



Inspection générale
des affaires sociales

Etablissements de santé Risques psychosociaux des
personnels médicaux : recommandations pour une
meilleure prise en charge
Mise en responsabilité médicale : recommandations
pour une amélioration des pratiques

**RAPPORT
TOME I**

Établi par

Dr. Marie-Ange DESAILLY-CHANSON

Hamid SIAHMED

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution de Stéphane ELSHOUD - IGAENR

- Décembre 2016 -

2016-083R

SYNTHESE

- [1] Ce rapport a pour objet de préciser les conditions de sensibilisation et de mobilisation des acteurs, de mise en œuvre opérationnelle et d'évaluation des différentes actions engagées en matière de prévention, détection et prise en charge des risques psychosociaux d'une part, et d'amélioration des procédures de désignation et d'exercice des missions managériales par les responsables médicaux au sein des établissements, d'autre part.
- [2] La mission a établi un état des lieux des textes publiés, en cours de publication ou en concertation concernant ces deux thématiques. Elle a rencontré les directions d'administration centrale et agences concernées et procédé à de très larges auditions. Elle a par ailleurs entendu tous les praticiens concernés par les risques psychosociaux qui l'ont sollicitée. Elle rend compte de plusieurs expériences et initiatives hospitalières, universitaires ou plus généralement du monde du travail qu'elle a recueillies.
- [3] L'étape du diagnostic primordiale, oriente aussi bien la compréhension de la problématique que le contenu des actions.
- [4] Comme pour d'autres phénomènes sociaux, et en particulier ceux relatifs à la nature des liens des individus entre eux dans un contexte organisationnel en évolution, il convient, ici, de souligner la difficulté à porter une appréciation d'ensemble et qui serait définitive, sur l'importance et la spécificité "propre" des RPS chez les personnels médicaux des établissements de santé.
- [5] Plusieurs facteurs contribuent à rendre difficile cette approche :
- D'une part, la diversité des catégories professionnelles concernées, allant des praticiens hospitaliers aux hospitalo-universitaires en passant par les étudiants de 2^{ème} année et les internes, est à souligner. Leurs statuts sont différents et leurs conditions d'exercice, d'un centre hospitalier éloigné d'une métropole aux hôpitaux parisiens pour ne prendre que cet élément, sont variés ;
 - D'autre part, leurs parcours personnels sont aussi divers et se déroulent, sur une période pouvant s'étendre de quelques années à plusieurs décennies avec à la clef des capacités d'appréhension des risques psychosociaux propres à chacun ;
 - Par ailleurs, et alors même qu'il existe un contexte général, avec des objectifs de politique publique, avec un cadre réglementaire et statutaire, bien identifiables et objectivables, les effets induits dans les organisations et au sein des communautés de travail locales, peuvent varier significativement d'un hôpital à l'autre et même d'un service à l'autre.
- [6] Comme le dit le sociologue américain, Howard S. Becker, "*les indices d'un seul et même phénomène à l'œuvre peuvent être fragiles*", et ce constat invite à la prudence. Il y a là, en effet, une difficulté à objectiver un phénomène et à porter une interprétation globale, alors même comme cela est souligné un peu plus loin, il y a un manque d'analyses très fines et très méthodiques des déterminants à l'apparition et au maintien des phénomènes des RPS communs à toutes les catégories de personnels médicaux visés par le rapport.
- [7] Les enquêtes et études dont la mission a eu connaissance confirment bien que le personnel médical en établissement public de santé n'échappe pas à la problématique des risques psychosociaux avec des retentissements sur sa santé.

- [8] Cette question complexe, comporte des enjeux particulièrement stratégiques puisqu'elle touche à la qualité de la ressource humaine médicale 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.**
- [9] Cette situation si elle mérite d'être rappelée, n'empêche pas évidemment de mettre en évidence des situations de risques et de proposer, de façon réfléchie et adaptée, des recommandations pour mieux les appréhender, les prévenir, les traiter et dénouer celles pour lesquelles le temps et le "gel" de positions institutionnelles ou individuelles ayant joué, se sont "enkystées".
- [10] 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.
- [11] L'architecture des dispositions retenues par la mission se décline en six points :
- **Une structuration du pilotage national**
- [12] Jusqu'à très récemment, les RPS concernant le personnel médical hospitalier étaient soit passés sous silence soit non décelés voir même niés. Le drame survenu en fin d'année 2015 à l'HEGP a certainement libéré la parole et accéléré une prise de conscience de la souffrance au travail.
- [13] Le ressenti des personnels concernés, les situations portées à la connaissance de la mission font que la prévention, la détection et la prise en charge des risques psychosociaux ne peuvent rester au niveau du texte ou à la pose actuelle des cadres d'actions et doivent donner lieu à une véritable stratégie nationale de la qualité de vie au travail et de prise en charge des RPS du personnel médical hospitalier et plus globalement des soignants.
- [14] Au regard du constat effectué par la mission, la création d'une mission nationale paraît nécessaire, dont le champ de compétences pourrait s'étendre à l'ensemble des professionnels de santé. Elle sera chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale et il conviendra d'en faire un véritable outil de pilotage des politiques liées à la prévention, au traitement des RPS et à la qualité de vie au travail.
- [15] Elle sera à l'initiative d'un observatoire permettant une analyse qualitative et quantitative en matière de RPS, un suivi annuel et une base de comparaison avec les pays investis dans le domaine. Elle élaborera notamment les outils utiles et nécessaires à la détection, prévention et suivi des RPS.
- [16] Toutes les situations signalées à la mission démontrent une gestion quasi inexistante de la situation de souffrance du personnel médical hospitalier tant en termes d'écoute, d'orientation, de prise en charge de la souffrance que de l'addiction.
- [17] La mission considère qu'il y a lieu de fédérer tous les dispositifs associatifs existants sur la base d'un cahier des charges qui relèverait des attributions de la mission nationale, assurant ainsi les bonnes pratiques et l'accessibilité sur l'ensemble du territoire national.
- [18] Par ailleurs, il est important de disposer d'une offre de soins spécialisée, ambulatoire et hospitalière dans la prise en charge de cette souffrance.
- [19] La mission s'interroge sur le risque de multiplication de centres dédiés sans une réflexion préalable nationale sur le besoin, les pré requis qualitatifs et les implantations et insiste sur la spécificité du soin aux soignants et donc de l'importance de la formation, des personnels soignants et médicaux et du strict respect de la confidentialité.

- [20] La mission préconise que cette mission nationale assure la labellisation et la répartition sur le territoire des structures de prise en charge ambulatoires et hospitalières spécialisées dans le soin aux soignants.
- [21] Les personnes en souffrance dénoncent assez souvent des solidarités médicales locales non seulement intra-hospitalières et universitaires, mais également ordinaires et avec l'ARS car tous ces professionnels se connaissent la plupart du temps depuis leurs études et exercent en lien. Ainsi, le recours en interne ou à des tiers extérieurs locaux soulève la question des liens d'intérêt entre les parties et son objectivité est contestée. Le souhait est d'avoir un recours "dépaycé", externe neutre régional ou national en toute confidentialité.
- [22] Une évolution dans ce sens s'avère aujourd'hui indispensable pour mieux prendre en compte les nécessités institutionnelles et les attentes de professionnalisation et d'indépendance formulées lors des auditions organisées par la mission. Il serait judicieux de créer auprès de la mission nationale, une fonction de médiation assurée par des personnalités qualifiées et formées répondant aux principes du code de déontologie du médiateur.
- [23] Pour réaliser concrètement cette mission de médiation en cas de difficultés de conciliation en local, la mission propose de "dépayser la prise en charge" en instaurant au niveau régional une organisation autour de médiateurs régionaux et d'un médiateur national "santé", à l'instar de l'organisation mise en œuvre par le MENESR.
- [24] Cette médiation régionale sera externe, indépendante, compétente et formée par d'anciens professionnels (doyens, présidents de CME, directeurs, membres des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers-PH- et praticiens hospitalo-universitaires-PU-PH-), reconnus et formés spécifiquement à la médiation et à l'approche de la gestion des situations complexes.
- **Un renforcement de l'implication du niveau régional et de la gouvernance des établissements**
- [25] La mission observe que peu de commissions régionales paritaires (CRP) se sont investies sur les RPS. Dans les trois régions pour lesquelles les CRP ont mené des actions en relation avec les RPS et fonctionnant d'une manière efficace, la présence de leaders syndicaux, de référents ARS ou de personnalités qualifiées investis dans le domaine des RPS est rapportée.
- [26] Les enjeux importants tels que les conséquences de la réforme territoriale dans leur composition, les missions en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la gestion de cas individuels à repenser en raison de l'absence à ce jour de mise en œuvre de conciliation de cas complexe amènent la mission à proposer de revoir le périmètre des missions dévolues à la CRP. Il est important et souhaitable qu'il soit revisité afin d'opérer un recentrage, en faisant un pari sur l'autonomie des établissements et leur responsabilisation. Il est nécessaire d'impulser une vraie politique régionale de dialogue social, des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS et d'élaborer des programmes de santé au travail déclinés au sein des GHT, en application d'une stratégie nationale.
- [27] S'agissant des établissements de santé, que ce soit au regard de questions liées à l'amélioration de la performance, à des changements d'organisation du travail ou à la prévention des risques professionnels, le management est à la fois pointé comme une source de dysfonctionnements et comme un levier d'action. On reproche ainsi aux managers d'avoir des pratiques managériales inadaptées tout en regrettant leur éloignement des problématiques du terrain.
- [28] Les différents entretiens menés font ressortir le besoin de déterminer un cadre global et lisible d'amélioration de la qualité de vie au travail qui passe par une qualité de travail (recentrage sur le cœur de métier) et une reconnaissance de l'investissement du praticien.

- [29] En premier lieu, un investissement institutionnel est indispensable : se doter d'un volet du projet social qui concerne la communauté médicale avec une implication forte de la commission médicale d'établissement (CME), définissant une véritable politique de santé en revisitant les modes de management, d'organisation, de relations au travail au sein des pôles, mais aussi d'action sociale, versant important pour les jeunes médecins.
- [30] La mission considère qu'il revient à la CME de conduire une politique médicale d'établissement prenant en compte la formation et les modalités de suivi des étudiants hospitaliers et des internes. Son rôle est aussi déterminant pour la qualité de travail des praticiens, la qualité et la sécurité des soins. A ce titre, il y a lieu de généraliser la création d'une sous-commission de la CME devant traiter les problèmes de qualité de vie au travail et de prévention des RPS du personnel médical hospitalier.
- [31] Il paraît aussi essentiel de faire évoluer le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour qu'il prenne en compte dans les faits, l'ensemble des professionnels en exercice (médical et non médical) dans les établissements de santé, en articulant ses travaux et réflexions avec cette sous-commission.
- [32] Toutes les situations signalées à la mission démontrent une absence de détection précoce, une gestion quasi inexistante de la situation en intrahospitalier, un repli sur soi de la personne, une mise à l'écart, un isolement, un épuisement et un enkystement des situations.
- [33] Le développement d'une "cellule d'écoute et de conciliation" est préconisé dans le cadre des missions dévolues à la sous-commission dont les règles de traitement des situations individuelles doivent être formalisées.

➤ **Les RPS et le management sont indissociables**

- [34] Parler de risques psychosociaux conduit inévitablement à parler de management et du rôle des managers. Le manager peut être à l'origine de RPS ou une cible potentielle puisqu'il est l'interface entre son équipe et son propre encadrement, mais c'est également un détecteur et un préventeur des risques psychosociaux pour les membres de son équipe. Si la prévention a été insuffisante, le manager peut également jouer un rôle d'acteur afin d'aider les membres de son équipe en détresse.
- [35] Tous les acteurs hospitaliers s'accordent sur l'importance du management médical concernant les RPS. Professionnaliser la nomination des chefs de service et des chefs de pôle sur la base de fiches de poste précisant les profils, les compétences attendues notamment sur le plan du management et en formalisant les modalités de sélection au sein de chaque établissement est aujourd'hui indispensable.
- [36] Les formations managériales ne doivent pas se résumer à la gestion financière. Il importe de donner des connaissances en management d'une équipe, prévenir et gérer les tensions et les conflits, manager des projets, accompagner les transformations et piloter le changement...
- [37] Le développement de la formation à l'exercice en équipe, aux RPS et au management tant en formation initiale qu'en formation continue et l'accompagnement des praticiens en responsabilité notamment avec les techniques les plus adaptées dans le cadre du développement professionnel continu.
- [38] De même, la mise en place d'une charte du management au sein des établissements de santé est essentielle afin de faire évoluer durablement les pratiques managériales, elle suppose de travailler non seulement sur les valeurs, mais aussi sur les comportements associés.

[39] Pour réinvestir sur la proximité du management et sans remettre en cause l'organisation polaire, la mission préconise la valorisation du rôle du collectif et la réaffirmation des compétences déléguées au responsable de service, de département ou d'unité fonctionnelle qui doit disposer de marges d'adaptation et de décision pour une meilleure efficacité et une cohésion d'équipe, facteur déterminant de prévention des RPS.

[40] Le développement de ce collectif, la favorisation de l'implication de l'équipe médicale et la prévention notamment des conflits au travail, requièrent l'instauration d'espaces de dialogue sur le travail, de régulation et de discussion autour des réunions de service.

[41] Pour favoriser le dialogue avec les praticiens et dépister les situations de mal-être, quelques établissements ont mis en œuvre des entretiens formalisés avec les PH à leur nomination, à distance et à mi-parcours sur base d'une fiche de poste. La mission encourage à ce que ces initiatives soient désormais généralisées à l'ensemble du personnel médical hospitalier au sein des établissements de santé.

➤ **Une meilleure efficacité des structures de dialogue**

[42] Promue en tant que structure forte du dialogue social au niveau du GHT, la conférence territoriale de dialogue social pourrait notamment traiter, dans une vision territoriale, des méthodes et bonnes pratiques de dialogue social, d'organisation et de conditions de travail, et des programmes pluriannuels de santé au travail.

[43] Il paraît aujourd'hui nécessaire d'associer davantage les praticiens hospitaliers, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, l'organisation et la gestion des temps, la santé au travail.

[44] La mission préconise la désignation au sein de chaque conférence territoriale de dialogue social, d'un représentant des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers du territoire siégeant en CRP, désigné par la CRP. Ce qui permettra d'assurer un lien en matière de dialogue social entre les conférences territoriales de dialogue social et la commission régionale paritaire dont les missions évolueraient vers une structure régionale de dialogue social.

[45] S'agissant des instances de dialogue national, la mission s'interroge sur leur multiplicité et de la coexistence de deux dispositifs inopérants à ce jour et propose de créer une commission spécialisée au sein du futur conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé qui reprendrait les missions dévolues au comité consultatif national et qui pourrait être le lieu de capitalisation des travaux menés par les CRP, d'observation des pratiques de dialogue social sur le terrain pour mesurer les progrès accomplis, favoriser le déploiement des pratiques jugées les plus pertinentes et les plus efficaces.

➤ **Une simplification des actes de gestion**

[46] Un certain nombre d'actes et agissements par exemple de harcèlement moral ou sexuel sont générateurs de RPS, de conflits "durs" au sein des établissements. Au-delà du fait qu'ils sont susceptibles de poursuites et de sanctions pénales, ils constituent, bien souvent, des fautes disciplinaires qui doivent être poursuivies et punies.

[47] Des entretiens réalisés par la mission, il ressort qu'aucune difficulté d'ordre juridique et réglementaire n'entrave le fonctionnement des instances prévues à cet effet pour les praticiens hospitaliers.

- [48] La voie du champ disciplinaire est rarement engagée tant pour les PH que les HU alors même qu'elle permettrait dans certains cas une instruction du dossier avec le respect des parties et de leur droit à défense. En tout état de cause, il y a lieu de procéder à une enquête administrative préalable à d'éventuelles poursuites disciplinaires en cas de suspicion de faits graves.
- [49] S'agissant des hospitalo-universitaires, la juridiction s'est peu réunie ces dernières années suscitant des interrogations tant sur la volonté d'en assurer un fonctionnement régulier que sur l'absence d'"exemples" en direction des agents qui, de façon caractérisée et, dans certains cas, systématique, manquent à leurs obligations déontologiques.
- [50] Les entretiens menés par la mission mettent en relief une mise en œuvre au niveau interministériel qui alourdit et freine considérablement la procédure disciplinaire.
- [51] Afin de responsabiliser les acteurs locaux, la mission recommande un assouplissement de la réglementation en matière de saisine de la juridiction afin qu'elle puisse être opérée conjointement par les présidents d'université et les directeurs généraux de CHU.
- [52] La mobilité d'un ou de plusieurs praticiens peut aussi s'avérer être la meilleure solution dans l'intérêt du service et dans l'intérêt des personnes concernées, vision qui a été exprimée par de nombreux témoignages d'hospitalo-universitaires et de représentants des conférences.
- [53] Elle doit pouvoir être organisée, sans qu'il y ait la moindre confusion avec une sanction disciplinaire, pour éviter que perdure une situation de souffrance. Une position de service extraordinaire pour les HU est ainsi proposée par la mission.

