de suite, succession d'injonctions (absence de priorisation, perte du bon sens)
- On nous explique comment se passer de ce l'on a besoin
- utopie
- opaque, management par la désinformation déséquilibre des droits
- inadaptation au traitement de l'humain
- pyramidal, pas d'écoute, parfois absence de respect, absence de formation au management des managers
- Plus de médical dans les prises de décisions, nomination de chefs de pôles pour 2 à 3 ans maximum
- Le management dans l'hôpital est limité par la loi HPST qui donne au directoire toutes les décisions même si on est chef de service
- saucissonnage des directions qui ne communiquent pas entre elles; diminution des rapports directs avec les professionnels; non reconnaissance des cadres de santé de plus en plus exclus des circuits décisionnels; multiplication des groupes de travail; moins de prise en compte des avis du couple cadre chef de service pour les recrutements de soignants soumis aux seules données réglementaires; aucun pouvoir hiérarchique du chef de service qui n'a pour lui que la diplomatie et le jeu du consensus
- Pas de dialogue, pas de reconnaissance, gestion des problèmes par pourrissement, ne surtout pas s'occuper de problèmes qui fâchent ... que du bonheur !
- délégation des tâches vers le haut, entraînant une surcharge chronique de travail évitable (et probablement des économies, un médecin qui fait la secrétaire, c'est cher payé)

B-Pas de formation

- management en pôle minable par des chefs de pôle qui ont comme motivation de faire avancer leurs propres intérêts et soif de pouvoir sans aucune notion de management
- personne n'y est formé. l'hôpital est actuellement considéré comme une entreprise, mais les managers d'entreprise ont des formations, or on nous demande de prendre des responsabilités de "chef" sans filet, quel est le médecin qui connaît les théories de motivation au travail, les excellents confs sur le net de philosophes, qui permettent de comprendre que le travail n'est pas une valeur en soi, que les gens cherchent son sens et le bonheur dans leur exercice, en plus de l'argent, indispensable. combien de réunions stériles, de résistances, de souffrances enlèverait-on si seulement on nous facilitait l'accès à cette connaissance. Si l'hôpital est une entreprise, alors il nous faut les compétences managériales qui vont avec !
- pyramidal, pas d'écoute, parfois absence de respect, absence de formation au management des managers
- PH peu ou mal formés au management alors que nos métiers nous obligent à manager
- Pas bien formé pour ça...
- Aucune formation des managers pour le management...
- manque de formation
- formations inexistantes...

- médecins non formés au management
- beaucoup de managers manquent des bases élémentaires de la communication en équipe et du management de réunion
- médecins non formés
- management par des non managers !!
- aucune formation, aucune possibilité de gérer des praticiens par définition autonome et souverain dans leurs activités
- manque de formation pour le manager. Difficultés parfois à obtenir une implication y compris pour des personnels qui ont des responsabilités institutionnelles
- Nous ne sommes pas formés au management alors que nous croisons d'autres professionnels (cadres, directeurs) qui le sont. Difficile de manager lorsque le rapport hiérarchique n'est pas réel, d'un autre côté y arriver sans ce rapport constitue un plus indéniable.
- Manager c'est un métier. Il faut du temps pour l'appréhender. La confusion entre le métier de soignant et ce celui de manager est très préjudiciable à nos évolutions de médecin dans l'hôpital
- Mes relations vis à vis de ma responsable sont difficiles, fréquemment conflictuelles, probablement par manque de formation de sa part concernant le management d'une équipe

C-Difficile, compliqué

- nous retrouvons toujours les mêmes difficultés: proposition et mise en place de projets innovants ou du moins pertinents sans déploiement de moyens humains (et financier) en adéquation même si nous sommes attractifs. La valeur ajoutée de la médecine en association avec l'optimisation de la prise en charge des patients est de moins en moins vu. Le formatage et la rigueur est nécessaire mais ne doit pas freiner l'innovation et le développement.
- Trop d'instance trop de barreaux
- Difficile. depuis la création de la direction des soins, les chefs de service ne font plus qu'assurer la responsabilité des patients hospitalisés, avec des effectifs de personnels, pas toujours compétent. cela est anormal.
- l'implication des collègues est de moins en moins importante, l'attente est idéalisée, manque de réalisme
- manque de temps pour exercer cette fonction
- Les managers aujourd'hui sont souvent pris "entre le marteau et l'enclume". C'est un exercice d'équilibriste périlleux et source de tensions internes.
- clivage de plus en plus fréquent
- compliqué
- trop compliqué !!!
- ce n'est pas le point fort des médecins!
- compliqué
- usant!!!!
- tâche difficile
- Très difficile de concilier les attentes de l'administration et les nôtres !!
- trop lourd
- difficile à réaliser dans la durée (sous effectif médical)
- est il possible de manager une équipe avec des contraintes fortes et finalement une complète absence de pouvoir
- très compliqué
- nécessite beaucoup de patience
- concilier humanité et "protocolisation" : pas simple
- Court-circuité en permanence
- n'existe plus, il y a une part probablement décisionnelle : tout ce qui est à partir du Cadre qui ne sert à rien au plan opérationnel et en dessous chacun navigue comme il peut. Il existe un certain autoritarisme imbécile et de plus en plus machiste et en revanche plus d'autorité dans l'exercice: le cadre ne peut rien dire aux soignants, les médecins qui ne respectent plus les règles ne peuvent être repris par personne.
- aucune formation, aucune possibilité de gérer des praticiens par définition autonome et souverain dans leurs activités
- manque de formation pour le manager. Difficultés parfois à obtenir une implication y compris pour des personnels qui ont des responsabilités institutionnelles
- Nous ne sommes pas formés au management alors que nous croisons d'autres professionnels (cadres, directeurs) qui le sont. Difficile de manager lorsque le rapport hiérarchique n'est pas réel, d'un autre côté y arriver sans ce rapport constitue un plus indéniable.
- Manager c'est un métier. Il faut du temps pour l'appréhender. La confusion entre le métier de soignant et ce celui de manager est très préjudiciable à nos évolutions de médecin dans l'hôpital
- très peu encourageant ni valorisant, épuisement des bonnes volontés
- étouffant, démotivant
- sautissonage des directions qui ne communiquent pas entre elles; diminution des rapports directs avec les professionnels; non reconnaissance des cadres de santé de plus en plus exclus des circuits décisionnels; multiplication des groupes de travail; moins de prise en compte des avis du couple cadre chef de service pour les recrutements de soignants soumis aux seules données réglementaires; aucun pouvoir hiérarchique du chef de service qui n'a pour lui que la diplomatie et le jeu du consensus

D-Prédominance du financier et de l'administratif

- les médecins sont chacun dans leur coin, pas d'esprit collectif, pas de vision à long terme, usés par le système et l'absence d'écoute. Les décisions sont prises en petit groupe sans concertation. Le directeur tout puissant qui divise les équipes pour mieux régner

- je regrette presque le temps des "patrons" qui définissaient clairement leur politique de service, étaient fortement impliqués, faisaient des projets d'avenir pour leur service. Aujourd'hui, on a parfois des chefs de pôle qui n'ont plus de vision de la psychiatrie publique, qui mettent en oeuvre les grandes orientations des directions, qui se définissent comme coordonnateur et non plus comme chef de service. Il n'a plus beaucoup de militants, de passionnés...

- Vous ne parlez que des managers soignants. Il y a les collabo, les neutres, les pleutres ce qui fait que nous sommes sous la dictature de l'administration.

-sautissonage des directions qui ne communiquent pas entre elles; diminution des rapports directs avec les professionnels; non reconnaissance des cadres de santé de plus en plus exclus des circuits décisionnels; multiplication des groupes de travail; moins de prise en compte des avis du couple cadre chef de service pour les recrutements de soignants soumis aux seules données réglementaires; aucun pouvoir hiérarchique du chef de service qui n'a pour lui que la diplomatie et le jeu du consensus

- de plus en plus difficile de concilier le management médical avec celui de la direction car sentiment de divergence de plus en plus profonde entre missions inhérentes du système public et logique délétère de la T2A

-mauvaise représentation

- Est-ce du management ou de la gestion de crise financière ? On ne pourra avoir un management à l'écoute que lorsqu'il sera libéré des exigences financières auxquelles il est condamné.

- En temps que chef de pôle et membre du directoire je déplore l'absence totale de communication et de délégation de gestion avec notre nouveau directeur

- le corps médical doit se réaffirmer par rapport à la direction et l'encadrement

- les médecins ont perdu leur place de décideur, faute d'assumer les conséquences des décisions

- la CME n'est pas assez écoutée par la direction qui au final prend seule les décisions

-ne pas oublier que l'hôpital n'est pas une entreprise "comme les autres"

- dictatorial par directeur

-Catastrophique, management fait par le DG avec choix de RSI selon leur asservissement au directeur et non leur compétence

- Trop éloigné du terrain, des soins, des difficultés des soignants au quotidien et des attentes des patients

- dégradation très nette ces dernières années en lien avec un management financier exclusif

- impression fallacieuse d'un vrai pouvoir managérial

-manque de moyens

- Le Directeur a les pleins pouvoirs

- nul: le directeur se la joue à l'entreprise privé mais bien entendu sans les risques du privé. Merci la loi HPST

- de plus en plus difficile de faire valoir auprès de l'administration la qualité des soins (et le personnel médicale et paramédicale nécessaire) pour une qualité des soins, au regard des contraintes budgétaires de plus en plus envahissante

- il faut limiter le renouvellement des chefs de pôles, et rendre à la cme les votes sur chef de pôle, chef de services, et nomination à titre définitif.

-doit être centré sur le malade

-complètement démedicalisé

- FINANCES

-finance omniprésente

-malheureusement trop de pouvoir au directeur et aux administratifs

- Malheureusement, les médecins ont de moins en moins leur mot à dire dans le fonctionnement de leur service, management centré sur des problématiques comptables en 1er lieu

-hiérarchie administrative trop lourde

-trop d'assujettissement à l'administration. pas de vraies défenses du personnel soignant

- administratif

-verrouillé par les administratifs

-trop pyramidal

- tout est dit avec la loi Bachelot

-les directeurs ne sont pas vraiment prêts à une réelle délégation de gestion par les chefs de pôle; et c'est bien dommage!

- nous retrouvons toujours les mêmes difficultés: proposition et mise en place de projets innovants ou du moins pertinents sans déploiement de moyens humains (et financier) en adéquation même si nous sommes attractifs. La valeur ajoutée de la médecine en association avec l'optimisation de la prise en charge des patients est de moins en moins vue. Le formatage et la rigueur est nécessaire mais ne doit pas freiner l'innovation et le développement.

-Trop d'instance trop de barreaux

- n'existe plus, il y a une part probablement décisionnelle : tout ce qui est à partir du Cadre qui ne sert à rien au plan opérationnel et en dessous chacun navigue comme il peut. Il existe un certain autoritarisme imbécile et de plus en plus machiste et en revanche plus d'autorité dans l'exercice: le cadre ne peut rien dire aux soignants, les médecins qui ne respectent plus les règles ne peuvent être repris par personne.

- nulle, administratif et déhumanisé/ dilution des responsabilités, administration pléthorique non efficiente, multiples interlocuteurs avec absence de prise de décision, défiance vis à vis du corps médical

- Management importé directement des USA et aussi mauvais que le coca cola

- mauvais, management par les résultats uniquement

-Non démocratique et soumis aux injonction ARS et non participatif

-management archaïque et trop axé sur le discours administratif descendant coupé de notre réalité de terrain

- variable en fonction des époques, devenu une entreprise, écoute moindre du corps médical mais qui me paraît aussi moins

s'impliquer

- ne se réfère pas assez aux gens de terrain, prise unilatérale de décision, moyenne communication.
- Moyenâgeux par rapport aux standards de développement nord américains (Google, Apple, ...) le seul objectif est de justifier la fonction et la carrière des directeurs certainement les moins indispensables à l'objectif soigné
- il n'y a que les directeurs qui ont "le droit" de manager, les PH appliquent les décisions d'en haut. Pour info j'ai été chef de service (responsable de PUI depuis 8 ans et je viens de donner ma démission de ces fonctions ..., j'ai aussi refusé d'être chef de pôle ce qui m'avait été demandé par le directeur. C'est dire ce que je pense du "management" à l'hôpital
- peu souvent loyal de la part des directeurs d'hôpitaux...
- actuellement management pyramidal. La CME n'a plus la même importance, et le dialogue avec la direction et l'ARS de plus en plus difficile voire violent.
- En pratique, le médecin devenant manager passe très rapidement d'une logique médicale à une logique administrative.
- directeur dépendant
- l'administration hospitalière ne s'applique pas à elle-même ce qu'elle impose aux personnels soignants que ce soit en terme de prise de responsabilité, d'exigence d'efficacité et d'exigence de qualité et c'est assez insupportable
- les médecins n'ont plus aucun pouvoir à l'hôpital. Notre directeur nous rappelle à toute occasion: "c'est moi qui décide..." certain chef de pôle sont de vrais petits caporaux
- Si le Directeur est bon, ça va; sinon...
- la mutation tous les 3 à 5 ans des directeurs les empêchent de s'investir dans le long terme du ch ce qui est finalement très coûteux pour la collectivité (choisir un objectif qui brille est plus tentant que le travail de fond)
- Dérive administrative, collaboration au sens 1942
- Plus de médical dans les prises de décisions, nomination de chefs de pôles pour 2 à 3 ans maximum
- Le management dans l'hôpital est limité par la loi HPST qui donne au directoire toutes les décisions même si on est chef de service
- À réconfier aux médecins et pas forcément à ceux qui sont assoiffés de "petits" pouvoirs. Une gestion vraiment partagée et sincère serait sans doute fort utile pour les patients et pour les équipes.
- L'administratif ne cesse de réduire la qualité du travail clinique
- Trop de gouvernance sans concertation
- Un management soviétique où tous repose sur des hautes autorités bureaucratiques hors sol
- depuis la loi hpst nous ne sommes plus que des pions
- L'hôpital est devenu une entreprise. C'est l'endroit où il y a le moins d'humanité
- Besoin de retrouver du sens et des valeurs humanistes de la prise en charge des soignants et des soignés qui sont mises à mal par la logique productiviste de la T2A
- La direction n'est pas très respectueuse
- S'affranchir de l'interférence managériale de l'administration dans sa composante technocratiques (= administratifs non productifs d'autre chose que des mails de harcèlement et demandes de rapports)
- lourdeur administrative, patient n'est pas au centre des préoccupations

Vécu vis à vis des managers

E-Management pervers

- les médecins sont chacun dans leur coin, pas d'esprit collectif, pas de vision à long terme, usés par le système et l'absence d'écoute. Les décisions sont prises en petit groupe sans concertation. Le directeur tout puissant qui divise les équipes pour mieux régner
- en CHU, la dualité entre U et H reste trop souvent marquée avec un mépris au mieux condescendant pour l'avis des H sur bien des sujets. L'administration suit le mouvement en écoutant prioritairement les U qui dirige la plupart du temps les services et les pôles.
- Toujours le même problème (surtout en CHU) : il y a les initiés et les autres, ceux qui s'investissent et ceux qui se laissent vivre : la non information est parfois pratique. La reconnaissance des éléments moteurs du système est inexistante et les bonnes volontés vont finir par s'épuiser.
- je regrette presque le temps des "patrons" qui définissaient clairement leur politique de service, étaient fortement impliqués, faisaient des projets d'avenir pour leur service. Aujourd'hui, on a parfois des chefs de pôle qui n'ont plus de vision de la psychiatrie publique, qui mettent en oeuvre les grandes orientations des directions, qui se définissent comme coordonnateur et non plus comme chef de service. Il n'y a plus beaucoup de militants, de passionnés...
- management en pôle minable par des chefs de pôle qui ont comme motivation de faire avancer leurs propres intérêts et soif de pouvoir sans aucune notion de management
- Vous ne parlez que des managers soignants. Il y a les collabo, les neutres, les pleutres ce qui fait que nous sommes sous la dictature de l'administration.
- peu souvent loyal de la part des directeurs d'hôpitaux...
- actuellement management pyramidal. La CME n'a plus la même importance, et le dialogue avec la direction et l'ARS de plus en plus difficile voire violent.
- En pratique, le médecin devenant manager passe très rapidement d'une logique médicale à une logique administrative.
- directeur dépendant
- l'administration hospitalière ne s'applique pas à elle-même ce qu'elle impose aux personnels soignants que ce soit en terme de prise de responsabilité, d'exigence d'efficacité et d'exigence de qualité et c'est assez insupportable
- les médecins n'ont plus aucun pouvoir à l'hôpital. Notre directeur nous rappelle à toute occasion: "c'est moi qui décide..."

certain chef de pole sont de vrais petits caporaux

-Si le Directeur est bon, ça va; sinon...