➤ **Les GHT : une opportunité à saisir**

- [54] La mission considère que le nouvel espace qu'est le GHT représente une véritable opportunité tant pour les praticiens que les directions hospitalières de répondre aux aspirations des praticiens sous la condition d'un engagement à une gestion coordonnée des ressources médicales sur le territoire, voire d'une direction unique des affaires médicales.
- [55] Cette perspective doit nécessairement donner lieu à une gestion des emplois et des compétences et donc des parcours et des carrières et sortir du cadre de la simple gestion statutaire des praticiens. Ainsi, le défi de la conduite des restructurations et du pilotage des reconversions suppose de mobiliser des savoir-faire de plus en plus pointus, qui ne sont pas homogènes au sein d'un territoire.
- [56] La médecine du travail est assez peu actrice au regard des témoignages recueillis par la mission, au-delà de quelques initiatives exemplaires car, culturellement, les professionnels médicaux ignorent les médecins du travail souvent par manque de reconnaissance et de confiance et s'exonèrent des règles de suivi même obligatoires.
- [57] L'état des lieux et les orientations nouvelles, introduites par la "Loi Travail" conduisent la mission à proposer une mutualisation des équipes à l'échelle des GHT et à inciter à la constitution d'équipes pluridisciplinaires en coopération avec les CHU afin de mettre en œuvre une démarche de santé au travail coordonnée et attractive pour les professionnels.

"J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité".

Avant dernière phrase du serment d'Hippocrate

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	11
1 INTRODUCTION.....	11
2 RISQUES PSYCHOSOCIAUX DU PERSONNEL MEDICAL HOSPITALIER ET RESPONSABILITE MANAGERIALE : ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC	14
2.1 Des risques psychosociaux mal connus et dont la prise en compte reste à développer.....	14
2.1.1 Une définition des RPS et de leurs impacts sur la santé qui s'applique au corps médical.....	14
2.1.2 Une ampleur et une évolution du phénomène difficiles à évaluer faute de données suffisantes.....	16
2.1.3 Un cadre réglementaire et des outils de référence à développer	20
2.1.4 Des personnels médicaux particulièrement exposés aux RPS.....	22
2.2 Selon les acteurs rencontrés, l'amélioration de la prise en compte des RPS est indissociable de celle du management	33
2.2.1 Certains acteurs mettent l'accent sur la complexité des situations de RPS et l'importance des mutations de l'hôpital.....	33
2.2.2 Certains acteurs hospitaliers rencontrés mettent en exergue la responsabilité managériale médicale.....	35
3 DES DISPOSITIFS EXISTANTS AUX EXEMPLES ET DEMARCHES ENGAGES	41
3.1 Les dispositifs nationaux et régionaux pour l'hôpital.....	41
3.1.1 La qualité de vie au travail et la certification de la haute autorité de santé(HAS).....	41
3.1.2 Les axes prioritaires 2017 pour le développement des compétences des personnels (DPC) des établissements.....	42
3.1.3 Le dispositif au niveau des ARS	43
3.2 Les dispositifs intrahospitaliers et locaux.....	43
3.2.1 Le document unique de gestion des risques en santé et sécurité au travail.....	43
3.2.2 Le CHSCT	44
3.2.3 La médecine du travail	45
3.2.4 Comités médicaux compétents.....	47
3.3 En parallèle, des dispositifs d'appui à la gestion des RPS pour l'université à conforter.....	49
3.3.1 Les services centraux : un double rôle d'impulsion et d'accompagnement assumé.....	49
3.3.2 Les dispositifs relevant des universités	53
3.4 Des démarches et des actions qui mériteraient d'être connues et reconnues, à l'étranger comme en France	54
3.4.1 Des exemples internationaux dont on peut s'inspirer.....	54
3.4.2 En France, des dispositifs à développer.....	57
3.4.3 Des démarches à l'initiative des ARS et des établissements qui restent trop rares	62
4 QUELLES PERSPECTIVES D'AMELIORATION ?	69
4.1 Mettre en place un pilotage national appuyé sur un système d'observation, d'études et de recherche dans le domaine des RPS :.....	70
4.1.1 Créer une mission nationale chargée des RPS et de la qualité de vie au travail en établissements de santé	70
4.1.2 Mettre en place un système d'observation, d'études et de recherche dans le domaine des RPS	71
4.1.3 Détecter et déclarer les EIG en matière de RPS (situations de danger imminent, désaccords sérieux et persistants, tentative de suicide, suicide, plainte harcèlement moral ou sexuel.....)	73
4.1.4 Mieux prendre en charge le soin aux soignants	74

4.1.5	Organiser la médiation.....	74
4.2	Impliquer la gouvernance des établissements dans le management médical, la prévention et la gestion des RPS.....	75
4.2.1	Impliquer la gouvernance médicale.....	75
4.2.2	Intégrer les personnels médicaux dans le dialogue social de l'établissement.....	79
4.2.3	Mieux suivre les professionnels médicaux qui travaillent à l'hôpital.....	80
4.2.4	Poursuivre les agissements non conformes à la déontologie et l'amélioration du fonctionnement de la juridiction disciplinaire compétente et mieux motiver les dossiers.....	84
4.3	Simplifier et compléter la réglementation statutaire des HU pour faciliter la gestion des RPS....	85
4.3.1	Simplifier la saisine de la juridiction.....	85
4.3.2	La suspension à titre conservatoire.....	86
4.3.3	Création d'une position de HU en service extraordinaire à intégrer dans la révision annuelle des effectifs.....	87
4.4	Les axes pour renforcer la prise en compte de cet enjeu majeur de santé publique et de qualité de vie au travail.....	88
4.4.1	Faire de l'information et de la transparence des leviers tant pour les RPS que pour la mise en responsabilité managériale.....	88
4.4.2	Mieux prendre en compte les compétences managériales dans les parcours professionnels..	89
4.4.3	Les GHT : un contexte à risque à transformer en une opportunité.....	94
5	FAVORISER LES CONDITIONS DE REUSSITE DES MESURES.....	97
5.1	Amplifier la coordination et la collaboration à l'échelon national, entre DGESIP, DGRH, CNG et DGOS.....	97
5.2	Un dialogue social articulé entre le local, le régional et le national en matière de QVT et de prévention des RPS.....	97
5.3	Un discours de vérité et une intensification de la pédagogie.....	98
5.4	Valoriser et diffuser les bonnes pratiques et dispositifs mis en œuvre.....	98
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	101
	LETTRE DE MISSION.....	103
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	111
	ANNEXE 1 : LE PERSONNEL MEDICAL HOSPITALIER.....	119
	ANNEXE 2 : LES MISSIONS NATIONALES ET LA GRANDE CONFERENCE DE SANTE.....	123
	ANNEXE 3 : DES DISPOSITIFS INITIES PAR LES UNIVERSITES EN DIRECTION DES ETUDIANTS.....	129
	SIGLES UTILISES.....	133
	BIBLIOGRAPHIE.....	137
	PIECES JOINTES TOME II.....	143

RAPPORT

1 INTRODUCTION

[58] Par lettre du 24 février 2016, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), une mission concernant les "*risques psychosociaux des personnels médicaux en établissements de santé : recommandations pour une meilleure prise en charge*".

[59] Ce rapport traite des deux premiers points assignés à la mission, le troisième point concernant l'hôpital européen Georges Pompidou a fait l'objet d'un premier rapport :

- *"de formaliser les conditions de sensibilisation et de mobilisation des acteurs, de mise en œuvre opérationnelle et d'évaluation des différentes actions engagées avec un volet consacré aux jeunes en formation, externes et internes, compte tenu de la spécificité de leur parcours au sein des établissements de santé.*

J'attache une importance particulière à ce que les 3 dimensions de prévention, de détection et de prise en charge soient respectivement et pleinement prises en compte.

- *de formuler des propositions permettant d'améliorer les procédures de désignation et d'exercice de leurs missions managériales par les responsables médicaux au sein des établissements.*

Ces propositions pourront notamment porter sur :

- *les conditions de sensibilisation des professionnels à l'exercice de ces fonctions et de détection des potentiels,*
- *les processus d'appel à candidatures, l'identification des critères de sélection, l'instruction des candidatures et les modalités d'information des candidats comme des équipes tout au long des procédures de sélection,*
- *les facteurs clefs de succès et les mesures d'accompagnement souhaitables (formations, outils de management, animation et accompagnement institutionnel...),*
- *les modalités et procédures de renouvellement.*

Votre analyse devra comporter un volet spécifique consacré à la prise en compte de ces problématiques dans les établissements hospitalo-universitaires".

[60] La mission a choisi d'utiliser l'expression "**personnel médical hospitalier**" pour désigner cette population de médecins, pharmaciens et odontologistes en établissement public de santé ciblée par la lettre de mission : étudiant hospitalier¹, interne² ; assistant, praticien attaché, praticien contractuel, praticien hospitalier ; les personnels enseignants et hospitaliers : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux (CCA), assistant hospitalo-universitaire (AHU), praticien hospitalier universitaire (PHU), maître de conférence des universités – praticien hospitalier (MCU-PH), professeur des universités – praticien hospitalier (PU-PH).

[61] Des travaux ont été engagés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour améliorer la prise en charge des risques psychosociaux :

- En application du plan attractivité de l'exercice médical, élaboré sur la base des préconisations formulées dans le rapport du sénateur Jacky LE MENN après une large concertation et visant à encourager les plus jeunes praticiens à embrasser une carrière

¹ Etudiant de deuxième cycle

² Etudiant de troisième cycle

publique et à inciter les seniors à poursuivre leur carrière à l'hôpital en créant les conditions d'une motivation tout au long de leur parcours professionnel.

Un groupe de travail relatif à la prévention, au repérage et à la prise en charge des RPS chez les jeunes personnels médicaux (internes, chefs de clinique et assistants) a été mis en place début 2015 dans le cadre du dialogue engagé pour améliorer la prévention des risques psychosociaux dans la Fonction publique. Ce travail, pluridisciplinaire et piloté par la DGOS, s'intègre également dans le programme d'action relatif aux conditions de travail de ces jeunes personnels médicaux. Après une première étape de synthèse bibliographique et de recensement des expériences et témoignages nationaux, la DGOS a engagé la réalisation du guide d'aide à la prévention des RPS pour les internes, chefs de clinique et assistants afin de poursuivre cette démarche. Ce guide fait l'objet d'une concertation en cours.

L'engagement 9 "*Promouvoir le management des équipes médicales*" a pour objectif d'améliorer le management des équipes médicales et la reconnaissance des praticiens. Les quatre actions ciblées sont : renforcer l'animation d'équipes dans le cadre d'espaces d'expression et de dialogue au sein des pôles ; reconnaître le management médical de proximité ; améliorer les conditions de vie au travail et soutenir les managers médicaux dans l'exercice de leurs responsabilités.

- Dans le cadre de la feuille de route à l'issue de la Grande conférence de santé du 11 février 2016 qui a rassemblé les usagers et les professionnels de santé, de toutes les générations, de toutes les catégories, de tous les secteurs. Les travaux ont porté sur la formation initiale, les conditions d'installation et d'exercice, les perspectives d'évolution professionnelle tout au long de la carrière.

La mesure 16 "*Prévenir les risques psychosociaux*" s'inscrit dans l'amélioration des conditions d'exercice et ainsi "*Innover pour un meilleur exercice professionnel tout au long de la carrière*".

L'objectif est de "*Développer les démarches de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des professionnels médicaux aux facteurs de risques professionnels/psychosociaux afin de permettre une meilleure prise en compte du stress, de l'épuisement professionnel, de l'entraide, de l'écoute et des pratiques collaboratives au sein des communautés médicales*".

[62] Compte tenu de l'implication de l'université relevant du champ de l'enseignement supérieur et de la recherche, des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, la mission a sollicité la contribution de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

[63] Le secrétaire d'Etat, auprès de la Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (MENESR), chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche a, par une note complémentaire du 3 juillet 2016, demandé :

- "*une analyse spécifique des dispositifs ministériels et de ceux mis en œuvre par les universités,*
- "*un examen du suivi des carrières des hospitalo-universitaires et une analyse de l'articulation entre les universités et les structures hospitalières*".

[64] Il a demandé à l'IGAENR d'apporter sa contribution à ces travaux.

[65] La mission a établi un état des lieux des textes concernant ces deux thématiques, qu'ils s'agissent de textes publiés, en cours de publication ou en concertation. Pour ce faire, la mission a rencontré les directions d'administration centrale et agences concernées et a procédé à de très larges auditions telles que demandées dans la lettre de mission. Cette dernière ayant largement circulé, la mission a été sollicitée par des praticiens concernés par les risques psychosociaux. Elle a procédé à

ces rencontres sans restriction. La mission a recueilli un certain nombre d'expériences ou d'initiatives hospitalières, universitaires ou hors du monde de la santé.

- [66] Risques psychosociaux, harcèlements, conflits, stress, violences, humiliations, défaut de reconnaissance du travail... Autant de termes utilisés comme si les personnels médicaux désiraient traduire un malaise ou un ressenti envers le travail. Si ces termes illustrent la diversité des situations vécues par les personnels médicaux, celles-ci sont à analyser au regard du travail, de son organisation et des relations (collègues, gouvernance médicale et administrative, patient...). Lors des entretiens, le Dr Max DOPPIA indiquait à la mission sa préférence pour le terme de "*risques psycho organisationnels*", alors que le Dr Madeleine ESTRYN-BEHAR insistait plutôt sur pluralité des risques "*organisationnels et liés aux relations interpersonnelles*".
- [67] Les RPS ont des effets sur la santé du personnel, le fonctionnement des hôpitaux et la relation avec les patients. Les enjeux de prendre soin de cette population à risque sont majeurs. En effet, les conséquences du personnel médical hospitalier ont des répercussions sur l'organisation, la qualité de la relation de soin.
- [68] "*Il faut comprendre que l'hôpital est un lieu générateur de conflits sociaux et qu'il serait temps de les aborder en profondeur*³". La prise de conscience de la vulnérabilité des médecins par la communauté médicale et par les pouvoirs publics a été lente en France, alors que les études internationales et les initiatives dans d'autres pays datant de plus d'une décennie, notamment le Canada et l'Espagne, sont à souligner.
- [69] Derrière la souffrance des médecins, il y a aussi la souffrance des équipes, dont les étudiants en formation qui sont les témoins de la fragilité des seniors, au-delà même du stress connu lié à leur exercice et à la confrontation quotidienne avec la souffrance des patients.
- [70] Les médecins font partie de ces professionnels dont la mission suppose un très fort engagement. Leur charge de travail va en s'accroissant, de même qu'augmentent les contraintes vécues comme imposées. Dans le même temps, les relations avec les patients se modifient, parfois se dégradent, et la position du médecin est réinterrogée.
- [71] La question est complexe et comporte des enjeux particulièrement stratégiques puisqu'il touche à la qualité de la ressource humaine médicale et donc au soin.
- [72] La qualité des soins est liée au bien-être des soignants, versant qui n'a été que très rarement investi.
- [73] La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), est souvent citée par les acteurs, comme porteuse "*d'une logique comptable et d'une organisation structurée en pôles*" ayant accentué la souffrance de la communauté médicale, communauté au sein de laquelle se sont notamment développées des difficultés relationnelles liées à des conflits de valeur ou des comportements managériaux.
- [74] "*La recherche de meilleure efficience qui a conduit à la nouvelle gouvernance des hôpitaux a modifié les relations humaines au sein des établissements. Se sont alors retrouvés en balance l'éthique et le management par objectifs*⁴".
- [75] Nombre de ces acteurs redoutent que la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, s'accompagnent de réorganisations déstabilisantes et anxiogènes dont les conséquences sur l'exercice des fonctions nécessitent d'être appréhendées et évaluées.

³ Contribution du Pr SICARD à la rencontre avec la mission, "*sur les conflits psychosociaux à l'intérieur de l'hôpital*".

⁴ Extrait rapport portant sur le Pacte de confiance

- [76] Que ce soit au regard de questions liées à l'amélioration de la performance, à des changements d'organisation du travail ou à la prévention des risques professionnels, le management est à la fois pointé comme une source de dysfonctionnements et comme un levier d'action. On reproche ainsi aux managers d'avoir des pratiques managériales inadaptées tout en regrettant leur éloignement des problématiques du terrain.
- [77] L'étape du diagnostic de la situation est primordiale, car elle oriente aussi bien la compréhension de la problématique que le contenu des actions de court et moyen terme.
- [78] **Le rapport s'appuie sur une bibliographie scientifique et réglementaire, sur les très larges entretiens menés comme expressément demandés par la lettre de mission ainsi que les expériences et initiatives hospitalières, universitaires et étrangères qui sont rapportés dans les parties 2 et 3. En dehors des recommandations formulées, la mission exprime son avis dans les deux dernières parties (4 et 5).**

2 RISQUES PSYCHOSOCIAUX DU PERSONNEL MEDICAL HOSPITALIER ET RESPONSABILITE MANAGERIALE : ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

2.1 Des risques psychosociaux mal connus et dont la prise en compte reste à développer

- [79] Sans se lancer dans des travaux qui relèvent de la recherche ou d'une revue de la littérature, la mission a souhaité apporter un éclairage sur l'approche statistique et réglementaire de ces risques et le diagnostic des acteurs.