-la mutation tous les 3 à 5 ans des directeurs les empêchent de s'investir dans le long terme du ch ce qui est finalement très couteux pour la collectivité (choisir un objectif qui brille est plus tentant que le travail de fond)

-Dérive administrative, collaboration au sens 1942

-n'existe plus, il y a une part probablement décisionnelle : tout ce qui est à partir du Cadre qui ne sert à rien au plan opérationnel et en dessous chacun navigue comme il peut. Il existe un certain autoritarisme imbécile et de plus en plus machiste et en revanche plus d'autorité dans l'exercice: le cadre ne peut rien dire aux soignants, les médecins qui ne respectent plus les règles ne peuvent être repris par personne.

- ne se refere pas assez aux gens de terrain, prise unilatérale de décision, moyenne communication.

- Moyenâgeux par rapport aux standards de développement nord américains (Google, Apple, ...) le seul objectif est de justifier la fonction et la carrière des directeurs certainement les moins indispensables à l'objectif soin

- Perplexité face aux petites nomenclatures inutiles des directions polaires/ cloisonné et personne-dépendant/

- trop d'intermédiaires entre la direction et nous; pas de remontée; cadres sous tutelle; supprimer la part variable des salaires dans la direction

- Opacité totale, objectives des uns et des autres non convergents. Pollution par intérêts individuels

- il faudrait que les décideurs soient un peu plus présents dans les unités de soins. ils sauraient de quoi ils parlent.

- Il y a des marges de progrès ! Ceux que leur titre placent automatiquement en position de manager sont bien souvent incapables de manager... C'est une des limites du système féodal.

- plus de concertation, On impose des chefs de services extérieurs à l'hôpital qui n'ont pas les diplômes des titres qu'ils s'octroient. Ex en janvier en médecine légale : nomination d'un nouveau chef de service libéral sans diplôme de médecine légale (ni capacité ni desc...) la seule réponse est si cela ne vous convient pas : partez (ceci est dit aux praticiens titulaires et diplômés... 2 démission en moins d'un mois...

- le management vertical tue la créativité, l'indépendance professionnelle, rigidifie l'organisation des soins, avec le danger de la pensée unique

- Manager c'est un métier. Il faut du temps pour l'appréhender. La confusion entre le métier de soignant et ce celui de manager est très préjudiciable à nos évolutions de médecin dans l'hôpital

- À réconfier aux médecins et pas forcément à ceux qui sont assoiffés de "petits" pouvoirs. Une gestion vraiment partagée et sincère serait sans doute fort utile pour les patients et pour les équipes.

-- beaucoup de PUPH ne sont pas assez présents dans les services

-Tant que les décisions seront prises par un noyau de "courtisans" choisis pour leur côté béni oui-oui qui n'échangent pas avec les structures qu'ils sont censés représenter, ça ne pourra pas marcher

-diviser pour régner

-management lamentable - chef de service ne fait que du privé et détourne le service pour ses intérêts personnels - manque de compétence et de respect vis à vis des membres du service.

- "évaluations" par entretien liées à l'ancienneté, sans effet sur la note, uniquement utiles en cas d'appréciations négatives pour plomber un dossier de mise au placard. C'est ce qui se passe chez moi, est-ce normal ?

-autoritarisme

-Chef de service en congrès ou réunion mais pas dans son service, délègue son activité médicale, impose une répartition de l'activité sans concertation, âs d'apport sur le plan médical, pas de fédération d'une équipe.

-non le chef de pole est un traître

-nous sommes des pions

-notre chef de pôle actuel n'a aucun des items ci dessus

-de + en + directif

-manager promu non par compétence de management

- le problème est que certains chefs abusent et usent de leur pouvoir et que peu de personnes s'en plaignent (syndrome du petit chef)

- Les managers doivent être élus par leur pairs et non pas être des instruments de la Direction et bien loin des PH managés.

Vécu des managés

F-Négatif

-les médecins sont chacun dans leur coin, pas d'esprit collectif, pas de vision à long terme, usés par le système et l'absence d'écoute. Les décisions sont prises en petit groupe sans concertation. Le directeur tout puissant qui divise les équipes pour mieux régner

-en CHU, la dualité entre U et H reste trop souvent marquée avec un mépris au mieux condescendant pour l'avis des H sur bien des sujets. L'administration suit le mouvement en écoutant prioritairement les U qui dirigent la plupart du temps les services et les pôles.

-Toujours le même problème (surtout en CHU) : il y a les initiés et les autres, ceux qui s'investissent et ceux qui se laissent vivre : la non information est parfois pratique. La reconnaissance des éléments moteurs du système est inexistante et les bonnes volontés vont finir par s'épuiser.

-L'administratif ne cesse de réduire la qualité du travail clinique

-Trop de gouvernance sans concertation

- Un management soviétoïde où tous reposent sur des hautes autorités bureaucratiques hors sol

-depuis la loi hpst nous ne sommes plus que des pions
 -L'hôpital est devenu une entreprise. C'est l'endroit où il y a le moins d'humanité
 -Besoin de retrouver du sens et des valeurs humanistes de la prise en charge des soignants et des soignés qui sont mises à mal par la logique productiviste de la T2A
 - La direction n'est pas très respectueuse
 -S'affranchir de l'interférence manageriale de l'administration dans sa composante technocratiques (= administratifs non productifs d'autre chose que des mails de harcèlement et demandes de rapports)
 -lourdeur administrative, patient n'est pas au centre des préoccupations
 - très peu encourageant ni valorisant, épuisement des bonnes volontés
 -étouffant, démotivant
 - Mes relations vis à vis de ma responsable sont difficiles, fréquemment conflictuelles, probablement par manque de formation de sa part concernant le management d'une équipe
 -il n'y a que les directeurs qui ont "le droit" de manager, les PH appliquent les décisions d'en haut. Pour info j'ai été chef de service (responsable de PUI depuis 8 ans et je viens de donner ma démission de ces fonctions ..., j'ai aussi refusé d'être chef de pôle ce qui m'avait été demandé par le directeur. C'est dire ce que je pense du "management" à l'hôpital
 - Il y a des marges de progrès ! Ceux que leur titre placent automatiquement en position de manager sont bien souvent incapables de manager... C'est une des limites du système féodal.
 - plus de concertation , On impose des chefs de services extérieur a l hopital qui n'ont pas les diplome des titres qu'ils s'octroient.Ex en janvier en medecine legale : nomination d'un nouveau chef de service liberal sans diplome de medecine legale (ni capacite ni desc....)la seule reponse est si cela ne vous convient pas : partez (ceci est dit aux praticiens titulaire et diplome... 2 demission en moins d'un mois....
 - le management vertical tue la créativité, l'indépendance professionnelle, rigidifie l'organisation des soins, avec le danger de la pensée unique
 -"ya qu'à, il faut" : tout faire tout de suite, succession d'injonctions (absence priorisation, perte du bon sens)
 -On nous explique comment se passer de ce l'on a besoin
 -utopie
 -opaque, management par la désinformation déséquilibre des droits
 -inadaptation au traitement de l'humain
 - pyramidal, pas d'écoute, parfois absence de respect, absence de formation au management des managers
 - Vous ne parlez que des managers soignants. Il y a les collabo, les neutres, les pleutres ce qui fait que nous sommes sous la dictature de l'administration.
 -Manque de communication et de connaissance du travail du managé
 -Maltraitance caractérisée et praradoxe: accentuation des devoirs et responsabilités
 -trop vertical ; communication quasi absente; mis devant
 -on subit aujourd'hui des injonctions contradictoires qui conduisent tout droit au burn out....
 -autoritaire, partisan
 -pédagogie de la soumission quotidienne
 -de désillusions aux dures réalités
 -absence totale de reconnaissance
 -l'enfer
 -Pas de dialogue, pas de reconnaissance, gestion des problèmes par pourrissement, ne surtout pas s'occuper de problèmes qui fâchent ... que du bonheur !
 -délégation des tâches vers le haut, entraînant une surcharge chronique de travail évitable (et probablement des économies, un médecin qui fait la secrétaire, c'est cher payé)

G-Positif

-À réconfier aux médecins et pas forcément à ceux qui sont assoiffés de "petits" pouvoirs. Une gestion vraiment partagée et sincère serait sans doute fort utile pour les patients et pour les équipes.
 - Les managers doivent être élus par leur pairs et non pas être des instruments de la Direction et bien loin des PH managés.
 --communication
 -Manager ou managé, ce qui me paraît important c'est l'4; mais toutes les qualités que vous énumérez sont nécessaires et devraient être réhabilitées: courage,partage, confiance, dialogue, honnêteté...quel beau programme!
 -Pour moi, chacun doit savoir exactement ce qu'il a à faire, sans empiéter sur le travail de ses confrères. En cas de difficultés, le manager est là, comme un commandant de vaisseau, pour donner les ordres à chacun afin que chacun puisse effectuer ce qu'il doit, dans son domaine de compétence.
 -le management doit se faire par des professionnls de l'administration qui sachent rester au service des médecins
 -Honnêteté écoute partage
 - ouverture d'esprit
 -structurant
 -honnêteté et le même pour tout le monde
 -imortance d'une utilistion pertinente des mots qui font notre communication,et -intention positive dans la relation
 Permettre plus d'autonomie, indépendance de décision (choix du personnel affecté à la structure, implication financière...)
 -je suis pédiatre, pas de pbparticulier dans notre service, entraitte, compétence et bon esprit
 -placer le patient au coeur d'une équipe