2.1.1 Une définition des RPS et de leurs impacts sur la santé qui s'applique au corps médical

- [80] Le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social définit les risques psychosociaux sur son site internet⁵ comme suit : "*Les risques psychosociaux (RPS) sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress, mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés)... Il convient de souligner aussi le caractère subjectif de ce risque qui relève de la perception propre à chaque individu, ce qui n'empêche ni de l'évaluer ni de le mesurer (à l'instar de la douleur en milieu hospitalier), afin d'en apprécier l'évolution dans le temps.*"
- [81] La DGOS, dans son guide⁶ en cours de consultation à destination des internes, chefs de clinique et assistants, écrit que les RPS "*peuvent être définis comme les contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu*".
- [82] Les RPS correspondent à des situations de travail où sont présents :
- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
 - des violences internes : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;

⁵ Publié le 15 septembre 2010 et mis à jour le 18 novembre 2015.

⁶ DGOS, RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants : guide de prévention, repérage et prise en charge. 2016

- des violences externes commises par des personnes n'appartenant pas à l'institution (insultes, menaces, agressions...).

[83] Ce sont des risques qui peuvent être induits par l'activité elle-même ou générés par l'organisation et les relations de travail.

[84] Les risques psychosociaux sont souvent imbriqués et ils ont des origines communes (surcharge de travail, manque de clarté dans le partage des tâches, manque de latitude décisionnelle, intensification du travail, mode de management, manque de reconnaissance...). Ces risques peuvent interagir entre eux : ainsi le stress au travail peut favoriser l'apparition de violences entre les salariés qui, à leur tour, augmentent le stress dans l'entreprise.

[85] Un collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail⁷, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé identifiait les facteurs de risques suivants regroupés en six grandes catégories :

- Les exigences du travail : quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail, difficultés de conciliation entre travail et hors travail ;
- Les exigences émotionnelles : relation au public, contact avec la souffrance, devoir cacher ses émotions, peur ;
- Le manque d'autonomie et de marges de manœuvre : autonomie dans la tâche, prévisibilité du travail, possibilité d'anticiper, développement culturel, utilisation et accroissement des compétences, monotonie et ennui, aspects néfastes éventuels de l'autonomie dans la tâche ;
- Le manque de soutien social et de reconnaissance au travail : le soutien social au travail, la violence au travail, la reconnaissance des efforts, la relation avec la hiérarchie ;
- Les conflits de valeurs : conflits éthiques, qualité empêchée, travail inutile ;
- L'insécurité de l'emploi et du travail : sécurité de l'emploi, du salaire, de la carrière, soutenabilité du travail, changements.

[86] Les RPS ont également des spécificités en termes de réglementation. Ainsi, le harcèlement moral est défini dans le code du travail dans l'article L1152-1 "*...agissements répétés... qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel*".

[87] Les risques psychosociaux peuvent engendrer des pathologies voire des accidents du travail et avoir des conséquences irréversibles :

- Troubles psychologiques : nervosité, anxiété, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, agressivité, repli sur soi, syndrome dépressif ;
- Signes physiques : troubles digestifs (colopathies, ulcère) et de l'appétit, affections cardiovasculaires (hypertension artérielle...), céphalées, troubles cutanés (eczéma, psoriasis), troubles musculosquelettiques ;
- Troubles intellectuels : troubles de la concentration entraînant erreurs, oublis, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions, troubles du jugement ;
- Troubles du comportement : recours aux produits calmants ou excitants, conduites addictives (alcool, tabac, drogues, médicaments psychotropes) ;
- Burn-out⁸ : syndrome d'épuisement physique et mental ;

⁷ Mis en place par l'INSEE suite aux recommandations du rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, et présidé par Michel GOLLAC, directeur du laboratoire de sociologie quantitative du centre de recherche en économie et statistique. Le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a été formé en 2008 à la demande du Ministre en charge du travail.

- Stress post-traumatique ;
- Suicide.

- [88] Comme l'impose la réglementation, les risques psychosociaux doivent être pris en compte au même titre que les autres risques professionnels. Il est nécessaire de les évaluer, de planifier des mesures de prévention adaptées et de donner la priorité aux mesures collectives susceptibles d'éviter les risques le plus en amont possible.
- [89] Pour prévenir les risques psychosociaux, il est reconnu qu'une démarche de prévention collective, centrée sur le travail et son organisation est à privilégier. Elle vise une situation de travail globale et s'intéresse aux principaux facteurs de risques connus.
- [90] A côté de cette obligation de prévention, d'autres pratiques se développent dans les entreprises puis à l'hôpital. Elles visent à développer le bien-être ou la qualité de vie au travail (QVT). Si l'absence de risques psychosociaux est une condition nécessaire au bien-être ou à la QVT, la mise en œuvre de ces pratiques relève aussi d'autres enjeux (performance, égalité hommes/femmes, conciliation des temps de vie, démocratie sociale...).
- [91] La Haute Autorité de Santé (HAS) a intégré dans la démarche de certification cette thématique de QVT intimement liée avec la qualité des soins. Cette démarche, partie initialement sur une conviction, étayée par une revue de la littérature⁹, a permis d'introduire un critère sur la "promotion de la qualité de vie au travail" dans le manuel de certification V2010 et a engagé des travaux avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) (cf. *infra*).
- [92] Parler de risques psychosociaux conduit inévitablement à parler de management et du rôle des managers. Le manager peut être à l'origine de RPS ou une cible potentielle puisqu'il est l'interface entre son équipe et son propre encadrement, mais c'est également un détecteur et un préventeur des risques psychosociaux pour les membres de son équipe. Si la prévention a été insuffisante, le manager peut également jouer un rôle d'acteur afin d'aider les membres de son équipe en détresse.

2.1.2 Une ampleur et une évolution du phénomène difficiles à évaluer faute de données suffisantes

- [93] Selon le Dr Christophe DEJOURS, le harcèlement moral a toujours existé dans le milieu du travail, ce qui a changé c'est "*la passivité et l'absence de solidarité de la part des collègues de la victime du harcèlement, et la profonde transformation du sens de la justice, dans le monde du travail*"¹⁰.
- [94] Il est bien évident qu'il ne s'agit pas d'attendre des études et des indicateurs robustes pour agir et apporter des réponses individuelles et collectives. La mission a toutefois fait le constat qu'il existe peu d'études globales et peu de recherche éprouvées en France concernant la population médicale hospitalière ciblée par la lettre de mission. Quand elles existent, elles sont souvent réalisées à partir de questionnaires d'évaluation des RPS, notamment celui de KARASEK¹¹ et celui de SIEGRIST¹².

⁸ Le burn-out a fait l'objet d'un rapport de l'Académie nationale de médecine en février 2016 et une mission d'information sur l'épuisement professionnel est actuellement menée au sein de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

⁹ HAS : Revue de la littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins. Janvier 2016. 54 pages.

¹⁰ Sa préface à son ouvrage "Travail, usure mentale"

¹¹ Ce questionnaire (du nom du chercheur qui a donné son nom à une théorie sur le stress) comporte 26 questions et croise deux types de facteurs de stress : la demande (forte ou faible) faite au travailleur et le contrôle (fort ou faible) que ce dernier exerce sur son activité.

¹² Ce questionnaire se base sur un modèle développé par le chercheur SIEGRIST. Il s'agit du modèle Déséquilibre Efforts- Récompenses qui repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses s'accompagne de réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique.

- [95] Il existe plusieurs difficultés concernant cette thématique :
- La prise en compte effective des RPS en France ;
 - La grande variété des impacts des RPS sur la santé ;
 - La grande hétérogénéité de l'exercice médical ;
 - La grande négligence des médecins quant à leur état de santé.
- [96] La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) renouvelle en 2016 l'enquête de 2013 sur les bases des recommandations du Collège d'expertise sur le suivi statistique sur les risques psychosociaux au travail pour permettre de mesurer l'évolution des conditions de travail et d'approfondir l'analyse des risques psychosociaux au travail. Pour la première fois, les données de l'enquête "Conditions de travail et vécu du travail" seront appariées aux données de consommations de soins. L'échantillon comprend environ 27 000 individus âgés de 15 ans ou plus et 20 000 établissements seront contactés.
- [97] L'enquête RPS a pour ambition de réinterroger en 2016 les mêmes individus (dont environ 3 200 salariés du secteur hospitalier)¹³ que l'enquête conditions de travail de 2013¹⁴ en reprenant un certain nombre de questions, tout en approfondissant le volet sur les risques psychosociaux. Même si les établissements hospitaliers sont inclus, la population médicale hospitalière publique n'est pas identifiée spécifiquement.
- [98] Concernant le corps médical, le Dr Madeleine ESTRYN-BEHAR a rédigé un court ouvrage de synthèse¹⁵ pour le Groupe Pasteur Mutualité "Agir sur les risques psychosociaux des professions de santé". Elle recense de nombreuses études et écrit "*La France, bien que disposant d'une médecine réputée, est un des pays où les difficultés des médecins eux-mêmes ont été le moins étudiées*". Trois époques sont identifiées "*l'accumulation des connaissances entre 1970 et 2000, la prise en compte des constats et les expérimentations de changements dans les années 1990-2010 dans les pays nordiques et anglo-saxons puis les études européennes et françaises des années 2000-2012*".
- [99] Dans un ouvrage¹⁶ précédent publié en 2002, elle synthétisait le rôle des différents facteurs vis-à-vis du stress et de la souffrance au travail des médecins. "*Les stressseurs les plus significatifs chez les médecins sont les suivants : durée du travail, travail de nuit et de week-end, manque de sommeil ; conflit de rôle entre la carrière et la vie personnelle ; insatisfaction concernant la carrière ; isolement, mise à l'écart et harcèlement moral ; insuffisance du travail d'équipe ; exposition à la violence ; contrôle insuffisant sur son travail ; célibat sans enfant prolonge ; charge de travail trop lourde ; crainte des erreurs ; insatisfaction quant au temps disponible pour voir les patients ; souffrance des patients ; harcèlement sexuel. Dès 2003, les recommandations portaient sur : un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle ; des opportunités égales pour les femmes ; des consignes claires pour éviter le harcèlement sexuel ; un enseignement des stratégies d'aide psychologique ; la facilitation du soutien par les pairs et le soutien social, le travail d'équipe, des groupes de discussion ; la mise en place de structures, auprès desquelles les médecins pourraient obtenir une aide confidentielle hors de leur lieu de travail.*"

¹³ Portrait des professionnels de santé. DREES Edition 2016.

¹⁴ Qui a fait l'objet d'un chapitre "les conditions de travail dans les établissements de santé dans le panorama des établissements de santé. DREES. Edition 2014.

¹⁵ ESTRYN-BEHAR Madeleine. Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé. Groupe Pasteur Mutualité. Septembre 2013. 58 pages.

¹⁶ ESTRYN-BEHAR Madeleine. Risques professionnels et santé des médecins. Paris : Masson, 2002, 177 pages.

- [100] Une enquête "Santé et satisfaction des médecins au travail"¹⁷ (SESMAT) a été réalisée en 2007-2008 par un questionnaire en ligne. Elle concernait les médecins et pharmaciens salariés en France, pour la plupart hospitaliers. Ce questionnaire SESMAT a été adapté pour les médecins français à partir du questionnaire NEXT (Nurses' Early Exit Study) de 2003, utilisé en France et dans dix pays européens auprès des soignants paramédicaux salariés. Il comprenait 121 questions fermées et 5 questions ouvertes, passant en revue les différents aspects de leurs conditions de travail, leur satisfaction et leur état de santé. Les questions ouvertes ont fait l'objet d'une méthodologie d'analyse lexicométrique.
- [101] Cette enquête a fait l'objet de multiples publications, l'une¹⁸ d'elles conclut :
- Concernant les questions fermées que *"les répondants ayant une fréquente intention d'abandon ont bien plus souvent un score de burn-out élevé. Des relations interpersonnelles tendues, une mauvaise qualité du travail d'équipe, un sentiment de harcèlement par les supérieurs au moins mensuel, la crainte fréquente de commettre des erreurs et un ratio effort/récompense inadéquat ou déséquilibré sont liés au burn-out dans cet échantillon"* ;
 - Concernant les questions ouvertes *"que, s'agissant de "ce qu'ils aiment le plus", les médecins et les pharmaciens répondants ont mis spontanément au premier plan les aspects relationnels et de contenu médical de leur profession. Sur "ce qui leur semble le plus pénible", les réponses portent sur les conditions de travail, sur le manque de temps, de personnel, de locaux et, surtout, de reconnaissance, tant de l'administration ou des collègues que des patients, et sur l'agressivité de ces derniers. Les contraintes administratives, enfin, et les difficultés relationnelles avec l'administration sont au cœur de la pénibilité décrite par ces médecins"*.
- [102] Il n'existe pas d'enquête de même type concernant les étudiants hospitaliers ou les internes.
- [103] Leslie GRICHY, dans le cadre de son mémoire scientifique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie¹⁹, a réalisé une revue de la littérature qui démontre le peu d'études françaises concernant les internes en médecine, qui lorsqu'elles existent concernent alors les internes en médecine générale (IMG). Elle rapporte une méta-analyse²⁰ de 2015, sans étude française incluse, qui indique que *"le taux d'internes présentant une symptomatologie dépressive significative est compris entre 20,9 % et 43,2 %"*. Dans le cadre du mémoire, une enquête, réalisée auprès des internes en psychiatrie, *"conclut que 62,8 % d'entre eux ont déjà eu un contact direct avec un interne en souffrance psychique nécessitant des soins"*.
- [104] Des enquêtes françaises sont réalisées sur des populations différentes et dont les auteurs reconnaissent assez souvent des biais méthodologiques :
- La commission santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail (SMART²¹), lance en 2010 une enquête en ligne qui met en exergue que *"3 médecins sur 4 ont eu connaissance de collègues ayant eu des problèmes de santé dans les dernières années ; 78 % pensent qu'évoquer les risques psychosociaux ne nuit pas à la spécialité ; 74 % pensent qu'on ne parle pas assez de ces sujets ; 65 % estiment qu'ils n'ont pas les moyens d'aider un collègue"*

¹⁷ Comité de pilotage : Madeleine ESTRYN-BEHAR, Clémentine FRY, Max-André DOPPIA, Isabelle AUNE, Jean Michel LASSAUNIERE, Dominique MUSTER, Patrick PELLOUX, Gérard MACHET, Christophe PRUDHOMME, Jean-Christophe PAON.

¹⁸ ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, PICOT Geneviève : Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. Revue française des affaires sociales 4/2010 (n° 4), p. 27-52.

¹⁹ GRICHY Leslie : Prévention de la souffrance psychique chez les internes en médecine : Etude sur le rôle des pairs. Mémoire scientifique pour le DES de psychiatrie. Avril 2016. 6 pages.

²⁰ DOUGLAS AM, MARCO AR, SRIJAN S et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2015 ; 314 ; 2373-2382

²¹ Commission installée en 2009 à l'initiative du collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) après les suicides consécutifs de trois médecins anesthésiste-réanimateurs en 15 jours.

en difficulté ; 70 % accepteraient une aide extérieure pour approcher un praticien en difficulté ou pour soi-même" ;

- L'association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) face à la réception quotidienne de témoignages d'étudiants en situation de mal-être a opéré une enquête²² en décembre 2012 qui a mis en avant "*un certain mal-être des étudiants en médecine actuellement. Même si pour la majorité d'entre eux, les études de médecine et le métier de médecin restent satisfaisants, ils ne changeraient pas de voie pour autant. Cependant, les conditions d'études actuellement, et notamment dans le cadre des stages hospitaliers, sont une grande source de stress*" ;
- L'union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD) a réalisé en novembre 2015 une évaluation de la formation et du bien-être des étudiants en chirurgie dentaire dans les unités de formation et de recherche (UFR) d'odontologie française : sur une échelle de 0 à 10, les étudiants estiment en moyenne leur bien-être au sein de l'UFR à 6,83 (contre 6,08 pour le service hospitalier) ;
- La commission jeunes médecins du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a mené un enquête auprès des étudiants et des jeunes médecins par mailing en avril 2016 : un quart se déclarent en état de santé moyen ou mauvais, des jeunes très touchés par les symptômes du burn-out (49 % perte d'accomplissement personnel, 63 % épuisement émotionnel, 25 % dépersonnalisation des relations avec le patient, 14 % idées suicidaires), 63,8 % n'ont pas rencontré la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années, 73 % des répondants du troisième cycle n'ont pas consulté de médecin généraliste au cours des douze derniers mois, 78 % chez les étudiants en fin de cursus.