- Il est beaucoup plus facile d'être responsable d'une petite équipe d'une même discipline ce qui permet une cohésion.
- confraternité
- remédicalisation, des circuits de décisions
- Satisfaisant.
- la non reconnaissance de l'implication dans le fonctionnement de l'institution par une compensation de la charge de travail ainsi abandonnée est un frein à l'implication des médecins.
- coopératif



Table D : Verbatim des groupes de réponses pour les questions avec expression libre sur l'attractivité

A -valeurs service public

- conviction profonde du bien fondé du service public hospitalier
 - Seul moyen de se défendre contre les attaques administratifs
 - Je n'aime pas l'activité libérale
 - pas fait pour le libéral
 - attachement au service public
 - service public
 - service public
 - pas d'intérêt pour les "questions d'argent" actuellement détaché ds d'autres structures
 - service public
 - Engagement service public
 - service public
 - investissement dans le service public
 - car nous n'avons pas le choix ! il faut participer dans la mesure de nos modestes et maigres moyens participer au maintien de notre structure de santé qui sont repris dans - le monde et notamment en Allemagne qui est pourtant le modèle économique européen.
 - parce que je ne m'en laisse pas compter
 - service public avant tout
 - les valeurs de l'hôpital publique
 - éthique personnelle
 - pas d'attrait pour l'exercice libéral
 - Parce que je suis attaché à la notion de service public
 - le poids de l'argent dans le privé est trop pesant
 - hôpital public
 - par conviction
 - inconditionnelle du public
 - indépendance vis-à-vis des pressions financières
 - par éthique
 - intérêt pour l'hôpital
 - le service public comme éthique professionnelle
 - service public, action dans la communauté, participation à une politique de soins
 - Pas attirée par le libéral
 - **INCONDITIONNEL DE SERVICE PUBLIC !**
 - service public
 - service public mon amour
 - Goût pour la chose publique
 - choix d'une activité publique afin de ne pas être lié par un rapport financier/ patients
- parce que j'ai un esprit hospitalier
TRAVAIL HOSPITALIER
si le personnel convaincu du service public n'y exerce pas, qui défendra le service public?

A-B

- A vrai dire je ne sais pas si je rechoisirai l'hôpital, même si j'ai toujours la même fibre "sociale" et le goût du travail de groupe, c'est de plus en plus difficile de le mettre en pratique.
- Intérêt du service public, richesse des cas rencontrés et des possibilités de trouver sa place dans une équipe
- service public, intérêt du travail
- parce que je tiens à l'exercice de la médecine publique, sans rapport d'argent avec mes patients, en équipe
- L'hôpital, l'4, les collègues, les qualifications.....
- travail en équipe, hôpital public
- A vrai dire je ne sais pas si je rechoisirai l'hôpital, même si j'ai toujours la même fibre "sociale" et le goût du travail de groupe, c'est de plus en plus difficile de le mettre en pratique.
- intérêt du service public, richesse des cas rencontrés et des possibilités de trouver sa place dans une équipe
- service public, intérêt du travail
- parce que je tiens à l'exercice de la médecine publique, sans rapport d'argent avec mes patients, en équipe
- L'hôpital, l'4, les collègues, les qualifications.....
- travail en équipe, hôpital public
- en fait, je ne sais pas vraiment
- satisfaction de pouvoir orienter un peu la stratégie de l'hôpital
- malgré la médiocrité de bien des managers qui démotive complètement les équipes médicales et paramédicales
- je ne sais pas si le libéral est bien mieux, en particulier pour l'anesthésiste réanimateur qui dépend des chirurgiens
- Malgré des évolutions parfois difficiles (ex: la T2A), l'hôpital reste une structure qui soigne plutôt bien, permettant un exercice de qualité associé à un travail d'équipe avec l'ensemble des soignants qui reste gratifiant

B-Intérêt de l'exercice

- le statut de PH en chirurgie convient bien à un praticien aimant voir des patients et éventuellement les opérer
- cela maintient jeune
- épanouissant ; nombreux projets intra-service ; dynamisant ; service rendu auprès des patients
- intérêt du travail, travail en équipe
- seul lieu de travail d'équipe
- intérêt pour le travail en équipe
- travail en équipe
- l'activité est la même et donc son intérêt aussi
- dynamisme, excellence de la chirurgie et de l'anesthésie
- j'ai la chance de travailler avec une équipe qui fonctionne bien avec les critères définis précédemment
- Indépendance
- intérêt du travail
- travail d'équipe et salariat
- INTERET POUR MON TRAVAIL
- le travail en équipe
- statut de salarié avantageux malgré les pesanteurs de la structure
- filières de soins passionnantes
- potentiel et variété
- travail en équipe
- j'ai toujours pu faire ce que j'avais envie de faire
- c'est ce qui me correspond le mieux
- intéressant
- Sentiment d'utilité
- intérêt pour le travail d'équipe
- Je fais mon métier dans des conditions acceptables
- travail d'équipe
- sécurité
- travail d'équipe
- malgré les difficultés quotidiennes et les lenteurs administratives, les projets avancent
- gratifiant
- Je suis satisfaite de mon travail et apprécie l'équipe avec laquelle je suis
- meilleur job au monde
- variété des modes d'exercice de management
- Bon rapport qualité/prix
- cela me convient
- début de carrière OK mais fin très difficile
- intérêt d'un exercice très spécialisé en radiologie
- début de carrière OK mais fin très difficile
- intérêt du travail
- intérêt intellectuel et travail d'équipe
- travail varié et nombreuses relations professionnelles
- Lieu d'expertise, plateau technique
- Malgré les difficultés relationnelles sus-citées, je suis parfaitement intégrée dans le reste de l'équipe. J'essaie de créer de la dynamique et suis à l'écoute de leurs problèmes.
- intérêt du travail, bonne équipe, bons collègues dans les autres spécialités
- j'aime mon travail et ma région
- j'aime ne pas travailler seule être au sein d'une équipe de soignants et m'occuper de la PEC des patients hospitalisés
- travail en équipe, service public
- intérêt d'une pratique en groupe
- gratifiant de partager et mener des projets avec les autres
- j'aime travailler en équipe
- C'est tellement plus intéressant d'être acteur
- correspond pour l'instant à mes besoins; ne signifie pas que je serais là dans 20 ans
- Travail en équipe et mise en place de projets cliniques et développement d'une recherche clinique dans le cadre du service public
- épanouissement dans mon exercice quotidien et responsabilités
- relation aux patients passionnantes
- importance du travail en équipe
- Possibilité d'épanouissement personnel dans le travail
- la découverte du milieu hospitalier après 25 ans de libéral m'a permis d'apprécier le travail interdisciplinaire, trans disciplinaire
- Statut, Equipe

- pour les pathologies rencontrées et les moyens à notre dispositions pour les PEC
- en tant que PH j'ai eu beaucoup de responsabilités et mis en place de nombreux projets non contrecarrés par les chefs
- malgré tout certains avantages par rapport au liberal: travail en equipe, pas de pression autour de l'argent, moins de lourdeur administrative
- Pour ne pas être seule

travail d'équipe, patients lourds, stimulation par les confrères
 Je connaissais les contraintes que posent l'exercice hospitalier
 attractivité du travail
 Activité universitaire, recrutement hospitalier
 satisfaction globale
 salariat est mieux pour femme
 1probablement pour le travail en équipe.
 la liberté de parole (même si la direction ne suit pas) et le travail en équipe et le non rapport à l'argent (salariat)
 pour l'intérêt du travail hospitalier en équipe
 Intéret du travail
 travail intéressant et valorisant
 Car j aime travailler en équipe
 intérêt du travail
 intérêt scientifique
 parce que je préfère travailler en équipe
 Exercice difficile certes, mais passionnant
 l'utilité et le contact
 pour l'intérêt intellectuel du travail au CHU
 travail en équipe très stimulant
 intérêt et efficacité du travail en équipe
 expérience acquise

B-C :

- Parce que j'aime mon métier et la formule sous laquelle je l'exerce à l'hôpital (je suis pharmacien)
- par ce que j'ai de la satisfaction à soigner le mieux possible les patients
- travail toujours passionnant - bonne ambiance d'équipe
- travail passionnant. relation médecin-malade. mais qualité de vie (la notre) qui laisse à désirer++++ avec difficultés équilibre professionnel/ vie personnelle

B2:

- pas le choix
- ma spécialité n'existe qu'à l'hôpital
- je ne sais pas faire autre chose
- Intérêt pour une spécialité quasi uniquement hospitalière.
- seul espace de ma pratique (MIG)
- Parce que le travail libéral est encore plus difficile avec la main mise de la sécurité sociale sur les médecins
- Ma spécialité n'existe qu'en CHU

C-Vocation passion

- Il me reste la vocation
- J'aime ce que je fais malgré des conditions de travail souvent difficiles.
- parce c'est ce que j'aime
- vocation
- par passion
- Vocation passion
- parce que ce serait le plus beau métier du monde si on pouvait le faire autrement
- par conscience professionnelle
- Parce que tous les jours, je sais pourquoi je me lève
- l'impression, l'espoir d'être utile pour les familles

D-Perte des valeurs

- Décalé des réalités
- T2A puis HPST ont réduit notre liberté d'exercice. Quitte à être gouvernés par les impératifs financiers, autant choisir le privé...!
- hôpital public est foutu
- inadéquation par rapport aux besoins de santé
- C'est le mythe de Sisyphe tous les jours
- je ne suis pas sûr de finir ma carrière dans ces conditions où on pense plus fric (économie) qu'investissement.
- Évolution lamentable : loi HPST

- recentrer sur le patient
- Seul compte le respect de la ligne budgétaire décidée par le directeur, la qualité des soins est inexistante
- armée de petits soldats nous éloignant de notre mission première : le soin
- l'objectif de la médecine hospitalière est devenu exclusivement financier en oubliant le patient
- Diminution continue des ressources allouées en contradiction avec un niveau d'exigence en constante augmentation.
- conflit de valeurs
- l'administration n'a en tête que les économies et les patients comme le personnel en patissent
- J'avais choisi le service public, c'est devenu pire que le privé
- loi HPST
- Je ne retrouve plus les valeurs du service public dans lequel je me suis engagé. De plus la notion de secteur psychiatrique est de plus en plus mise à mal; et on n'entend plus parler que de questions médico-économiques.
- perte du sens du soin à l'hôpital
- je ne retrouve plus mes valeurs
- Spécialiste en Santé Publique, le métier de médecin de DIM est assimilé à de la comptabilité analytique parce que de nos jours " la qualité" n'as plus que 2 valeurs économie et tracabilité même si je fait de la merde médicale
- ce n'est pas pour l'exercice qui m'est proposé dans les années à venir que j'ai choisi de devenir médecin!
- L'hôpital public n'est plus une structure d'avenir
- L'hôpital moderne n'a ni âme ni conscience mais un portemonnaie mal géré à la place du cerveau
- Il est difficile de voir la portée de son travail de manager
- discordance entre les objectifs et les moyens donnés
- Déconnexion entre les exigences et les moyens...
- Trop de subjectivité avec des glissements néfastes pour permettre de garder une certaine exigence de qualité collective
- Aujourd'hui, l'hôpital public demande de la rentabilité, le sens du service public semble une valeur tombée en désuétude.
- épuisement professionnel, manque de sens
- Discordance très forte entre les valeurs essentielles du prendre soin et les contraintes, de temps surtout imposées
- je choiserais d'exercer dans le privé. actuellement on nous demande la rentabilité du privé or nous n'avons pas les mêmes malades et nous n'avons pas des revenus équivalents. De plus dans ma spécialité nous nous retrouvons face à des chirurgiens qui réalisent la grande partie de leur activité en secteur privé!!!
- hôpital usine, entreprise, mais à qui profite-t- il le plus? qui y vit- il bien: conditions de travail/rémunération/qualité de vie au travail et delà en dehors avec horaires ad hoc...
- l'hôpital est devenu une entreprise stupide et je n'y trouve plus ce pour quoi j'y suis resté: indépendance d'exercice, recherche clinique
- trop de copinage et magouille aus depends des patients surtout et de l'argent public à tous niveaux de direction
- Déconnection de plus en plus flagrante entre les techniciens et l'administratif en général, on est qu'un alibi protecteur .
- Démotivation. Mon idéal ne m'avait pas préparée à cela
- Un biologiste qui quitte la fonction hospitalière d'ici peu. Ras le bol d'être pris en sandwich entre les exigences qualité Cofrac qui nous sont imposées et l'absence de moyens pour les mettre en oeuvre. Ras le bol d'exercer dans la pénurie permanente, de faire de la permanence des soins en sous effectif décidé par la direction qui soigne ses économies, cela dans l'indifférence totale des autres praticiens. Ras le bol du discours schizophrène pas de besoin du labo pour travailler, c'est une prestation comme une autre, et de l'autre les exigences des confrères qui réclament toujours plus et toujours plus vite
- dégradation de la reconnaissance de l'avis médical

D-E :

- on ne soigne plus, on code, on "DMS" sans se préoccuper de l'état de santé, des directeurs issus du bâtiment ou des usines Peugeot qui ne connaissent rien de la santé (et que dire de la santé publique et du travail de prévention!!!) Et toujours toujours rentabilité, fric dans toutes les réunions! Ce n'est plus de la médecine!
- Si l'hôpital public est synonyme de rentabilité et la notion de service public une valeur tombée en désuétude, pourquoi ne pas privilégier une rentabilité davantage à mon profit ? Plutôt que de créer des usines à gaz toujours plus complexes, pourquoi ne pas rétablir davantage le sens des valeurs, avec des managers ayant un vrai sens des responsabilités ?
- restructuration actuelle avec un management dépourvu d'affect (restructuration à la kalachnikov comme nous a dit notre DG lors de la mise à pied de notre chef de service pour soit disant défaut de management, mais en réalité pour rapprocher les structures.
- administration incompétente, manque des moyens, gâchis financier, n'importe quoi
- trop de pression administrative et financière
- le cocktail : loudeurs bureaucratiques + contraintes financières + contraintes liées à la qualité n'est pas tenable
- Trop de dérives administratives et gestionnaires
- Il n'est plus possible d'exercer sa spécialité et le service rendu aux patients avec les contraintes économiques auxquelles s'ajoutent les contraintes inadaptées de l'accréditation des laboratoires.
- gestion de l'hôpital contraire à ma perception de ce que devrait être un hôpital
- Pas d'issue à ma fonction de chef de service; pas de réponse aux requêtes argumentées cependant que d'autres circuits fonctionnent mieux (lobbying, réseaux...); certaines directions incompétentes et nuisibles soumises à des impératifs idéologiques ou aux injonctions des tutelles; dérive progressive du service public confronté au télescopage de deux systèmes de santé incompatibles et incomparables; trabsefert progressif et insidieux à l'usager d'un reste à charge de plus de plus élevé, au

travers d'une politique effrénée de l'ambulatoire et la suppression de lits

- trop de rigidité, de contraintes administrative depuis la nouvelle gouvernance l'hôpital étant de plus en plus géré comme une entreprise avec, parfois la "complicité" des présidents de CME et des chefs de pôle
- carcan managérial dicté uniquement par un plan comptable
- décisions et liens ministère/ARS non aidants, directions incompétentes (volontairement ??) La mort de l'hôpital public et de la qualité des soins est en marche...
- Déception sincère et profonde de la façon dont le management maltraite globalement les professionnels, de la langue de bois et de la pensée unique. Ce métier dans cette forme d'exercice ne correspond plus du tout à celui que j'ai choisi et pour lequel j'ai étudié. Chacun pour soi et que le plus fort gagne. Tant pis pour les dégâts collatéraux