[105] Le burn-out fait l'objet d'un certain nombre de publications récentes. Une thèse de 2013 est consacrée aux médecins hospitaliers²³. Il y est rapporté que les études menées aux Etats-Unis rapportent un taux élevé de burn-out²⁴ pour 27 à 60 % des médecins hospitaliers, dans le monde 5 à 63 % des médecins présentent un taux élevé de burn-out. Les études françaises exposées relèvent des taux de 38 à 52 %. Cette même thèse rapporte qu'en France, "*le pourcentage d'internes sujets au burn-out varie selon les études de 2008/2009 autour de 45 %*".

[106] En 2011, ce même aspect a été étudié chez les internes en médecine générale²⁵. 46,5 % des internes en médecine générale se sentent menacés par le syndrome de burn-out, 12,3 % fument au moins 5 cigarettes par jour, 27,3 % déclarent boire au moins 3 verres d'alcool en une prise au moins une fois par semaine, 3,9 % des IMG déclarent prendre des hypnotiques au moins une fois par semaine et 6,5 % prendre ou avoir pris des antidépresseurs pendant leur internat, 12,1 % ont eu recours à un psychiatre ou psychologue au cours de leur internat, 16,2 % pensent qu'ils auraient dû consulter un psychiatre ou psychologue sans pour autant l'avoir fait et 6,1 % ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois et 1,4 % avoir fait une tentative d'autolyse.

²² ANEMF : Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine. Chiffres & Ressentis. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. 2012. 36 pages.

²³ LEKADIR Perrine, Le burn-out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Lille. 2013. 215 pages.

²⁴ Il existe différentes échelles d'évaluation quantitatives. Les plus connues sont : le Maslach Burn out Inventory (MBI) de MASLACH et JACKSON, le Burn out Measure (BM) de PINES, ARONSON et KAFRY, et le Copenhagen Burn out Inventory (CBI).

²⁵ LE TOURNEUR Antoine, KOMLY Valériane. Burn out des internes en médecine générale : Etat des lieux et perspectives en France métropolitaine. Médecine humaine et pathologie. 2011. 136 pages.

- [107] Le suicide des médecins est étudié à l'étranger depuis de très nombreuses années. Le Dr Yves LEOPOLD²⁶ rapporte une étude d'Anne-Sophie CHOCARD²⁷ qui met en évidence une *"telle surreprésentation du suicide (double) chez les médecins dans tous les pays où ont été menées ces études : Allemagne, Australie et Finlande"*. Yves LEOPOLD est à l'origine d'une étude de 2003 réalisée avec l'aide du CNOM où le suicide représentait 14 % des décès chez les médecins versus 5,9 % en population générale du même âge.
- [108] Enfin, deux régions dans le cadre de travaux menés par la commission régionale paritaire (CRP) ont réalisé des enquêtes en 2015 :
- Bourgogne : 464 questionnaires analysés, 83 % des répondants ressentent du stress dans leur travail et 33 % pensent avoir des problèmes de santé en lien avec leur exercice professionnel ;
 - Bretagne : 821 questionnaires analysés, 89 % des répondants ressentent du stress dans leur travail et 33 % pensent avoir des problèmes de santé en lien avec leur exercice professionnel.
- [109] Une revue de la littérature²⁸ réalisée dans le cadre du programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) note que la prévalence exacte de l'abus de substances chez les médecins n'est pas connue. Les taux seraient assez similaires à la population générale (10 à 15 %), mais avec des variations selon la substance. Il existe cependant des différences dues outre à la facilité d'accès à des produits hautement addictifs, à l'impact en termes d'aptitude au travail, de qualité des soins et de sécurité du patient.
- [110] Ces quelques études citées confirment bien que le corps médical en établissement public de santé n'échappe pas à la problématique des risques psychosociaux avec des retentissements sur sa santé.

2.1.3 Un cadre réglementaire et des outils de référence à développer

- [111] Les risques psycho sociaux et leur prévention sont devenus une préoccupation majeure dans le domaine de la santé au travail, consacrée notamment par l'entrée dans le code du travail de la réglementation relative au harcèlement moral. La question recouvre des situations de nature différente, du stress à l'épuisement professionnel ainsi que les difficultés relationnelles au sein d'une équipe et la souffrance morale, jusqu'au harcèlement.
- [112] Depuis 1991, en application de la directive-cadre européenne 89/391/CEE, la loi définit une obligation générale de sécurité qui incombe au chef d'établissement²⁹. Il revient à l'employeur d'évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer et protéger la santé physique et mentale ainsi que la sécurité de ses salariés.
- [113] S'agissant de la fonction publique hospitalière, l'employeur visé par l'article L4121-1 du code du travail est *"le chef d'établissement ou l'administrateur du groupement de coopération sanitaire"*.
- [114] Dans cette perspective de prévention, l'article L. 4121-3 du code du travail prévoit une évaluation des risques, auxquels sont exposés ses agents, qui permet de mettre en œuvre des actions de prévention *"ainsi que des méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement"*.

²⁶ LEOPOLD Yves, Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. Le concours médical. Tome 130 – 8 du 17 avril 2008.

²⁷ CHOCARD A, GOHIER B, JUAN F, et al. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2003 ; 65 : 23-9.

²⁸ ROMAN Sandra, PREVOST Claude, La santé des médecins : état des connaissances et approches préventives. Programme d'aide aux médecins du Québec. 37 pages.

²⁹ Art. L4121-1 du code du travail.

- [115] Un protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique a été signé le 22 octobre 2013. Cet accord-cadre prévoit la mise en place d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans la fonction publique qui doit se traduire par l'élaboration par chaque employeur public d'un plan d'évaluation et de prévention des RPS.
- [116] Les résultats de cette évaluation sont inscrits dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. La prévention des risques psychosociaux est donc une obligation et doit être articulée avec la démarche globale de prévention de l'ensemble des risques auxquels sont exposés les agents. Un diagnostic partagé des RPS était obligatoire au cours de l'année 2014 dans tous les établissements de santé pour conduire fin 2015 au plus tard à l'élaboration de propositions d'actions concrètes pour les prévenir.
- [117] Une circulaire du 20 novembre 2014 rappelle aux établissements qu'ils doivent mettre en place un plan d'action pour la prévention des risques psychosociaux.
- [118] Malgré le fait que cette circulaire indique que "*les plans locaux associent et s'appliquent nécessairement à l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux*", la mission note que la structuration de ce texte est élaborée de telle sorte (notamment les instances de concertation concernées) que son appropriation par les acteurs médicaux n'a pas été acquise.
- [119] Une seconde circulaire visant à prévenir les faits de harcèlement sexuel et/ou moral a été publiée le 4 mars 2014. Elle précise les nouvelles dispositions relatives aux délits de harcèlement sexuel et moral prévues par la loi pénale et leur impact dans les trois versants de la fonction publique. A cet égard, outre les sanctions des comportements de harcèlement et les mesures de protection des victimes de tels agissements, elle rappelle également que les situations de souffrance liées à ces agissements rendent impérieuses, en amont, la mise en œuvre de mesures préventives.
- [120] Le cadre réglementaire a été complété par des outils à disposition des institutions hospitalières, notamment :
- Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique
 - Indicateurs de diagnostic des risques psychosociaux
 - Prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique (plaquette de présentation)
 - Référentiels de formation portant sur la prévention des RPS dans la fonction publique.
- [121] En matière de RPS, on constate que de nombreuses règles de niveau législatif et réglementaire existent déjà (générales et propres aux établissements de santé).
- [122] Alors que 84 % des établissements ont mené ou comptent effectuer prochainement, une démarche des RPS et 77 % conduisent des actions de prévention de ces risques, peu d'améliorations sont aujourd'hui constatées en matière de qualité de vie au travail du personnel médical hospitalier³⁰, traduites notamment par un ressenti "*d'agissements de maltraitance, voire de harcèlement moral au sein de l'hôpital public*"³¹.
- [123] Aucun des professionnels rencontrés n'a pu confirmer que le diagnostic partagé et le plan d'action élaborés par les établissements hospitaliers dans le domaine des RPS visent les personnels médicaux hospitaliers.

³⁰ Baromètre Défis RH 2016, réalisé par Inergie/Groupe Obea pour l'Association nationale des directeurs des ressources humaines et Entreprise & Carrières.

³¹ Manifeste de l'association Jean-Louis MEGNIEN.

[124] A l'évidence, au regard du ressenti des personnels concernés, des situations portées à la connaissance de la mission, la prévention, la détection et la prise en charge des risques psychosociaux ne peuvent pas rester au niveau du texte ou à la pose actuelle des cadres d'actions et doivent donner lieu à une véritable stratégie nationale de la qualité de vie au travail³² et de prise en charge des RPS du personnel médical hospitalier et plus globalement des soignants.

Recommandation n°1 : Elaborer une stratégie nationale de la qualité de vie au travail et de prise en charge des RPS du personnel médical hospitalier.

2.1.4 Des personnels médicaux particulièrement exposés aux RPS

[125] Jusqu'à très récemment, les RPS concernant le personnel médical hospitalier étaient soit passés sous silence soit non décelés voir même niés. Le drame survenu en fin d'année 2015 à l'HEGP a certainement libéré la parole et accéléré une prise de conscience de la souffrance au travail.

[126] Au travers de ses très larges auditions, la mission a recueilli un certain nombre d'éléments convergents à la fois sur l'hôpital soumis à de nombreuses réformes depuis des décennies et sur les spécificités concernant les professionnels médicaux.

[127] Le personnel médical hospitalier étudié dans ce rapport représente une population se répartissant comme suit en effectifs (annexe 1) :

- 6 485 hospitalo-universitaires (HU) ;
- 47 133 praticiens hospitaliers (PH) ;
- 3 795 personnels hospitalo-universitaires temporaires ;
- 30 411 internes ;
- 38 644 étudiants.

[128] La mission n'a pas pu obtenir les données concernant les personnels médicaux hospitaliers non titulaires³³ suivant : assistants, praticiens contractuels, praticiens attachés.

[129] Contrairement aux personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, qui sont fonctionnaires d'Etat, les praticiens, les internes et les étudiants ont des statuts spécifiques en tant qu'agents publics, selon qu'ils sont titulaires et en période probatoire (notion équivalente à celle de stagiaire dans la fonction publique) ou contractuels (nombreux statuts relevant de cette catégorie).

2.1.4.1 Plutôt des perfectionnistes qui ne souhaitent pas exposer leurs faiblesses

[130] Les professionnels médicaux sont décrits comme des personnes généralement brillantes puisqu'ils ont réussi un concours sélectif de première année avec des profils plutôt perfectionnistes faisant face à une forte attente familiale et sociétale car ayant en charge de guérir ou de rendre en meilleure santé une personne malade et côtoyant quotidiennement la souffrance, la maladie et à la mort.

[131] Perrine LEKADIR écrit à ce sujet : "*Bien plus qu'une simple recherche de réussite sociale et de gratification par une certaine forme de pouvoir, il s'agirait de ce besoin impérieux de se dépasser, prouver aux patients et surtout à soi-même que l'on est un être bon, bienveillant et avisé,*

³² "La question des risques psychosociaux n'est évidemment pas sans lien avec celle de la "qualité de vie au travail", approche globale qui embrasse à la fois l'organisation du travail, le dialogue social, l'environnement de l'entreprise, le développement personnel et l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle". Les avis du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) : La prévention des risques psychosociaux. Mai 2013.149 pages.

³³ Ils représentaient 21 760 équivalents temps plein selon la DREES en 2014.

un sauveur par excellence : exigences personnelles élevées, hyperactivité, désir de plaire à tous, perfectionnisme, difficultés à déléguer, autant de traits communs à nombre de médecins"³⁴.

- [132] Le Pr. Eric GALAM³⁵ parle du médecin qui se vit et est vécu en tant que "*super héros*".
- [133] Tout au long de ses études, il sera dans une compétition individuelle contre ses collègues pour réussir le concours de première année, être bien classé à l'examen classant national pour choisir sa spécialité et ses stages, embrasser une carrière hospitalo-universitaire... Or si le colloque singulier avec le patient est toujours primordial, le travail, la prise en charge et la décision se jouent de façon collective, pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. La relation avec le patient fait partie de la formation initiale et continue, ce qui n'est pas le cas des relations interpersonnelles au sein des équipes.
- [134] Les contraintes institutionnelles, la charge de travail font que ce "super héros" ne saura pas parfois faire face à un patient de plus en plus sachant et exigeant, parfois même violent et va avoir le sentiment d'un travail imparfait ou mal fait, être en situation de stress émotionnel lors de situations médicales difficiles, craindre l'erreur médicale... De telles situations, ne correspondant pas à l'idéalisation de la profession, auxquelles non seulement il n'a pas été préparé au mieux, mais pour lesquelles il n'est pas accompagné ou aidé, peuvent conduire à une honte à ne pas faire face.
- [135] Un décalage est fréquemment observé entre les attentes de l'hôpital et celles du professionnel, aucune n'étant clairement explicitée, discutée, formalisée, évaluée et réajustée. En effet, rares sont encore les documents indiquant ce qui est attendu du professionnel qu'il soit étudiant ou senior, ce à quoi l'institution s'engage et quels sont les temps prévus pour l'échange, l'évaluation et l'ajustement.
- [136] Les conflits de valeur, la souffrance éthique, même s'ils ne sont pas l'apanage des métiers de la santé, sont souvent présents. Les médecins estiment qu'ils ne font pas aussi bien qu'ils le devraient par manque de temps ou à cause de la course à l'activité. Or, l'exigence de qualité, tant dans le niveau de relation avec le patient que dans les actes de soins, est un des piliers de l'enseignement actuel de la médecine.
- [137] Christophe DEJOURS définit la souffrance éthique³⁶ comme "*la souffrance que fait naître le conflit entre les convictions morales et l'injonction à participer à des actes qu'on réprouve. Il en résulte un sentiment de trahison de soi-même qui, dans le contexte de la désolation, peut conduire au pire*".
- [138] La thèse sur le burn-out des médecins hospitaliers³⁷ retrouve "*dans la littérature les notions de conflit de rôle, le décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par la profession, le sentiment de ne pas avoir la possibilité de donner des soins de qualité, les contraintes organisationnelles liées au récent mode de gestion hospitalière à la manière d'une entreprise, le risque médico-légal ou l'environnement de travail physique*".
- [139] La charge de travail et les rythmes hospitaliers dus à la continuité et à la permanence des soins génèrent des contraintes qui retentissent sur la vie personnelle et entraînent des concessions permettant difficilement d'obtenir un équilibre entre activité professionnelle et vie privée.
- [140] Le manque de temps d'écoute et d'échanges est fortement pointé par les professionnels.

³⁴ LEKADIR Perrine, Le burn-out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Lille. 2013. 215 pages.

³⁵ Cofondateur du DIU "Soigner les soignants"

³⁶ DEJOURS Christophe : Aliénation et clinique du travail. 2006. Actuel Marx, 1 (39), 123-144

³⁷ LEKADIR Perrine, Le burn-out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Lille. 2013. 215 pages

[141] La consultation du médecin traitant et/ou le recours à la médecine de prévention ou au service de santé au travail ne sont pas habituels pour ces professionnels dans des situations de mal-être, de souffrance, de stress, d'isolement, d'épuisement... Les différentes raisons ont été listées *supra*. Le recours à l'autoprescription est important avec un accès direct aux différents médicaments incluant les substances dangereuses et addictives.

[142] Enfin il est à souligner, qu'une fois passé le concours de première année, il est assez difficile de trouver une autre orientation si l'on estime s'être trompé de profession, il en est de même tout au long de la carrière si l'on souhaite lui donner une autre orientation. L'absence de passerelles est flagrante.

2.1.4.2 Avec une insatisfaction connue

[143] Une enquête en ligne a été réalisée par le centre national de gestion (CNG) en 2011 auprès des personnels médicaux des établissements publics de santé. Elle est annexée au rapport "Exercice médical à l'hôpital"³⁸.

[144] Ce sondage fait apparaître l'importance (1^{er} chiffre dans la parenthèse) et l'insatisfaction 2^{ème} chiffre dans la parenthèse) des praticiens concernant les conditions de vie au travail (98,7 % - 50,2 %), la prévention et la gestion des conflits (89,1 % - 57,6 %), la prévention des risques psychosociaux (77,7 % - 51 %).

[145] La "charge des activités administratives" est considérée comme trop importante pour près de 80,0 % des praticiens, avec un niveau d'insatisfaction de 71,8 %. Les praticiens ont parfois du mal à concilier leur exercice médical et l'activité administrative, qu'ils jugent éloignée de leur domaine de compétences et qui devrait être prise en charge à part entière par du personnel qualifié pour cette activité.

2.1.4.3 Avec des spécificités propres

► Les étudiants hospitaliers

[146] Selon les propres termes des organisations syndicales représentatives des étudiants en médecine et des conférences des doyens de médecine, mais aussi d'odontologie et de pharmacie, la sélection est très forte dès la première année, en PACES (première année commune aux études de santé).