E-Organisation délétère

- trop de contraintes administratives
- Décisions parfois prises par la direction avec l'encadrement sans concertation du responsable de service.
- trop de responsabilités
- justement à cause de l'absence de management
- Non : trop figée ensuite
- Existence de personnels ingérables
- lourdeur administrative
- je suis déçu par ma hiérarchie
- trop de lourdeur, d'inertie, de formalisme
- réglementation inappropriées
- trop d'administratif
- bureaucratie
- en désaccord avec ce système d'organisation en pôle et autres...
- trop d'administratif
- Interférences multiples de ceux qui veulent tout contrôler et bloquent toute la dynamique. Absence totale de positionnement de la Direction
- Trop de contraintes
- manque de soutien flagrant des instances régionales ou nationales
- Administration pléthorique
- Trop de contraintes administratives
- machine administrative prédominante
- Manque de formation sur le management dans nos études médicales qui ne nous prépare pas à cette fonction mais qui est nécessaire et indispensable actuellement pour le bon fonctionnement des structures, pour défendre nos intérêts et nos pratiques au sein des hôpitaux publics.
- à cause du poids de l'immobilisme
- charge administrative chronophage
- perversion du système, inadéquation moyens/objectifs de santé, ingérence des tutelles, etc....
- Trop de magouilles à l'hôpital
- pb majeur de la formation des directeurs
- Hôpitaux prisonniers des ARS et règlements divers et avariés
- Trop de contraintes non médicales
- pouvoir administratif illégitime
- direction incompétente dans la gestion et dans les projets
- Dilution des responsabilités, cloïsement de la hiérarchie, changements ayant altéré l'efficacité de terrain. les "grosses équipes" sont plus difficiles à manager
- le management hospitalier ne se préoccupe pas du soin au patient
- trop d'intermédiaire pas forcément compétent
- projets bloqués
- travail monotone, trop de travail administratif
- lourdeur administrative relations déplorables avec la direction
- Evolution de la profession vers trop de procédures "qualité", chaque geste, chaque parole ayant tendance à être évalué, tracé et comparé à des modèles décrits dans des fiches de procédures...
- dégradation complète des responsables administratifs qui ont pris le pas sur l'opérationnel
- comportement de certains administratifs
- ON N'est plus qu'entre confrères entre ceux qui exercent la médecine et ceux qui exercent ds le cadre du "new management à la HSPT
- trop de contraintes
- Système clos sans reconnaissance du travail effectué
- poids grandissant de l'administration conduisant à une perte d'autonomie et une lourdeur du fonctionnement au quotidien
- Je ne ferais pas en France, ce pays est trop lourd administrativement, c'en est abusé; et de plus, il n'y a pas de vraie reconnaissance ni de vrai respect du travail fourni
- trop de lourdeurs administratives - pas de reconnaissance

- Les responsabilités sont difficiles à assurer vis à vis des instances de direction et administratives. Il s'agit trop souvent de défendre nos outils de travail sans qu'aucune place ne soit faite à une dynamique de réels projets.
- Au moins dans le privé les règles sont claires et la reconnaissance des médecins est liée à leurs compétences
- L'attractivité à l'hôpital est en berne. Je comprends mes jeunes confrères qui quittent l'hôpital diplôme en poche. Organisation dans la débrouille, plus aucune reconnaissance du travail, esprit d'équipe en fuite...et en plus dans ma spécialité des revenus largement non compétitifs par rapport à la ville. Dans la même situation qu'eux, aujourd'hui je ferai comme eux.
- confraternité plus limitée qu'en libéral, contraintes administratives de plus en plus importantes, peu de libertés de fonctionnement, salaire
- ras le bol de l'injonction paradoxale et du manque de reconnaissance sociale (argent, position)
- je préférerais être indépendant
- non liberté administration
- aucune reconnaissance des PH, piston pour les postes universitaires, Aucune surveillance du travail effectué par les différents acteurs du service (absences, nombre de consultation,, travail effectif)
- perte du pouvoir décisionnel

E-F :

- complexité et lourdeur des réglementations, restriction en moyen humain et équipement, de moins en moins de concertation avec les tutelles
- Trop d'inertie, de lourdeurs administratives, manque de moyens.
- Machine lourde sur tous les plans et rémunération très en deçà de ce qu'il faudrait
- beaucoup de responsabilité qui repose sur une seule personne.
- trop de fluctuation dans les comportement administratif, aucune valorisation de l'engagement service public, salaire bloqué.
- parce que je crois que la qualité d'exercice, en dehors de rémunération, est meilleure dans le privé. Qu'on n'a moins de comptes "débiles" à rendre (quoique !) et au moins la liberté d'éviter les réunions stériles et de choisir son organisation, mais peut être que pas !
- Pénibilité du travail / Manque de reconnaissance et de considération de la part des responsables de structure et de pôle qui sont inféodés à la direction de l'hôpital

F-Conditions d'exercice

- épuisement professionnel, manque de sens
- Discordance très forte entre les valeurs essentielles du prendre soin et les contraintes, de temps surtout imposées
- je choiserais d'exercer dans le privé. actuellement on nous demande la rentabilité du privé ors nous n'avons pas les mêmes malades et nous n'avons pas des revenus équivalents. De plus dans ma spécialité nous nous retrouvons face à des chirurgiens qui réalisent la grande partie de leur activité en secteur privé!!!
- hopital usine,entreprise, mais à qui profite-t- il leplus? qui y vit -il bien: conditions de travail/rémunération/qualité de vie au travail et delà en dehors avec horaires ad hoc...
- l'hôpital est devenu une entreprise stupide et je n'y trouve plus ce pour quoi j'y suis resté: indépendance d'exercice, recherche clinique
- L'attractivité à l'hôpital est en berne. Je comprends mes jeunes confrères qui quittent l'hôpital diplôme en poche. Organisation dans la débrouille, plus aucune reconnaissance du travail, esprit d'équipe en fuite...et en plus dans ma spécialité des revenus largement non compétitifs par rapport à la ville. Dans la même situation qu'eux, aujourd'hui je ferai comme eux.
- confraternité plus limitée qu'en libéral, contraintes administratives de plus en plus importantes, peu de libertés de fonctionnement, salaire
- ras le bol de l'injonction paradoxale et du manque de reconnaissance sociale (argent, position)
- non reconnaissance de la pénibilité du travail
- je souhaiterais être moins dépendant d'une structure.
- extension de plus en plus expansive des tâches de travail liées au management cumulée au travail clinique, non reconnue (la compensation financière ne répond pas à cette attente car ne prend pas en compte l'empiètement sur le temps de vie privée)
- la rémunération du PH n'est absolument pas attractive et les conditions d'exercice se dégradent
- Plus aucun bénéfice ni financier ni de conditions travail à un exercice hospitalier
- Carrière bloquée
- Carrière bloquée à partir de 52 ans et dégradation des conditions de vie et de travail
- trop astreignant
- difficulté quant à la possibilité d'obtention d'un temps plein.
- Conditions de travail
- Epuisé
- On nous empêche de travailler
- dégradation des conditions de travail
- Ca ne cesse de s'aggraver
- les conditions de travail vont continuer à se dégrader, le salaire s'éloigne de plus en plus des autres types d'établissement
- absence de créativité
- exercice épuisant

- gardes, astreintes peu rémunérées, récupération difficile à prendre
- peu de perspectives d'évolution de carrière et manque de passerelles entre les différents modes d'exercice
- peu lucratif
- trop pénible
- Médicolégal en obstétrique trop lourd. Les plaintes sont de plus en plus fréquentes, injustifiées, et très agressives. Je ferai de la gynéco med en ville ... pardon, Sage femme en ville !
- dégradation des conditions de travail
- Dégradation des conditions de travail, peu de moyens pour la recherche, pénibilité (non reconnue) des gardes
- dégradation des conditions de travail
- trop prenant
- lourdeur de l'exercice hospitalier
- pénibilité des astreintes
- Dégradation des conditions de travail au cors du temps
- Un biologiste qui quitte la fonction hospitalière d'ici peu. Ras le bol d'être pris en sandwich entre les exigences qualité Cofrac qui nous sont imposées et l'absence de moyens pour les mettre en oeuvre. Ras le bol d'exercer dans la pénurie permanente, de faire de la permanence des soins en sous effectif décidé par la direction qui soigne ses économies, cela dans l'indifférence totale des autres praticiens. Ras le bol du discours schizophrène pas de besoin du labo pour travailler, c'est une prestation comme une autre, et de l'autre les exigences des confrères qui réclament toujours plus et toujours plus vite

F2-Salaire :

- trop de fluctuation dans les comportement administratif, aucune valorisation de l'engagement service public, salaire bloqué.
- Machine lourde sur tous les plans et rémunération très en deçà de ce qu'il faudrait
- aucun intérêt de faire de la course à l'acte sans être plus payé, autant être dans le privé
- je pense que nous sommes sous rémunérés par rapport au travail effectué et le niveau de responsabilité
- Le statut de PH doit être réévalué, les rémunérations sont indécentes comparées à la médecine libérale, les hôpitaux sont essentiellement le lieu de formation des paramédicaux et des médicaux, cette caractéristique n'est pas du tout valorisée.