[147] L'idée qui prévaut souvent est que les places étant chères et très recherchées, face aux difficultés, les étudiants doivent "*souffrir en silence*" et se taire explicitant ainsi le mythe du "*C'est normal de souffrir pour apprendre*".

[148] Une autre difficulté signalée est que les étudiants en médecine sont confrontés aux patients en second cycle. Cette dimension est souvent négligée et la capacité des étudiants à s'adapter aux patients n'est pas suffisamment prise en compte dans les motivations de départ dictées essentiellement par le désintéressement et l'altruisme.

[149] Ces étudiants hospitaliers sont confrontés très tôt à la mort sans donner lieu à une évaluation du ressenti par l'encadrement.

³⁸ AUBART François, DELMOTTE Didier, JACOB Alain, PRUVO Jean-Pierre, VERAN Olivier Exercice médical à l'hôpital : un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. 2011. 118 pages.

- [150] Enfin les soins sont de plus en plus considérés comme devant être pensés et réalisés en équipe interdisciplinaire, avec d'autres professionnels de santé. La médecine, elle-même, est considérée comme devant être plus "intégrative" des évolutions majeures en cours (numérique, nouvelles organisations territoriales et universitaires, etc.) et à ce titre être plus ouverte au travail avec d'autres.
- [151] Ce mouvement nécessite une prise en compte de la dimension collective dans les études (travail de groupe) alors même que l'apprentissage de l'exercice médical est pensé comme étant un parcours d'excellence individuelle. Cette dimension a été insuffisamment appréhendée par la réforme du deuxième cycle mise en œuvre à partir de la rentrée universitaire 2013.
- [152] Les travaux préparatoires à la Grande Conférence Santé (GCS) ont mis en évidence de nombreuses interrogations sur la nature et la forme des épreuves visant à sélectionner les étudiants en 1^{ère} année dite de PACES puis au cours des années de formation médicale et ce jusqu'à la 6^{ème} année à l'occasion du passage des ECNi (Epreuves classantes nationales informatisées).
- [153] Le dispositif de la régulation par le nombre dès la première année amène à une sélection "abrupte" touchant des étudiants. De plus, les ECNi ne sont pas ce qu'elles devraient être à savoir un outil de formation et sont d'abord un outil de redoutable sélection.
- [154] A l'occasion de ces mêmes travaux préparatoires, avait été mis en évidence le besoin dans la formation des médecins et celle des professions paramédicales d'une plus forte interdisciplinarité et d'une plus grande interprofessionnalité à acquérir dès la formation initiale.
- [155] Au final les études médicales apparaissent à bien des égards comme survalorisant la réussite individuelle sur la base de connaissances académiques hors d'un contexte professionnel nécessitant des compétences relationnelles³⁹.
- [156] A la suite, la Grande Conférence de Santé a proposé de privilégier une première année plus "ouverte" à un public motivé et capable, d'envisager de véritables passerelles entrantes privilégiant d'autres profils (sciences humaines et sociales et ingénieurs) et un accompagnement des nouveaux étudiants notamment sur les enseignements considérés comme des pré requis pour la poursuite des études médicales.
- [157] De plus, s'il n'y a pas lieu de faire une première année de santé ouverte à tous les futurs professionnels de santé, il est possible de faire émerger certains enseignements communs, à faire en commun ou à adapter en fonction des profils étudiants.
- [158] Dans la feuille de route de la GCS fixée le 11 février 2016 par le Premier ministre et la Ministre des affaires sociales et de la santé ces orientations ont été reprises et des expérimentations sont en cours au sein de plusieurs universités depuis 2014.
- [159] Les constats ayant été faits, les orientations arrêtées, il convient que l'évolution de la formation des médecins puisse être progressivement mise en œuvre en privilégiant l'expérimentation et son évaluation tout au long.
- [160] À partir du deuxième cycle des études médicales, les étudiants participent à l'activité hospitalière et ambulatoire dans le cadre des stages et des gardes. Ils deviennent "*étudiants hospitaliers*". Ils ont le statut d'agent public, statut qui est encadré par plusieurs textes⁴⁰. Ils sont à la fois étudiants et salariés du CHU.

³⁹ Selon la conférence des doyens de médecine "*La PACES est une année dépourvue de réelle valeur ajoutée en termes de pédagogie et d'acquisition de compétences. Elle reproduit pour l'essentiel la hiérarchie des performances dans le secondaire. Elle sélectionne les futurs professionnels de santé selon des modalités déconnectées des compétences attendues.*" Contribution à la grande conférence de santé, 1^{er} juillet 2016.

⁴⁰ Arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine Instruction DGOS du 10 décembre 2014 précisant les règles applicables aux étudiants hospitaliers et clarifiant certaines dispositions sur les conditions de travail.

- [161] Les étudiants hospitaliers sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du chef du service où ils sont affectés. L'encadrement des étudiants en stage est théoriquement identifié : un responsable pédagogique, chef de clinique ou praticien hospitalo-universitaire, coordonne les activités des étudiants sur chaque lieu de stage et désigne des médecins référents, chargés d'accueillir et d'encadrer l'étudiant dans le service.
- [162] Les stages font partie du processus pédagogique élaboré par l'UFR, mais se déroulent dans un établissement hospitalier, qui ne s'est pas emparé véritablement de la question, avec des HU titulaires qui ne sont pas toujours attentifs aux externes et qui laissent aussi à des praticiens hospitaliers le soin de les encadrer. Si tel est le cas, ces praticiens investis dans la pédagogie, doivent bénéficier, après évaluation préalable, d'une reconnaissance formalisée par l'université sous forme d'un contrat.
- [163] La mise en place effective d'un coordonnateur de l'ensemble des stages et d'un coordonnateur responsable pédagogique pour chaque lieu de stage n'est pas démontrée⁴¹. La mission a observé qu'il n'existait pas de dispositif généralisé en matière de formation à l'encadrement pour les référents.
- [164] Selon des informations transmises par plusieurs universités, les troubles ou du moins les consultations des étudiants en santé rencontrant des difficultés psychologiques sont en hausse.
- [165] Pour ne prendre que l'exemple de l'université de TOURS, selon le service de santé universitaire (SSU) qui offre des consultations de psychologie et psychiatrie (aujourd'hui 1.5 ETP de psychologues et 0,05 ETP de psychiatres), le nombre de consultations des étudiants en médecine a été multiplié par huit en trois ans (entre 2012 et 2015).
- [166] Il est en l'état, difficile de savoir si cette croissance des consultations est liée directement à une évolution significative de troubles, à une meilleure information et sensibilisation des acteurs et étudiants ou à une détection plus fine des situations de difficultés existantes ou préexistantes.
- [167] La mission engage à veiller à la mise en œuvre effective de l'encadrement des étudiants hospitaliers pour chaque lieu de stage, à systématiser, la fiche de poste, l'entretien final prévu par les textes et en faire une opportunité de détection de situations à risque pour la validation de chaque stage.
- Les internes
- [168] Le passage en troisième cycle des études de médecine (TCEM) qui permet de se spécialiser après six ans d'études est conditionné depuis 2004 par les épreuves classantes nationales (ECN). En fonction de leur rang de classement aux épreuves et après validation de leur dernière année de deuxième cycle, les étudiants choisissent un poste d'interne, c'est-à-dire à la fois une spécialité et une subdivision géographique (un lieu de formation).
- [169] Les observations recueillies lors des auditions et les constats opérés par les acteurs eux-mêmes, et notamment par les jeunes convergent ; l'examen classant national favorise le sentiment de compétition et d'individualisme. Les internes présentent ainsi les caractéristiques d'une population à risque en termes d'épuisement professionnel. De plus, les internes sont théoriquement sous la responsabilité d'un médecin senior, mais en réalité trop souvent, peu encadrés en établissements.
- [170] Si ces derniers mettent en évidence des conditions de travail difficiles⁴² et de rémunération à améliorer, ils insistent particulièrement sur l'insuffisance d'aide et de soutien institutionnels.

⁴¹ Recommandation d'un rapport IGAS-IGAENR non publié.

⁴² Enquête de l'ISNIH (Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux) de septembre 2012. Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail

- [171] En fait, pour les internes il n'y a pas à proprement parler de prise en charge en cas de difficultés majeures. Certes les coordonnateurs locaux de la spécialité⁴³ pourraient jouer un rôle, mais de fait ils ne le font pas ou rarement.
- [172] Seul existe le dialogue singulier entre l'interne et le chef de service, parfois coordonnateur responsable d'une spécialité. De surcroît, il y a le risque de l'"entre soi" disciplinaire qui peut parasiter la qualité d'un dialogue nécessairement ouvert.
- [173] Lors des auditions, ont été évoquées des situations d'échec qui peuvent se rencontrer dans l'exercice médical, proprement dit, leur survenue est accompagnée de manière plus ou moins variable par les PU-PH. A ce titre, la question de la gestion des événements indésirables (facteurs de souffrance d'une équipe), des modalités de tenue des revues morbi-mortalité et de la notion de "*seconde victime potentielle*" avec des conséquences pouvant aller jusqu'au suicide ont été soulevées de nombreuses fois par les personnes rencontrées par la mission dont le Pr Eric GALAM du département de médecine générale de l'université Paris Diderot qui a consacré un article sur la gestion du dommage lié aux soins⁴⁴.
- [174] Des initiatives d'accompagnement des professionnels y compris des internes en situation difficile, voire de détresse existent, telles que celle mise en place par le CHRU de Montpellier. Des "personnes ressources", identifiées et formées peuvent être sollicitées. Echanger avec un pair lors d'un ou plusieurs entretiens, leur permet de ne pas rester seuls et une orientation vers d'autres interlocuteurs dont ils ont besoin est organisée.
- [175] Par ailleurs, les centres de simulation peuvent aussi s'avérer être un instrument d'une politique qualité d'une institution et indirectement à éviter la souffrance d'une équipe face à un événement indésirable grave.
- [176] En cas de situations complexes ou bloquées, seuls les très rares internes vus comme n'ayant ni les compétences ni les appétences pourront voir leurs stages non validés.
- [177] Le président de l'ISNI indiquait à la mission que : "*environ 3 internes sont confrontés chaque année à un problème multifactoriel, très complexe, hors cadre réglementaire. La détresse de ces internes est intense et nous sommes impuissants face à l'inertie de l'administration, souvent le jeu de "ping-pong" qui s'opère entre elles, entre les facultés. Il est urgent d'examiner la possibilité de créer une **commission nationale** pour ces internes aux problèmes très complexes afin de répondre au mieux et rapidement à leur détresse*".
- [178] Il conviendrait aussi d'envisager un dispositif régional et national afin d'apporter une réponse à ces situations de détresse (cf. *infra*).
- [179] Il y a parallèlement un travail d'homogénéisation de l'accompagnement lors des stages. A ce titre, le déploiement du compagnonnage par désignation d'un référent chargé du suivi de l'interne tout au long de son parcours de formation initiale serait à privilégier.
- Les mono-appartenants
- [180] Sont regroupés sous ce terme les praticiens hospitaliers (PH) temps plein et temps partiel, les praticiens associés, les cliniciens et les praticiens contractuels. Il s'agit de praticiens titulaires ou non titulaires dont le plus grand nombre sont les PH. Le CNG assure la gestion statutaire et le développement des ressources humaines de ces derniers.
- [181] Les mono-appartenants travaillent dans tous les types d'hôpitaux du plus petit centre hospitalier (ancien hôpital local) au CHU en passant par les gros CH.

⁴³ Le coordonnateur local de chaque diplôme est responsable du suivi de l'adéquation des terrains de stage nécessaires au bon déroulement des maquettes de formation avec le nombre d'internes à former, par année, par spécialité et par lieu de stage agréé ou auprès des praticiens agréés-maîtres de stage.

⁴⁴ GALAM Eric, BRAMI Jean, MAGNIER Anne-Marie, SOARES André. De l'erreur médicale à la sécurité du patient Un enseignement "moderne" et "sensible". Médecine Volume 11, numéro 9, Novembre 2015. p418-23

- [182] Les exercices sont très divers et variés :
- Selon la taille et le type d'établissement : exercice solitaire dans sa spécialité, dans une équipe médicale plus ou moins importante ou dans une équipe hospitalo-universitaire où les PH sont souvent les plus présents dans les services tout en ayant un moindre accès aux responsabilités managériales que les universitaires ;
 - Selon la spécialité et ses contraintes propres : permanence des soins, continuité des soins, urgences, contact avec les patients, risque médico-légal, lourdeur des prises en charge, etc. ;
 - Selon le mode d'organisation de l'établissement, sa gouvernance et le processus de décisionnel mis en place.
- [183] Les différents interlocuteurs rencontrés s'accordent sur plusieurs constats :
- La particularité concernant les PH est qu'ils sont assez peu mobiles et réalisent l'ensemble de leur carrière (souvent trente ans au moins) dans le même établissement avec un parcours linéaire au gré des échelons. Outre la clinique, les possibilités qui peuvent leur être plus ou moins offertes selon les établissements sont : la responsabilité managériale, la recherche clinique, les publications et la participation à l'enseignement. Toutefois, ces activités ne sont possibles que dans les CHU et les gros CH et ne sont pas proposées ni valorisées⁴⁵ dans le cadre d'un parcours professionnel.
 - En CHU, ils accèdent très minoritairement aux responsabilités managériales au niveau des services et exceptionnellement au niveau des pôles. Le titre de "professeur" prévalant sur les compétences en management. La professionnalisation des nominations en tant que responsable va concourir à une meilleure reconnaissance des profils et des capacités des PH.
 - Cette catégorie de professionnels de santé est également peu sensibilisée aux risques professionnels. Elle est sujette à des contraintes et difficultés au travail relevant des RPS. Cependant, le cloisonnement existant notamment entre confrères ainsi qu'entre médecins et non médecins concernant les situations difficiles, nuit à leur prévention, détection et prise en charge.
 - Les mono-appartenants sont en demande de reconnaissance, de qualité de travail et d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.
 - Les départs notamment vers le secteur privé s'expliquent pour partie dans la démotivation et le manque de reconnaissance.
 - Les HU (AHU, CCA, PHU, MCU-PH et PU-PH) un/des statuts "à part" :
- [184] Les termes "hospitalo-universitaires" recouvrent, en droit, différents statuts : les assistants hospitaliers universitaires (AHU), les chefs de cliniques des universités- assistants des hôpitaux (CCU-AH), les praticiens hospitalo-universitaires (PHU), les maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers (MCU-PH), les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH).
- [185] Evoquer la situation des enseignants chercheurs dits hospitalo-universitaires (HU) revient, conformément à la double nature de leur activité, à la fois de médecin et d'enseignant chercheur, à évoquer des dispositions codifiées à la fois dans le code de la santé publique et le code de l'éducation.

⁴⁵ A l'exception des urgentistes qui ont obtenu une reconnaissance du temps non clinique. Circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

- [186] Ainsi l'article 952-21 du code de l'éducation dispose que *"Les membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires créés en application de l'article L. 6142-3 du code de la santé publique... exercent conjointement les fonctions universitaire et hospitalière. L'accès à leur double fonction est assuré par un recrutement commun"*.
- [187] Parallèlement, l'article L. 6142-1 du code de la santé publique mentionne que *"Les centres hospitaliers et universitaires sont des centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical et pharmaceutique et post-universitaire, ainsi que, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, la recherche médicale et pharmaceutique et les enseignements paramédicaux"*⁴⁶.
- [188] Très concrètement leurs statuts constituent des statuts *sui generis* ou "à part" empruntant à la fois aux statuts des praticiens hospitaliers et à ceux des enseignants chercheurs dans la diversité des positions reconnues de leurs carrières.

Une bi appartenance reconnue, mais non effective

- [189] La mention de la double origine législative de leur situation statutaire pourrait n'être qu'accessoire si elle ne traduisait une double appartenance professionnelle effective dont le partage en termes de temps et d'implication professionnels varie d'une situation individuelle à une autre.
- [190] Pour les enseignants-chercheurs hospitalo-universitaires, s'ajoutent aux missions des enseignants-chercheurs que sont la formation et la recherche, une mission de soin (se traduisant par des fonctions hospitalières). A ce titre, ils participent également aux tâches de gestion qu'impliquent ces fonctions.
- [191] Les hospitalo-universitaires reçoivent à titre principal une rémunération d'enseignant chercheur et des émoluments hospitaliers.
- [192] Ces personnels médicaux sont, il est vrai, dans une situation particulière au regard de la définition de leur temps de travail, la circulaire du 21 décembre 1960⁴⁷, prise pour l'application de l'arrêté du 21 octobre 1960, indique clairement que c'est volontairement que, dans l'arrêté, la définition des obligations universitaires et hospitalières est faite de façon très générale sans fixer réglementairement la durée et les horaires des différentes activités du personnel médical des centres hospitaliers et universitaires.
- [193] A l'intérieur du temps de travail des personnels enseignants et hospitaliers, la part consacrée aux activités universitaires n'est pas bien connue pour les raisons qui viennent d'être détaillées et en l'absence souvent d'un suivi tracé du temps passé à l'hôpital dont devraient rendre compte les tableaux de service. C'est donc par pure convention qu'un médecin hospitalo-universitaire est décompté dans les enquêtes de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) comme ½ ETP hospitalier, l'autre ½ ETP étant considéré comme un temps de travail consacré à l'enseignement et la recherche.
- [194] Les témoignages recueillis par la mission et l'analyse des situations complexes exposées lors des auditions dévoilent que les problèmes à l'origine de différends persistants entre hospitalo-universitaires, y compris lorsqu'ils ont pu être évoqués et évoluer par la suite au sein des instances universitaires, étaient originellement liées aux activités et à la gestion des fonctions hospitalières.
- [195] Les représentants du personnel médical "à statut intermédiaire ou temporaire", les assistants et les chefs de clinique relatent une situation commune de fragilité assez semblable à celle des internes, celui de devoir "souffrir en silence", sujette à épuisement professionnel par une charge de travail lourde, stress, voire d'intimidations.