F-G :

- activité passionnante mais trop chronophage 13 h par jour à l'hôpital + les gardes + le travail personnel le soir et le WE, et aucune reconnaissance, ni financière par rapport au privé, ni institutionnelle
- Trop de charge de travail pour un salaire de merde. Non reconnaissance du travail fait en transversal, ni de l'implication dans les structures institutionnelles
- travail lourd responsabilité haute reconnaissance professionnelle et salariale médiocre
- absence de reconnaissances, manques de moyens
- suis PH en chirurgie, statut de PH identique quelle que soit la discipline, absence de reconnaissance et de valorisation malgré des contraintes et des charges de travail totalement différentes entre les disciplines, absence d'évaluation du travail accompli
- trop de process manque de liberté et possibilité créative
- La quantité de travail augmente avec une réduction des effectifs médicaux. Pfs travail donc fait rapidement donc moins de réflexion et de plaisir ds le travail.
- exercice solitaire devenant pesant au fil des années, remplacements compliqués à organiser, temps de travail incompatible avec la charge effective et les responsabilités
- Pénibilité du travail / Manque de reconnaissance et de considération de la part des responsables de structure et de pôle qui sont inféodés à la direction de l'hôpital
- Non reconnaissance, conditions d'exercice, impression permanente d'impuissance
- on nous met la pression sans les moyens pour des projets qu'on ne pourra pas réaliser ; pression + déception

F2G :

- activité passionnante mais trop chronophage 13 h par jour à l'hôpital + les gardes + le travail personnel le soir et le WE, et aucune reconnaissance, ni financière par rapport au privé, ni institutionnelle
- Trop de charge de travail pour un salaire de merde. Non reconnaissance du travail fait en transversal, ni de l'implication dans les structures institutionnelles
- travail lourd responsabilité haute reconnaissance professionnelle et salariale médiocre

G-Vécu difficile

- travail passionnant. relation médecin-malade. mais qualité de vie (la notre) qui laisse à désirer++++ avec difficultés équilibre professionnel/ vie personnelle
- début de carrière OK mais fin très difficile
- trop de copinage et magouille aus depends des patients surtout et de l'argent public à tous niveaux de direction
- Déconnection de plus en plus flagrante entre les techniciens et l'administratif en général, on est qu'un alibi protecteur .
- Démotivation. Mon idéal ne m'avait pas préparée à cela
- Déception sincère et profonde de la façon dont le management maltraite globalement les professionnels, de la langue de bois et de la pensée unique. Ce métier dans cette forme d'exercice ne correspond plus du tout à celui que j'ai choisi et pour lequel j'ai étudié. Chacun pour soi et que le plus fort gagne. Tant pis pour les dégâts collatéraux
- Système clos sans reconnaissance du travail effectuée

- poids grandissant de l'administration conduisant à une perte d'autonomie et une lourdeur du fonctionnement au quotidien
- Je ne ferais pas en France, ce pays est trop lourd administrativement, c'en est ubuesque; et de plus, il n'y a pas de vraie reconnaissance ni de vrai respect du travail fourni
- trop de lourdeurs administratives - pas de reconnaissance
- Les responsabilités sont difficiles à assurer vis à vis des instances de direction et administratives. Il s'agit trop souvent de défendre nos outils de travail sans qu'aucune place ne soit faite à une dynamique de réels projets.
- Au moins dans le privé les règles sont claires et la reconnaissance des médecins est liée à leurs compétences
- L'attractivité à l'hôpital est en berne. Je comprends mes jeunes confrères qui quittent l'hôpital diplôme en poche.
- Organisation dans la débrouille, plus aucune reconnaissance du travail, esprit d'équipe en fuite...et en plus dans ma spécialité des revenus largement non compétitifs par rapport à la ville. Dans la même situation qu'eux, aujourd'hui je ferais comme eux.
- confraternité plus limitée qu'en libéral, contraintes administratives de plus en plus importantes, peu de libertés de fonctionnement, salaire
- ras le bol de l'injonction paradoxale et du manque de reconnaissance sociale (argent, position)
- Un biologiste qui quitte la fonction hospitalière d'ici peu. Ras le bol d'être pris en sandwich entre les exigences qualité Cofrac qui nous sont imposées et l'absence de moyens pour les mettre en oeuvre. Ras le bol d'exercer dans la pénurie permanente, de faire de la permanence des soins en sous effectif décidé par la direction qui soigne ses économies, cela dans l'indifférence totale des autres praticiens. Ras le bol du discours schizophrène pas de besoin du labo pour travailler, c'est une prestation comme une autre, et de l'autre les exigences des confrères qui réclament toujours plus et toujours plus vite
- pas de responsabilité directe
- peu de reconnaissance
- Si quelque chose ne marche pas je préfère m'en prendre à moi-même plutôt qu'à toute une structure...
- absence de reconnaissance et de respect des jeunes agrégés carriéristes
- Mise à mal du statut du médecin hospitalier
- pas de reconnaissance
- envie d'être autre chose une "croix dans une case"
- aucun dialogue possible - aucun recours - on subi sans pouvoir rien faire.
- Aucune reconnaissance de la formation universitaire et des services rendus
- pas de confraternité
- manque de reconnaissance du travail fourni
- Déçu par l'égoïsme des uns et des autres.
- découragement
- pas de liberté d'exercice à l'hôpital
- structure ou le praticien n'a pas son mot à dire
- libéral/indépendance
- mécontente de l'hôpital, de moins en moins d'indépendance professionnelle d'indépe
- perte de la liberté d'exercice
- manque d'autonomie et de responsabilité
- aucune reconnaissance du travail et compétences
- Burn out
- Ras le bol
- on a perdu de notre indépendance professionnelle
- manque de communication et rivalité
- trop de décisions subies non concertées
- ras le bol d'être pris pour une buse
- mi temps avec ville plus de liberté d'exercice
- dégradation de la reconnaissance de l'avis médical
- je préférerais être indépendant
- non liberté administration
- aucune reconnaissance des PH, piston pour les postes universitaires, Aucune surveillance du travail effectué par les différents acteurs du service (absences, nombre de consultation,, travail effectif)
- perte du pouvoir décisionnel

Autre :

- en fait, je ne sais pas vraiment
- satisfaction de pouvoir orienter un peu la stratégie de l'hôpital
- malgré la médiocrité de bien des managers qui démotive complètement les équipes médicales et paramédicales
- Cependant pour certaines choses je ferais très différemment.
- la médecine libérale est en fin de vie cf Loi Santé
- on peut changer les choses de l'intérieur
- la T2A a démarré depuis 2005
- si personnes ne suit les malades
- Car maintenant c'est pire dans le privé encore, pour la biologie. Travail qui devient de moins en moins intéressant

Table E : Attentes des Managés et Managers vis à vis respectivement des managers et des managés(Figures 2 et 3)

Question 2 : Quelles sont les 3 attentes majeures des managés ? des managers ? en quoi diffèrent-elles ? en quoi se rejoignent-elles ? Les attentes du groupe des managés ayant un rôle de managers diffèrent-elles de celles des managés sans fonction de manager ? idem pour les managers ?

Populations analysées		Exemplarité	Implication	Communication	Esprit d'équipe	Déontologie	Reconnaissance	Légitimité
totale	589	443	365	474	692	219	354	355
données analyse statistique /attente/population		MN>MR	MN<MR	MN=MR	MN<MR	MN=MR	MN>MR	MN>MR
		MNR=MNE	MNR=MNE	MNR=MNE	MNR=MNE	MNR=MNE	MNR=MNE	MNR=MNE
		MRN<MRE	MRN>MRE	MRN=MRE	MRN=MR	MRN=MR	MRN>MRE	MRN=MR
MN	532	306	104	266	335	123	249	220
	90,3%	57,5%*	19,5%*	50%	62,9%*	23,1%	46,8%*	41,3%*
MR	426	137	261	207	357	96	105	115
	72,3%	32,16%*	61,27%*	48,59%	83,80%*	22,54%	24,65%*	26,99%*
MNR (69,31% MN)	369	208	69	179	235	87	170	163
		56,37%	18,70%	48,51%	63,68%	23,58%	46,07%	44,17%
MRN (86,61% MR)	369	111	237	174	308	84	96	97
		30,08%**	64,23%**	47,15%	83,47%	22,76%	26,02%**	26,29%
MNE	163	98	35	87	100	36	79	57
		60,12%	21,47%	53,37%	61,35%	22,09%	48,47%	34,97%
MRE	57	26	24	33	49	12	9	18
		45,61%**	42,11%**	57,89%	85,96%	21,05%	15,79%**	31,58%

En lignes, les groupes concernés

En colonnes, les attentes ;

1-Les 3 attentes les plus citées pour chaque population sont indiquées en vert, avec l'attente la plus représentée soulignée et la suivante en italiques.

2-Les groupes comparés

- Managés et managers globalement : MN/MR

- Dans le groupe des MN : Groupe avec cumul des deux expériences et celui des managés exclusifs : MNR/MNE

- dans le groupe des MR : Groupe avec cumul des deux expériences et celui des managés exclusifs : MRN/MRE

3-Les différences significatives sont indiquées en rouge pour l'attente concernée (colonne) dans les groupes comparés, avec le sens de la différence.

MN = managés ; MR =managers ; MNE= managés exclusifs, sans fonction de manager ; MRE= managers exclusifs, sans position de managé ; MNR =PHs cumulant les fonctions de MN et MR et en position de MN ; MRN= PHs cumulant les fonctions de MN et MR et en position de MR .Si les personnes constituant les groupe MNR et MRN sont les mêmes (369) les attentes diffèrent selon qu'elles s'adressent à leur position de managé ou à leur fonction de managers.

Table F : Expression libre sur le management (Figure 4) : Question 3 : Quel jugement les PHs portent-ils sur le management ? diffère-t-il entre managers et managés ?

Populations analysées		Total réponses	Insuffisant	Pas de formation	Difficile, compliqué	Prédominance du financier et de la place du DH	Management pervers	Négatif	Positif
total	589	210	72	17	31	70	43	37	20
		37,7 %	34,28%	8,09%	14,76%	33,33%	20,47%	17,61%	9,52%
analyse statistique /vécu/population		MN=MR	MN=MR	MN=MR	MN=MR	MN=MR	MN=MR	MN=MR	MN=MR
		MNMR>MNE E MNMR>MRE E	MNE>MRE E	MNE=MNE E	MNE<MRE E	MNE<MRE E	MNE>MRE E	MNE>MRE E	MNE=MRE E
MN	532	194	70	16	25	64	40	35	19
		36,5%	36,08%	8,24%	12,88%	32,98%	20,61%	18,04%	3,58%
MR	426	162	57	13	26	61	29	27	15
		38%	35,18%	8,02%	16,04%	37,65%	17,9%	16,66%	3,52%
MNMR	369	146	55	12	20	55	26	25	14
		39,5%*	37,67%	8,21%	13,7%	37,67%	17,8%	17,12%	9,59%
MNE	163	48	15	4	5	9	14	10	5
		29,4%*	31,25%*	8,33%	10,4%*	18,75%*	29,16%*	20,83%*	10,42%
MRE	57	16	2	1	6	6	3	2	1
		28%*	12,5%*	6,25%	37,5%*	37,5%*	18,75%*	12,5%*	6,25%

En lignes les groupes concernés

En colonnes, les groupes de réponses ;

MN =managés ; MR = managers ; MNE =managés exclusifs, sans fonction de manager ; MRE = managers exclusifs, sans position de managé ;

MNMR = PHs étant managés et managers

Table G: Facteurs d'attractivité pour l'hôpital public (figure 5) Question 4 : Quels sont les facteurs d'attractivité pour l'hôpital public les plus fréquemment cités ? quels sont ceux qui sont positifs (réponse oui « à la question et si c'était à refaire ») et ceux qui sont négatifs (réponse « non ») ? Diffèrent-ils entre managers et managés?

Nombre de réponses			Valeurs du service public	Intérêt de l'exercice	pas le choix	Vocation passion	Perte des valeurs	Organisation délétère	Conditions d'exercice	Salaire	Vécu difficile
total : 589			44	107	6	21	43	70	47	5	43
oui : 385 (65%)			44	106	6	21	2	9	0	0	3
non : 175 (30%)			0	0	0	0	41	61	46	5	39
oui et non : 5			0	1	0	0	0	0	1	0	1
SO : 24 (4%)			0	0	0	0	0	0	0	0	0
MN	oui : 343 non :161	504	38	99	6	19	39	61	44	5	42
MR	oui : 286 non :127	413	35	73	3	17	33	54	30	4	32
MNMR	oui:244* non:175	419	29	65	3	15	29	45	27	4	31
MNE	oui : 99* non : 48	147	9	34	3	4	10	16	17	1	11
MRE	oui : 42* non : 14	56	6	8	0	2	4	9	3	0	1

SO : sans opinion

*signifie qu'il y a une différence significative pour ce critère entre les deux populations.

Schéma 1 : Place des facteurs d'attractivité dans le choix positif ou négatif : Question 5 : Existe-t-il une relation entre attentes des PHs vis à vis du management, leur vécu du management ?(jugement du management) et l'attractivité ?(positive ou négative, facteurs d'attractivité) ?

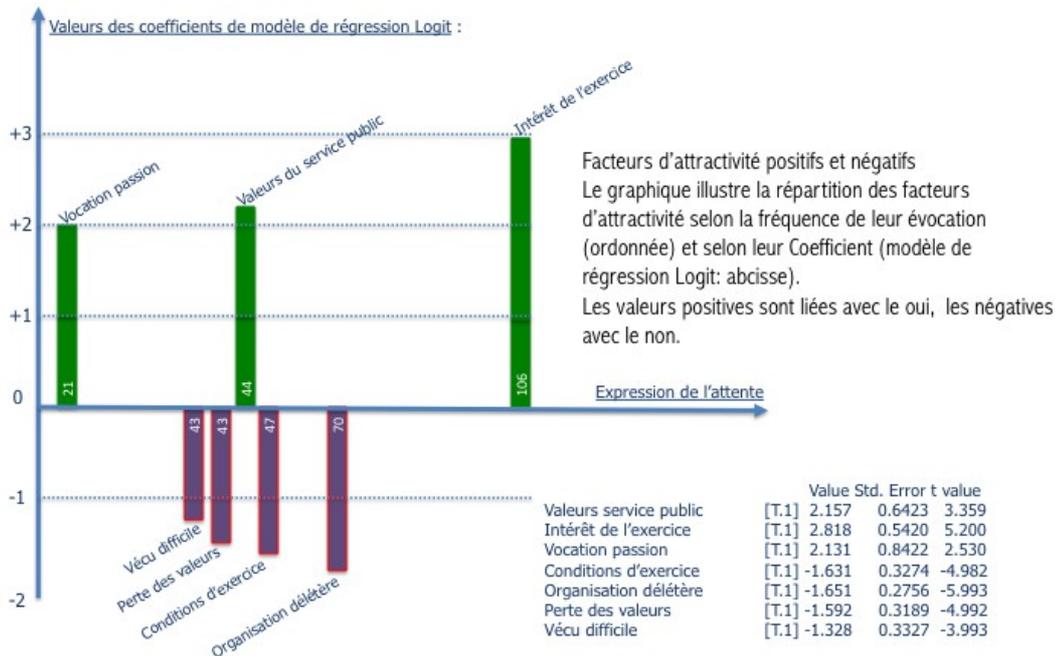


Table H : **Impact des caractéristiques des PHs sur leurs réponses aux questions de management** *Question 6 : Existe-t-il une relation entre les attentes des PHs et leur vécu vis à vis du management et la population à laquelle ils appartiennent ? (sexe/ durée d'exercice/lieu d'exercice/spécialité)*

Attentes		Exemplarité	Implication	Communication	Esprit d'équipe	Déontologie	Reconnaissance	Légitimité
Caractéristiques de la population								
M N	femmes	52,2%	20,8%	51,0% **	52,9%	16,9% **	45,1%	38,0%
	hommes	51,8%	15,3%	40,7% **	59,9%	24,0% **	40,1%	36,8%
M R	femmes	18,4% **	49,8% **	34,5%	58,4%	15,3%	10,6% **	20,0%
	hommes	26,9% **	40,1% **	35,6%	62,3%	17,1%	23,4% **	19,2%

Table I : **Impact des caractéristiques des PHs sur leurs réponses aux questions d'attractivité** *Question 7 : Existe-t-il une relation entre les facteurs d'attractivité énoncés par les PHs et la population à laquelle ils appartiennent ? (sexe/ durée d'exercice/lieu d'exercice/spécialité)*

Facteurs d'attractivité	Valeurs du service public	Intérêt de l'exercice	pas le choix	Vocation passion	Perte des valeurs	Organisation délétère	Condition d'exercice	Salaire	Vécu difficile
femmes	7,8%	25,1% **	1,6%	4,7%	6,3%	7,5% **	9,0%	0,8%	7,8%
hommes	7,2%	12,9% **	0,6%	2,7%	8,1%	15,3% **	7,2%	0,9%	6,9%

** signifie qu'il y a une différence significative en Homme et Femme individuellement pour ce critère.