⁴⁶ Le lien entre ces deux dispositions est fait par l'article L713-5 du code de l'éducation qui reproduit, entre autres dispositions, l'article L. 6142-1 du code de la santé publique et dont il est fait mention dans l'article 952-21 du code de l'éducation.

⁴⁷ Fixant les obligations de service des personnels enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universités.

- [196] Pour ces derniers, l'isolement est lié à la difficulté d'entamer une démarche locale auprès des pairs en raison bien souvent, d'une perspective d'obtention d'un poste d'assistant ou de chef de clinique pour l'interne ou un poste de PH pour l'assistant ou le chef de clinique.
- [197] Cette catégorie professionnelle n'est pas à l'abri des contraintes et difficultés au travail exposant aux RPS, ni d'un cloisonnement institutionnel qui nuit à la prévention et à la prise en charge des situations difficiles comme les autres professionnels.
- [198] Là encore les modifications apportées dans l'organisation, la structure des organes, la répartition des compétences, les exigences légitimes de la gestion et/ou des patients, mais aussi la concurrence liée au parcours HU et à la succession à la tête d'un service sont de nature à créer encore plus de situations de violence à risques.
- [199] Il s'agit d'une réalité parfois vécue dans la solitude et le silence. Les conflits, les humiliations, la violence⁴⁸, le harcèlement moral peuvent détruire une situation professionnelle et personnelle.

2.1.4.4 Et pour certains dépendant de deux institutions

- Un suivi peu convaincant des étudiants et des internes et sans articulation entre l'université et l'hôpital
- [200] Pour les internes, on trouve désormais une charte d'accueil et de formation⁴⁹⁵⁰, ce qui n'est pas le cas pour les étudiants hospitaliers. Par ailleurs, la politique de formation des étudiants hospitaliers et des internes n'est que très rarement, voire jamais, discutée au sein des commissions médicales d'établissement (CME).
- [201] La question de la politique de formation des étudiants et internes est considérée relever de la compétence de l'UFR de médecine, de pharmacie et d'odontologie. Il y a une sorte de "territoire sanctuarisé" avec d'un côté la formation relevant exclusivement de l'UFR et la gestion "administrative" des étudiants et internes qui relève de l'hôpital.
- [202] La politique de formation des internes et des étudiants est placée sous la responsabilité de l'université (étudiants de deuxième et troisième cycle en médecine, pharmacie, odontologie...). Cependant, la CME doit investir le champ de l'organisation de la partie professionnelle de la formation initiale et en particulier la programmation et la gestion des stages des étudiants et des internes dans les services hospitaliers (accueil, déroulement des stages, encadrement, évaluation...).
- [203] Ce manque d'appropriation par les CME⁵¹⁵² pour la politique de formation des étudiants et des internes nuit à cette articulation indispensable entre l'enseignement théorique et pratique en stage hospitalier et traduit un écueil en termes d'articulation entre l'université et l'hôpital.

⁴⁸ "Nombreux sont ceux qui considèrent que l'usage de la violence est non seulement légitime, mais qu'il est sinon une vertu, du moins une qualité indissociable du courage et de la virilité.

Le recours à la violence est une issue banale des conflits entre les personnes, en particulier dans les conflits de pouvoir, les conflits d'autorité, les conflits de rivalité et de façon plus générale, dans les conflits d'intérêt ... DEJOURS Christophe : *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*. Editions Payot et Rivages. Janvier 2011. 350 pages.

⁴⁹ Le 20 mai 2014, sous l'égide de la FHF, les conférences de Doyens, de présidents de CME, et de directeurs, et conjointement avec les organisations syndicales représentatives des internes (ISNI, ISNAR-MG, FNSIP-BM, SNIO), ont signé la "Charte d'accueil et de formation des internes".

⁵⁰ 21 % des établissements ont signé la charte d'accueil des internes à l'hôpital, la moitié aurait engagé des actions afin de favoriser leur intégration. Baromètre Défis RH 2016, réalisé par Inergie/Groupe Obea pour l'Association nationale des directeurs des ressources humaines et Entreprise & Carrières.

⁵¹ Art. R. 6144-1.-I. du CSP prévoit que la commission médicale d'établissement est consultée sur la politique de formation des étudiants et internes et sur les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

⁵² Rapport IGAS-IGAENR non publié.

[204] La mission rappelle que le président de la CME⁵³ coordonne la politique médicale de l'établissement et présente, à cette fin, au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur sa mise en œuvre.

Recommandation n°2 : Conduire une politique médicale d'établissement prenant en compte la formation et les modalités de suivi des étudiants hospitaliers et des internes en s'appuyant sur un compagnonnage HU chargé du suivi de l'interne tout au long de son parcours.

➤ Des relations CHU-université non abouties

[205] Il est relevé un défaut de traitement "à égalité de niveau" par les deux institutions que sont l'université, employeur à titre légal, et si on peut dire, à titre exclusif du médecin hospitalo-universitaire et l'hôpital, où s'exerce l'activité de soins, mais aussi les fonctions d'administration, de gestion et de management du même médecin hospitalo-universitaire.

[206] *A priori* l'existence d'un cadre légal prévoyant une coopération effective entre les deux types d'établissements devrait pouvoir permettre d'articuler au mieux les organes, les compétences, les moyens pour prévenir, gérer et lutter contre les RPS.

[207] En effet, l'article L 6142-3 du code de la santé publique fait obligation dans les villes sièges d'UFR de médecine et de pharmacie, aux universités, pour ce qui concerne ces unités, et aux centres hospitaliers régionaux de "*conclure des conventions pour préciser les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional*".

[208] Ces conventions ne prévoient pas ou peu de choses concernant la gestion des ressources humaines (GRH) et notamment une information ou une gestion partagée des RPS.

[209] Dans le même ordre d'idées, ces conventions ne déterminent pas de façon formelle et/ou précise les conditions dans lesquelles les nominations à des postes de responsabilités managériales par l'établissement public de santé pourraient associer ou informer l'université en tant qu'employeur légal et "principal" des hospitalo-universitaires.

[210] De la sorte, il existe une insuffisance de lien partenarial sur ces sujets entre les universités et les établissements de santé.

[211] Selon la mission il conviendrait que les conventions de "structure" entre les CHR-U et les universités puissent préciser la place et le rôle des deux partenaires dans le domaine de la gestion des ressources humaines des hospitalo-universitaires et envisager des modalités concrètes de partage d'informations et de mutualisation des interventions des services de médecine de prévention et du travail, sans exclure la délégation à ce dernier du suivi des hospitalo-universitaires et des étudiants en stages hospitaliers.

[212] Des rencontres effectuées par la mission, il faut toutefois souligner que quelques facultés de médecine associant les CHU (notamment Bordeaux et quelques facultés de PARIS) ont mis en place des entretiens quadriennaux de PU-PH basés sur des rapports d'activité afin de dresser un bilan et une prospective. Ces entretiens ne sont généralement pas formalisés, mais représentent toutefois un moyen de repérage de difficultés professionnelles.

Recommandation n°3 : Prévoir dans les conventions hospitalo-universitaires associant l'université et le CHU, un volet de gestion des étudiants, internes et personnels enseignants et hospitaliers en précisant le rôle et la place de chacun et en intégrant les modalités de partage d'informations et de procédures (suivi, signalement de situations à risque, suivi médical coordonné).

⁵³ Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé et son Art. D. 6143-37-2.

- [213] Si la question des RPS n'est pas du tout ou suffisamment traitée dans les relations qualifiées ici de "partenariales" (ou contractuelles) entre l'université et le CHU, la présence d'un organe spécialisé et *a priori* compétent pour en traiter dans chacun des deux établissements publics, en l'espèce le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ne s'estime pas compétent pour faire des préconisations sur les risques psychosociaux des personnels médicaux.
- [214] Ce sont, au quotidien, ces instances de dialogue social qui sont chargées d'établir le repérage des RPS et de définir des lignes directrices des actions de prévention, de gestion et de lutte contre ceux-ci. Il s'agit de privilégier une approche pragmatique et de faire prévaloir une action de proximité de protection des agents.
- [215] Concernant le traitement des RPS dont peuvent être l'objet des hospitalo-universitaires, le CHSCT de l'université compétent pour tous les personnels ne peut se saisir que des situations, actes et risques propres à l'établissement et donc *a priori* ne peut intervenir pour la partie de travail et d'activité faite par les hospitalo-universitaires dans le CHU ou le CH.
- [216] Il y a, comme cela a été rapporté à la mission, une impossibilité d'intervention même après signalement au sein de l'université et nonobstant la volonté du CHSCT de celle-ci d'apporter sa contribution à la gestion d'un risque auquel son propre personnel serait confronté.
- [217] Ce cloisonnement institutionnel se double d'une difficulté juridique en cas de mise en œuvre de la responsabilité de l'établissement universitaire par le HU victime de RPS.
- [218] La loi de 1983⁵⁴ a institué à son article 11 un mécanisme dit de protection fonctionnelle au profit des agents de l'Etat. La protection fonctionnelle fait obligation à l'université employeur d'apporter une protection de principe et de réparer le préjudice qu'aurait subi l'agent.
- [219] Dans le cas de RPS nés à l'hôpital, ce qui au regard des témoignages recueillis par la mission semble être la situation possible la plus courante, le HU devra demander la protection fonctionnelle au président de l'université qui pourra l'accorder ou la refuser, et ce, sous le contrôle du juge administratif. En tout état de cause si les faits sont présumés, ce qui suppose que l'agent public qui soutient avoir été victime d'agissements ou d'une situation de risque rapporte des éléments de fait faisant présumer de façon raisonnable l'existence de ceux-ci, c'est l'université et non l'hôpital qui devra assumer les obligations de protection et de réparation.
- [220] Si en l'état aucune jurisprudence n'est venue préciser un possible partage de responsabilités entre l'université et l'hôpital, la situation, proprement juridique, apparaît à la fois inadaptée, inéquitable dans le partage ou le portage des charges, et en tout état de cause déresponsabilisante pour l'autorité administrative qui devrait en premier lieu agir dans une telle situation.
- [221] Il conviendrait que cette question puisse faire l'objet d'une réflexion plus avant entre les deux ministères (MENESR et Santé) et les organes représentatifs des directeurs généraux des CHU et des présidents universités pour aboutir à un mécanisme de prévention des possibles conflits et à une adaptation légale visant à faire supporter la responsabilité de la protection fonctionnelle à l'établissement où les RPS sont identifiés et possiblement réalisés.
- [222] Pour les praticiens non universitaires, les auditions mettent en relief des difficultés d'obtention de leur protection fonctionnelle par le représentant légal de l'établissement.

Recommandation n°4 : Préciser par instruction, les modalités d'attribution de la protection fonctionnelle du personnel médical hospitalier par l'hôpital ou par l'université de rattachement, en rappelant l'obligation de protection et de réparation.

⁵⁴ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

2.2 Selon les acteurs rencontrés, l'amélioration de la prise en compte des RPS est indissociable de celle du management

2.2.1 Certains acteurs mettent l'accent sur la complexité des situations de RPS et l'importance des mutations de l'hôpital

2.2.1.1 Les situations connues des acteurs sont des situations complexes

- [223] Ont été entendus les témoignages de nombreuses personnes (PU-PH et PH) qui exprimaient⁵⁵ vivre ou avoir vécu des situations de harcèlement. La mission n'a recueilli que des témoignages indirects concernant les externes et les internes.
- [224] La mission souhaite tout d'abord insister sur le fait qu'elle a été confrontée à des souffrances humaines intenses avec des répercussions importantes tant personnelles, familiales que professionnelles. Pour certains, ces souffrances resurgissaient à la simple évocation du passé alors même que les difficultés pouvaient être considérées comme surmontées.
- [225] La mission a observé, lors de ses entretiens, une grande diversité des situations de RPS concernant les PH et les PU-PH. Cependant, il a été identifié que la très grande majorité de ces situations individuelles avaient pour départ un conflit entre médecins, peu ou mal, mais le plus souvent non géré aux différents niveaux de l'institution. **S'agissant des professionnels féminins, des situations de harcèlement sexuel sont probablement à l'origine de harcèlement moral.** Mais dans un contexte "carabin" et avec un univers médical en responsabilité encore très masculin, les femmes ont un seuil de tolérance plus élevé et n'envisagent cette possibilité seulement lorsqu'on les questionne.
- [226] Les problèmes sont similaires tant pour les étudiants que pour leurs aînés : stress, problème de gestion du sommeil, difficultés d'apprentissage ou de méthodes de travail, questionnement par rapport à leur profession, burn-out...
- [227] Toutes les situations signalées à la mission mettent en évidence :
- Une absence de détection précoce : à la fois la personne ne souhaite pas évoquer sa souffrance et l'hôpital, à quelque niveau que ce soit, ne souhaite pas s'ingérer dans une situation médicale personnelle ;
 - Une gestion quasi inexistante de la situation en intrahospitalier : tant en termes d'écoute, de gestion de conflit, de prise en charge de la souffrance que de l'addiction ;
 - Un repli sur soi de la personne, une mise à l'écart, un isolement, un épuisement ;
 - Un enkystement des situations avec des dégâts considérables individuels qui finissent par remonter au CNG et/ou aux cabinets ministériels concernés ;
 - Une mobilité proposée, mais refusée par la personne, car vécue comme un échec alors que celles qui ont surmonté leurs difficultés conviennent que c'est **la** solution.
- [228] La voie du champ disciplinaire est rarement engagée alors même qu'elle permettrait dans certains cas une instruction du dossier avec le respect des parties et de leur droit à défense.
- [229] Quasi unanimement, les personnes entendues en situation de souffrance dénoncent la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) à l'origine d'un renforcement du pouvoir surtout du directeur et de quelques médecins, en l'occurrence les chefs de pôles, nommés par le directeur, allant plutôt dans "le sens de l'administration" afin d'augmenter la rentabilité de l'hôpital et de recueillir des recettes à l'activité. Il est regretté que les présidents de CME ne jouent pas leur rôle

⁵⁵ La mission utilise cette expression car elle a écouté ces personnes et non toutes les parties concernées et n'a mené aucune enquête sur ces cas individuels.

d'écoute et de recours en cas de conflits. Concernant les hospitalo-universitaires, les doyens sont assez peu présents dans la gestion de ces situations qui, il est vrai, émergent dans le champ hospitalier.

- [230] La médecine du travail est assez peu actrice dans le cadre de ces situations pour différentes raisons :
- Le service de santé au travail à l'hôpital ou la médecine de prévention à l'université sont en difficultés en termes de ressources médicales ;
 - Culturellement, les professionnels médicaux ignorent les médecins du travail souvent par manque de reconnaissance et de confiance et s'exonèrent des règles de suivi même obligatoires ;
 - Les praticiens estiment ne pas avoir la garantie du strict respect de la confidentialité.
- [231] La sollicitation des ARS est diverse. Celles-ci sont assez démunies lorsqu'il s'agit de gérer de telles situations pour lesquelles elles disposent de peu ou pas de compétences internes ni de leviers en matière de gestion des ressources médicales hospitalières. En revanche, elles sont légitimes à diligenter une inspection lorsque la situation impacte la sécurité des soins.
- [232] Les personnes en souffrance dénoncent assez souvent des solidarités médicales locales non seulement intra-hospitalières et universitaires, mais également ordinaires et avec l'ARS car tous ces professionnels médicaux se connaissent la plupart du temps depuis leurs études et exercent en lien. En effet, la mobilité n'est pas la caractéristique majeure du corps médical. Ainsi, le recours en interne ou à des tiers extérieurs locaux soulève la question des liens d'intérêt entre les parties et son objectivité est contestée. Le souhait est d'avoir un recours externe neutre régional ou national en toute confidentialité.
- [233] Enfin, différentes personnes⁵⁶ auditionnées ont mis en exergue que les jugements rendus lorsqu'une procédure judiciaire avait été engagée étaient difficilement exécutés et que le seul recours était alors de retourner devant la justice.

2.2.1.2 Les mutations de l'hôpital créent un contexte favorable au développement des RPS pour certains praticiens

- [234] Les réformes se sont succédé et accélérées dans le champ hospitalier depuis la loi portant réforme hospitalière en 1991, l'ordonnance de 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier, l'ordonnance de septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, l'ordonnance de mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé (tarification à l'activité, nouvelle gouvernance...), la loi HPST de 2009, la loi de modernisation de notre système de santé en 2016.
- [235] Celles-ci ont amené des modifications profondes en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins, du financement par la tarification à l'activité, de la gouvernance interne, de qualité des soins et de droits des patients.
- [236] Les prises en charge se sont accélérées, la charge en soins est plus lourde et plus complexe, et le patient devient très informé et consommateur des soins.
- [237] Les exigences en termes de qualité et de sécurité des soins ainsi que la rationalisation des soins nécessitent le respect de protocoles et une traçabilité de tous les instants.

⁵⁶ Dont un PH victime de harcèlement moral reconnu par la juridiction correctionnelle, écarté de son service puis suspendu de ses fonctions pendant cinq ans, malgré les jugements favorables du tribunal administratif, tant en matière de protection fonctionnelle que de réintégration dans ses fonctions de PH et de chef de service.

- [238] Dans un contexte de fortes contraintes économiques et de démographie médicale, les personnels médicaux hospitaliers indiquent pour certains avoir perdu le sens de l'exercice médical pour lequel ils se sont engagés, et être absorbés par des contraintes administratives et bureaucratiques au détriment d'un temps clinique et d'une personnalisation du soin. Certains évoquent aussi des conflits éthiques ou déontologiques concernant la rationalisation de l'activité qui leur est demandée.
- [239] Par ailleurs, ils pointent le fait de ne pas être associés à la prise de décision, que tout se joue entre le directeur, le président de CME et les chefs de pôle et que lors que celle-ci est prise, la communication est rare et faible et l'explicitation inexistante. Or, l'association à la décision permet de renforcer la cohésion de l'équipe médicale, que ce soit au niveau du service ou du pôle, et l'appartenance à l'institution hospitalière.
- [240] Pour les uns, la loi HPST est identifiée comme "la grande fautive" en lui attribuant la disparition des services, vécue comme une perte d'identité pour l'équipe médicale de spécialité au profit du pôle, structure technocratique ne pensant qu'en termes de recettes d'activité. Il est vrai que nombre de pôles ne sont pas structurés sur la base d'un projet médical notamment de filière de prise en charge. Pour d'autres, il y a nécessairement un temps d'adaptation et d'appropriation du changement à cette réorganisation interne et à un renforcement des fonctions managériales pour les praticiens pour lesquelles fort peu nombreux sont préparés.
- [241] La mise en œuvre de nouvelles organisations médicales dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) suscite des craintes importantes pour bon nombre d'acteurs en termes de gestion des ressources humaines médicales et de RPS.

2.2.2 Certains acteurs hospitaliers rencontrés mettent en exergue la responsabilité managériale médicale

- [242] Les différents entretiens menés font ressortir le besoin de déterminer un cadre global et lisible d'amélioration de la qualité de vie au travail qui passe par une qualité de travail (recentrage sur le cœur de métier) et une reconnaissance de l'investissement du praticien.
- [243] Plusieurs axes se dégagent en lien très fort avec les pratiques managériales :
- Donner du sens au travail en s'appuyant sur une organisation basée sur le cœur de métier au plus près de la prise en charge et par la connaissance des projets menés ;
 - Assurer un management d'abord bienveillant tourné vers l'équipe plus axé sur le leadership que la gestion plutôt de type participatif soucieux du respect de chacun ;
 - Garantir des processus décisionnels clairs et transparents :
 - Des règles définies et formalisées des droits, devoirs et responsabilités ;
 - Une communication montante et descendante effective à chaque niveau d'encadrement ;
 - Organiser l'activité en prenant en compte la charge de travail et la conciliation vie professionnelle-vie personnelle ;
 - Prévenir, identifier les conflits et en assurer une gestion sans fuir ses responsabilités de manager au sein de l'établissement, mais pouvoir avoir un dépaysement en cas d'impossibilité de gestion interne ou de conflits d'intérêts ;
 - Organiser les temps d'échanges formels comme les entretiens annuels et les conseils de service et faciliter les temps d'échanges informels comme la "pause café".
- [244] On observe ainsi l'aspect déterminant du choix du responsable, médecin, pharmacien ou odontologiste et de son mode de management.

2.2.2.1 Une responsabilité managériale affirmée de plus longue date à l'étranger

- [245] Initié, dans les années 1970, à l'hôpital universitaire Johns Hopkins de Baltimore avec l'expérimentation de l'organisation polaire et de la mise en responsabilité des médecins, le leadership médical se diffuse également en Europe à partir des années 1980.
- [246] L'étude des modèles américains hospitaliers s'appuyant sur un management médical renforcé semble démontrer une performance accrue des unités de soins sur ce modèle⁵⁷.
- [247] Les résultats d'une étude récente⁵⁸ notent que les médecins sont de plus en plus impliqués dans la gestion des hôpitaux dans les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) et l'accent mis sur la performance de l'hôpital semble aller de pair avec une forte implication médicale dans la gouvernance des hôpitaux.
- [248] Dans cinq systèmes de santé européens (Allemagne, Italie, Norvège, Pologne et Royaume-Uni), les médecins sont impliqués dans les différents niveaux de gestion : direction, intermédiaire et proximité. La formation au management n'est pas encore une obligation pour les médecins sauf en Italie pour ceux qui prennent un poste de directeur clinique et de chef de service. Toutefois, les offres de formation en management et leadership se développent au sein des établissements ou en ayant recours à l'université ou à des écoles de management. Des incitations financières peuvent être mises en place sous forme d'augmentation de salaire ou de prime, mais elles ne parviennent pas à être à la hauteur des différences de revenus comparativement à une activité privée.
- [249] La littérature internationale décrit le médecin manager comme le dépositaire d'un leadership médical (légitimité) ; son expertise permettant d'ajuster le couple qualité/efficience avec pertinence ; son inscription dans la hiérarchie formelle de l'hôpital permettant de dépasser les tensions entre monde professionnel et monde managérial ; son engagement permettant d'améliorer la performance des établissements⁵⁹.
- [250] La France a engagé tardivement la réflexion sur la mise en responsabilité des médecins.

2.2.2.2 Tous les acteurs hospitaliers s'accordent sur l'importance du management médical concernant les RPS

- [251] En 2011, le rapport⁶⁰ concernant l'exercice médical à l'hôpital révélait par une enquête d'opinion que *"l'acquisition de compétences managériales n'était considérée comme importante que par 68,2 % des répondants, la formation au management des praticiens est régulièrement revenue dans les débats. Elle doit clairement être renforcée. L'équipe médicale unité de base de l'organisation hospitalière constitue le fondement de l'identité hospitalière. Sans remettre en question l'organisation polaire des hôpitaux, ni revenir aux services patrimoniaux, il s'agit de permettre aux médecins, pharmaciens et odontologistes de retrouver leur place au sein d'un groupe à taille humaine, et, par la mutualisation de compétences, de servir des objectifs communs. L'équipe ne vise pas le seul regroupement formel de praticiens, mais doit permettre de leur donner une véritable synergie"*.

⁵⁷ LARTIGAU Jérôme, BARBOT Jean-Marie, GIRIER Matthieu, MOCELLIN Marie-Cécile. Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital. Paris : Editions Infodium. 2015/09. 231pages.

⁵⁸ ROTAR A. M., BOTJE D., KLAZINGA N. S LOMBARTS K. M., GROENE O., SUNOL R., and PLOCHG T. : The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management : a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. BMC Health Serv Res. 2016; 16 (Suppl 2) : 160.

⁵⁹ LAUDE Laetitia : Exploration des pôles : terra nova du management hospitalier EHESP. Institut du management 22 nov. 2011.

⁶⁰ AUBART François, DELMOTTE Didier, JACOB Alain, PRUVO Jean-Pierre, VERAN Olivier : Exercice médical à l'hôpital, un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. 2011. 118 pages.

- [252] Christophe DEJOURS rappelle également que *"Travailler n'est pas seulement produire, il s'agit d'abord de se transformer soi-même pour acquérir des compétences nouvelles. Mais le travail est aussi vivre ensemble. Il est l'occasion d'apprendre le respect de l'autre, la prévenance, la solidarité, mais aussi apprendre à parler, à écouter et à confronter ses points de vue"*.
- [253] Le rôle du praticien mis en responsabilité managériale apparaît primordial à la fois pour éviter d'être lui-même à la source de risques psychosociaux, mais bien évidemment pour les prévenir, les détecter et les gérer au sein de son équipe. L'INPH (Intersyndicat national des praticiens hospitaliers) a réalisé en novembre 2015, une enquête en ligne portant sur le vécu et la vision du management médical par les PH : *"les PH relient leur mal-être majoritairement à un management absent, inadapté, voire opaque⁶¹"*. Il y a de très fortes attentes concernant l'esprit d'équipe, l'exemplarité, la communication et l'implication.
- [254] Très peu de médecins sont véritablement formés au management. Par management, il faut d'abord entendre : animer et mener une équipe, conduire une réunion, écouter et favoriser les relations interpersonnelles, responsabiliser, déléguer, communiquer, gérer un projet, conduire des entretiens, gérer le temps, gérer les tensions et les conflits... Autant de points très importants dans une institution où l'humain prédomine alors que les formations et la réalité quotidienne ont privilégié l'aspect de reporting et de gestionnaire comme indiqué *supra* (gestion budgétaire et financière, pilotage médico-économique et performance hospitalière, systèmes d'information hospitaliers).

Henry MINTZBERG⁶² décrivait les rôles des managers en trois catégories :

Rôles impersonnels

- 1- Chef symbolique - représente l'entreprise à l'extérieur (figure de proue, symbole)
- 2- Leader - guide et motive ses collaborateurs
- 3- Agent de liaison - assure le lien entre les collaborateurs

Rôles liés à l'information

- 4- Guide, observateur actif - Observe et recherche l'information sur ce qui se passe dans et autour de son organisation
- 5- Diffuseur d'informations dans son organisation
- 6- Porte-parole - communique à l'extérieur de l'entreprise

Rôles décisionnels

- 7- Entrepreneur - propose de nouveaux projets, innove...
- 8- Régulateur - décide, gère les troubles et les dysfonctionnements
- 9- Répartiteur de ressources - alloue les moyens et les ressources
- 10- Négociateur - communique et discute avec les parties prenantes pour arriver à un accord accepté par tous

- [255] Le Pr. Philippe COLOMBAT⁶³ a reçu récemment le trophée de l'innovation managériale de la chaire de l'Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales (ESSEC) "conduite du changement".

⁶¹ Le Mag de l'INPH n°8 août 2016 : l'insoutenable légèreté de l'être. p 24-26.

⁶² MINTZBERG Henry: Le manager au quotidien. Les dix rôles du cadre. Montréal, Les Éditions Agence d'Arc, 1984, 220 pages.

⁶³ HOSPIMEDIA : L'approche managériale participative du Pr Philippe COLOMBAT au CHU de Tours est primée, dépêche publiée le 12/09/16.

- [256] Cette approche managériale repose ainsi sur quatre axes :
- Des staffs pluriprofessionnels pour cerner le besoin du patient et proposer un projet personnalisé de santé (avec grille d'évaluation), ce qui permet en parallèle une autonomisation et une responsabilisation des soignants ;
 - Une démarche projet avec des groupes de travail pour discuter de propositions ;
 - Des soutiens aux équipes, de manière ponctuelle lors de situation de crise ;
 - Des formations internes au service.
- [257] Lors de cette interview, il précise que pour une totale réussite du projet des espaces de paroles doivent être mis en place entre les managers, soit entre les médecins et les cadres.
- [258] La démarche participative est un modèle de management d'équipe, visant à diminuer la souffrance des soignants pour améliorer les soins aux patients : création de staffs pluriprofessionnels pour favoriser l'écoute entre les équipes et mieux cerner les besoins des patients, recherche de solutions collectives en cas de difficultés... Développée dans un premier temps dans les services de soins palliatifs, cette démarche est généralisable à l'ensemble des services hospitaliers, mais également au-delà du domaine médical.
- [259] David AUTISSIER, qui dirige la chaire de l'ESSEC, estime par communiqué⁶⁴ que c'est un bon exemple pour mettre en place des réformes administratives : *"Trop souvent l'administration imagine que réformer, c'est essentiellement créer des structures ou renouveler des procédures [...]. Cette conception conservatrice du changement peut au mieux modifier les modèles, mais ne transforme pas les pratiques managériales durablement. Sans objectifs partagés, sans communication dense, et sans coconstruction collective, les effets attendus des réformes sont rarement atteints."*
- [260] Le rapport de l'IGAS "Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé"⁶⁵ écrivait : *"Cinq ans après la mise en place du modèle, les auteurs constatent l'émergence d'un consensus quant à l'importance de l'implication médicale dans le leadership des établissements de santé"*. Il avait formulé entre autres deux recommandations qui sont toujours d'actualité : *"soutenir et accompagner les chefs de pôle dans le management collectif des pôles, sans imposer de schéma unique d'organisation, et accompagner les chefs de pôle dans le management du corps médical en encourageant la gestion d'équipe par des formations et des accompagnements individualisés"*.
- [261] Beaucoup de choses ont été écrites concernant le management. Pour autant, les auditions menées montrent encore de grandes carences dans les pratiques managériales médicales qui pourraient probablement être comblées par la mise en œuvre de formations initiale, continue et d'accompagnement.
- [262] Ces points sont encore plus cruciaux à l'heure de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des équipes médicales territoriales à venir. Des valeurs et pratiques managériales appropriées seront une condition *sine qua non* de réussite.

⁶⁴ *Ibidem*

⁶⁵ ZEGGAR Hayet, VALLET Guy : Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. 2010. 124 pages.

2.2.2.3 La loi HPST identifiée par certains acteurs médicaux comme la responsable des maux

- [263] Comme déjà indiqué, la loi HPST est identifiée par certains acteurs comme "la grande fautive" en lui attribuant la disparition des services, vécue comme une perte d'identité pour l'équipe médicale de spécialité au profit du pôle, structure technocratique ne pensant qu'en termes de recettes d'activité
- [264] La nouvelle gouvernance⁶⁶ a redéfini l'organisation de l'hôpital public en 2005. Elle fait suite à l'échec de la départementalisation⁶⁷ de 1984 et accompagne la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). L'hôpital doit s'organiser en pôles d'activités cliniques et médico-techniques par regroupement des services existants. La gouvernance est exercée par un conseil exécutif, présidé par le directeur de l'établissement et composé à parité des responsables de l'administration désignés par le directeur et des médecins, dont le président de CME, et des responsables des pôles. La volonté est de mettre en place une véritable cogestion médecin-administration pour mieux gérer les hôpitaux passant au financement par la T2A.
- [265] La loi HPST⁶⁸ a eu pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Son titre 1^{er} consacré aux établissements de santé modernise et rénove leurs missions et leur organisation interne. Le texte renforce le rôle du chef d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME) a la charge de coordonner la politique médicale avec le directeur.
- [266] Les responsables de pôle deviennent chefs de pôle, nommés par le directeur, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique⁶⁹. En cas de désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix.
- [267] Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle et la délégation de gestion accordée, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.
- [268] Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement et organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités, des structures internes, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.
- [269] Un décret⁷⁰ de 2010 précise que "*Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chefs de pôle une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions*". Un arrêté⁷¹ précise que cette formation "*comprend les apprentissages suivants : gestion budgétaire et financière, pilotage médico-économique et performance hospitalière, systèmes d'information hospitaliers ; management des ressources humaines, qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins, management d'équipe et conduite du changement*".

⁶⁶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁶⁷ Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

⁶⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁶⁹ Pour les pôles hospitalo-universitaires, ces listes sont établies conjointement par le directeur, le président de la CME et le directeur de l'unité de formation ou de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

⁷⁰ Décret n°201-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

⁷¹ Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique.

[270] Un autre arrêté⁷² du même jour précise l'indemnité de fonction sous forme d'une part fixe et d'une part variable en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle.

[271] Le pôle comprend des structures internes qui peuvent être appelées des services ou recevoir toute autre dénomination. Il revient au directeur de nommer les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME. Le règlement intérieur de l'établissement précise les modalités de cette nomination.

2.2.2.4 La loi de modernisation de notre système de santé⁷³ redonne une visibilité au service

[272] Cette loi de 2016 indique que "*Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés*". Le chef de pôle est nommé par le directeur sur proposition du président de CME⁷⁴. Il est précisé que "*le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle*" et que "*les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement*".

[273] Le décret⁷⁵ de mars 2016 précise que :

- "*les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, selon des modalités fixées par le règlement intérieur*". Ils sont "*nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions*"... ;
- "*Le règlement intérieur de l'établissement définit les principes essentiels du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs de service et les responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes, notamment dans les matières suivantes :*
 - *La recherche clinique et l'innovation ;*
 - *L'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue ;*
 - *La qualité et la sécurité des soins et des prises en charge ;*
 - *L'organisation de la continuité et de la permanence des soins ;*
 - *La coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient ;*
 - *La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures ;*
 - *Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes*".

⁷² Arrêté du 11 juin 2010 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction des chefs de pôles.

⁷³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

⁷⁴ Dans le CHU, sur proposition conjointe du président de la CME et du directeur de l'UFR ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

⁷⁵ Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

3 DES DISPOSITIFS EXISTANTS AUX EXEMPLES ET DEMARCHES ENGAGES

3.1 Les dispositifs nationaux et régionaux pour l'hôpital

[274] La mission rappelle que nombre de rapports⁷⁶ (annexe 2) en lien avec la thématique posent un diagnostic sur la situation qui a peu évolué dans les faits, et des propositions qui auraient pu se traduire par des décisions à caractère opérationnel et auraient permis de répondre véritablement à certaines attentes du personnel médical hospitalier.

3.1.1 La qualité de vie au travail et la certification de la haute autorité de santé(HAS)

[275] La Qualité de Vie au Travail (QVT) désigne et regroupe les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les personnels et la performance de l'hôpital. Il s'agit de proposer un modèle visant à renouveler le management et soutenir davantage l'implication des professionnels.

[276] Depuis 2010, la HAS a introduit un critère sur la promotion de la qualité de vie au travail dans son manuel de certification et lancé un vaste programme de développement sur le sujet en partenariat avec l'ANACT. Après trois années d'approfondissement et de publication de repères sur le sujet, la HAS a fait le choix de faire de la qualité de vie au travail une thématique monocritère du compte qualité et de la rendre obligatoire, mais pas systématiquement investiguée. La démarche est avant tout pédagogique. Sauf cas d'espèce celle-ci ne peut excéder le niveau "*de recommandation d'amélioration*".

[277] La HAS continue le développement de cette thématique via la conduite d'expérimentations en région en partenariat avec l'ANACT et la DGOS. Pour mettre en place ce nouveau dispositif, la HAS et l'ANACT ont décidé de s'appuyer sur des relais régionaux, les agences régionales de santé (ARS) et les agences régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT).

[278] Le dispositif compte actuellement 11 clusters et 80 établissements engagés. Certains clusters ont développé ensemble des thématiques aussi diversifiées que QVT et hospitalisation à domicile, QVT dans le cadre du virage ambulatoire, selon la configuration de l'offre de soins du territoire.

[279] Deux difficultés sont répertoriées par l'ANACT : celle de réussir à mobiliser les directeurs sur cette thématique de la QVT qui est appréhendée comme un sujet de plus à traiter et celle concernant plus spécifiquement les jeunes médecins, souvent plus exposés aux risques et à la souffrance au travail qui sont plus enclins à parler que leurs aînés.

[280] L'approche prévention, détection et traitement des RPS ne suffit pas à résoudre les difficultés actuellement rencontrées, il est nécessaire de réinterroger l'organisation, ce que l'approche qualité de vie au travail s'attache à encourager en mettant en lumière les enjeux et les bénéfices.

[281] La mission note que les RPS du personnel médical hospitalier comme les autres risques professionnels doivent être mentionnés dans le cadre du document unique d'évaluation des risques professionnels et faire l'objet d'un examen systématique en rendant cette thématique obligatoire dans le compte qualité. L'investigation de la HAS doit être déclenchée dans le cas où aucune analyse notamment des RPS des équipes médicales ne figure dans le compte qualité ou que les données fournies livrent des signaux d'alerte.

⁷⁶ Mission pacte de confiance, mission sur l'exercice médical à l'hôpital, mission attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public et la Grande conférence de santé

Recommandation n°5 : Rendre la thématique d'évaluation des risques psychosociaux obligatoire dans le compte qualité de la certification HAS en veillant à la présence d'un volet relatif aux équipes soignantes, dont les médecins.

3.1.2 Les axes prioritaires 2017 pour le développement des compétences des personnels (DPC) des établissements

- [282] L'arrêté du 8 décembre 2015 fixe avec précision les orientations pluriannuelles nationales 2016 à 2018 de DPC et définit en conséquence, les thématiques permettant aux professionnels de santé de faire valider leur obligation de DPC. Il ne comporte aucune orientation tant en matière de risques psychosociaux que de mise en responsabilité managériale des personnels médicaux, ce qui représente inévitablement un frein au nécessaire développement de la formation, sa reconnaissance et à son appropriation par ces acteurs.
- [283] L'instruction de la DGOS du 29 juillet 2016⁷⁷ a pour objet de communiquer aux établissements hospitaliers les axes de formation prioritaires ainsi que les actions nationales de formation retenues au niveau national pour l'année 2017 s'inscrivent dans un cadre en forte évolution :
- L'évolution du dispositif de développement professionnel continu⁷⁸ ;
 - La constitution des groupements hospitaliers de territoire.
- [284] Ces orientations nationales de développement des compétences intègrent au titre de l'année 2017 un axe prioritaire introduit en 2014 relatif à la "*Prévention et à la gestion de la discrimination, du harcèlement moral et sexuel*".
- [285] Concernant le développement des ressources humaines, l'action "*démarche qualité de vie au travail*" prolonge l'expérimentation lancée en décembre 2015 dans le cadre de l'appel à projets "*Clusters pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail*" qui est en cours dans 80 établissements.
- [286] Dans le même esprit, l'action de formation "*Anticiper et accompagner l'impact humain des évolutions organisationnelles dans le cadre de la responsabilité sociale de l'employeur*" est proposée.
- [287] Ainsi, l'accompagnement à l'évolution de certains métiers ou de certaines fonctions destinées aux personnels dont l'exercice va progressivement prendre une dimension territoriale (notamment présidents des instances, chefs de pôle et équipes en charge des activités cliniques et médico-techniques).
- [288] Ces formations peuvent notamment intégrer de nouvelles formes de management ainsi que des actions relatives au développement d'outils organisationnels dédiés à la facilitation des relations entre les sites du GHT.

⁷⁷ Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁷⁸ Evolution concrétisée par l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 et par les dispositions inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

3.1.3 Le dispositif au niveau des ARS

➤ La commission régionale paritaire (CRP)

[289] La CRP⁷⁹ est une instance de dialogue social au niveau régional sous l'égide de l'agence régionale de santé. Les compétences de cette commission ont été complétées en lui confiant des missions nouvelles. Elle est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé notamment sur :

- Les actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice des professions médicales dans les établissements publics de santé ;
- L'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives :
 - ✓ A la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux, des personnels médicaux ;
 - ✓ A la gestion du temps de travail des personnels médicaux ;
 - ✓ Au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux ;

[290] La commission peut se voir confier, à la demande du CNG ou du DG de l'ARS, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

[291] La mission observe que peu de CRP se sont investies sur les RPS (cf. *infra*).

➤ Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail

[292] Les agences régionales peuvent mobiliser des financements⁸⁰ pour ces contrats locaux.

[293] Le caractère prioritaire du financement des actions visant la prévention des risques psychosociaux⁸¹ a été rappelé aux agences régionales de santé en 2013 et en 2014. Les crédits ont été mobilisés en fonction des priorités définies en région. Ces financements ont été attribués majoritairement à des actions concernant la prévention des troubles musculosquelettiques et rares sont les actions qui ont concerné des risques psychosociaux notamment pour les personnels médicaux⁸².

3.2 Les dispositifs intrahospitaliers et locaux

3.2.1 Le document unique de gestion des risques en santé et sécurité au travail

[294] Le document unique d'évaluation des risques professionnels, réalisé et mis à jour annuellement par le chef d'établissement, répertorie l'ensemble des risques professionnels (dont les RPS) auxquels sont exposés les agents, afin d'organiser la prévention au sein du programme annuel de prévention. Ce diagnostic partagé⁸³ initié au cours de l'année 2014 doit permettre l'élaboration d'un plan d'action de prévention des risques psychosociaux en 2015.

⁷⁹ Décret n° 2013-843 du 20 septembre 2013 relatif aux commissions régionales paritaires placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé.

⁸⁰ Au titre du 5° de l'article L.1435-8 du code de la santé publique relatif aux missions pour lesquelles les agences peuvent mobiliser les crédits du fond d'intervention régional (FIR).

⁸¹ Instruction DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 et circulaire SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014

⁸² L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes envisage un cahier des charges spécifique au personnel médical pour l'appel à projet 2017.

⁸³ Les guides de l'INRS ED6139 (Risques psychosociaux et document unique, vos questions, nos réponses) et ED6140 (Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU) fournissent des informations utiles à cet effet.

- [295] Le document unique est pris en compte dans le manuel de certification des établissements de santé.
- [296] La démarche d'évaluation des risques professionnels menée sous la responsabilité du chef d'établissement doit s'appuyer sur les conseils du service de santé au travail dont la mission exclusive a été rappelée par le législateur⁸⁴, à savoir l'évitement de toute altération de la santé des personnels du fait de leur travail. Le service de santé au travail conseille le chef d'établissement lors de la rédaction du document unique, notamment dans l'évaluation de la gravité potentielle des risques auxquels sont soumis les agents, puis par la suite dans les mesures de prévention à mettre en place.
- [297] Le travail d'identification et d'analyse des risques doit notamment s'appuyer sur :
- l'analyse des risques réalisée par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
 - la surveillance médicale réalisée par le médecin du travail et son rapport annuel ;
 - le rapport annuel sur l'évolution des risques professionnels et le programme annuel de prévention des risques professionnels.
- [298] La démarche engagée sur les risques psychosociaux est une démarche qui a vocation, au même titre que les autres risques professionnels, à être intégrée dans le document unique d'évaluation des risques professionnels et être actualisée chaque année. Elle doit donner lieu à l'élaboration d'un plan local d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux qui associe et s'applique nécessairement à l'ensemble des personnels, médicaux⁸⁵ et non médicaux.
- [299] Selon les auditions menées, peu d'établissements ont intégré les risques psychosociaux des personnels médicaux hospitaliers, leur analyse, leur diagnostic et leur plan de prévention.

3.2.2 Le CHSCT

- [300] Le comité hygiène, sécurité et conditions de travail est l'un des acteurs incontournables de l'évaluation et de la prévention des risques psychosociaux. Il a notamment pour mission de contribuer "*à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité*" de l'ensemble des personnels de l'établissement et "*à l'amélioration des conditions de travail*"⁸⁶.
- [301] Pour cela, il "*procède à l'analyse des risques professionnels*" auxquels peuvent être exposés les personnels de l'établissement ainsi qu'à "*l'analyse des conditions de travail*" et "*contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement*"⁸⁷
- [302] Par ailleurs, le chef d'établissement associe le CHSCT aux actions de prévention mises en œuvre au sein de l'établissement, notamment en présentant à cette instance un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT) ainsi qu'un rapport annuel faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail, ainsi que des actions menées au cours de l'année écoulée⁸⁸.
- [303] Les CHSCT ont surtout investi le champ des risques psychosociaux des personnels non médicaux de la Fonction Publique Hospitalière, les représentants des personnels considérant ne pas posséder l'expertise s'agissant des personnels médicaux hospitaliers.

⁸⁴ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, qui a défini comme mission exclusive des services de santé au travail.

⁸⁵ Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

⁸⁶ Article L.4612-1 du code du travail.

⁸⁷ Articles L.4612-2 et L.4612-3 du code du travail.

⁸⁸ Articles L.4612-16 et L.4612-17 du code du travail.

[304] La mission observe que les représentants de la commission médicale d'établissement siégeant au sein de cette instance et le chef d'établissement qui la préside, doivent impulser la mise en œuvre d'actions d'évaluation et de la prévention des risques psychosociaux des personnels médicaux, ceci en lien avec la CME.

3.2.3 La médecine du travail

[305] Les services de santé au travail⁸⁹⁹⁰ (SST) ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des personnels du fait de leur travail. A cette fin, ils :

- *"conduisent les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;*
- *conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;*
- *assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;*
- *participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire".*

[306] Le médecin du travail est informé de la saisine du comité médical ou de la commission départementale de réforme. Il rédige un rapport dans les conditions précisées à l'article 9 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière (code du travail, art. D 4626-19).

[307] Le médecin du travail assiste, à titre consultatif, aux réunions de la commission médicale d'établissement lorsque l'ordre du jour de cette instance comporte des questions intéressant la santé, la sécurité et les conditions de travail (code du travail, art. D 4626-21)⁹¹.

[308] Le texte définissant la composition de la CME⁹² ne les cite plus dans les personnes assistant à la CME avec voix consultative comme auparavant. Cette présence en CME n'est plus systématique depuis la loi HPST alors que cette représentation de la médecine du travail à la CME est essentielle, notamment en matière de repérage des difficultés organisationnelles et de lisibilité du service de santé au travail.

[309] Les personnels médicaux doivent faire l'objet d'examen médicaux et notamment un examen médical préalable à leur prise de fonction⁹³, un examen médical au moins une fois tous les 24 mois⁹⁴ et d'un examen de reprise du travail après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle, après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel ou, à l'initiative du médecin du travail, pour

⁸⁹ Les dispositions générales du code du travail (art. R 4621-1 à R 4625-21) relatives aux services de santé au travail des entreprises s'appliquent aux établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux et aux syndicats inter hospitaliers sous réserve de dispositions particulières d'organisation (code du travail, art. D 4626-1 à D 4626-35).

⁹⁰ Décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé a modifié le chapitre VI du titre II du livre VI de la quatrième partie réglementaire du code du travail.

⁹¹ Décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁹² Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé

⁹³ Code du travail, art. R 4626-22

⁹⁴ Code du travail, art. R 4626-26

une absence d'une durée inférieure à trente jours⁹⁵. Bénéficient en outre d'une surveillance médicale renforcée⁹⁶, notamment les personnels médicaux réintégré après un congé de longue durée (CLD) ou de longue maladie (CLM).

- [310] Le rapport d'activité et le bilan social sont présentés chaque année à la commission médicale d'établissement et au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.
- [311] En leur qualité de fonctionnaires de l'Etat, les personnels enseignants et hospitaliers relèvent du dispositif de médecine de prévention prévu par le décret n° 82-453 du 28 mai 1982. Les praticiens hospitaliers relèvent, comme l'ensemble des personnels exerçant dans les établissements publics de santé, du dispositif des services de santé au travail défini par les chapitres I à VI du titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail.
- [312] En effet, l'article L. 4621-1 de ce code dispose que *"les dispositions du présent livre sont applicables aux employeurs de droit privé ainsi qu'aux travailleurs. Elles sont également applicables aux établissements mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 4111-1. Or, le 3° de l'article L. 4111-1 CT vise les "établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière"*.
- [313] Les nombreux entretiens effectués par la mission relatent que les personnels médicaux s'affranchissent de l'examen médical pour des raisons multifactorielles : manque de reconnaissance du médecin du travail (non soignant), le praticien est son propre médecin traitant, absence de culture du *"prendre soin de soi"*, absence de confiance et de confidentialité...
- [314] Des auditions et visites effectuées, la mission observe que les services de pathologies professionnelles des CHU et de certains CH importants jouent le rôle de recours pour les services de santé au travail pour les RPS et notamment sur les situations cliniques et professionnelles complexes (consultations associées avec psychiatre ou psychologue).
- [315] La démographie médicale des médecins du travail est préoccupante. Le décret du 4 décembre 2015⁹⁷ dispose que sur proposition du médecin du travail, une équipe pluridisciplinaire est constituée, animée et coordonnée par le médecin du travail et la délégation de certaines activités : *"Toutefois, le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits, notamment aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions du présent code"*.
- [316] Son application au 1^{er} janvier 2016 ne permet pas de mesurer les effets de ces dispositions.
- [317] Le gouvernement doit remettre au Parlement d'ici l'été 2017, un rapport présentant des propositions sur l'attractivité de la carrière de médecin du travail. La Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 (couramment appelée "Loi Travail") modifie l'organisation de la médecine du travail (professionnel de santé habilité à réaliser la visite d'embauche, rythme des visites...) avec pour objectif de moderniser la médecine du travail en la rendant plus efficace et plus ciblée.
- [318] Concernant les HU, ils relèvent de la médecine de prévention pour la partie universitaire. Il y a peu ou pas de dossiers d'hospitalo-universitaires (HU) en médecine de prévention. Les échanges entre la médecine du travail hospitalière et la médecine de prévention universitaire ne sont pas systématiques pour les personnels enseignants et hospitaliers.

⁹⁵ Code du travail, art. R 4626-29

⁹⁶ Code du travail, art. R 4626-27

⁹⁷ Décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- [319] La mission a eu connaissance de dispositifs communs entre CHU et université (cf. *infra*).
- [320] Pour les internes, leur suivi est celui de la médecine du travail hospitalière dans le cadre des stages qu'ils font. Les autres étudiants relèvent de la médecine préventive universitaire.
- [321] La législation est, elle, plutôt complexe dans la mesure où elles résultent d'approches parallèles et qui se sont sédimentées sans articulation.
- [322] Des modalités de coopération entre les services de santé au travail des établissements de santé et les services de médecine de prévention des universités concernant la gestion des personnels hospitalo-universitaires devront être formalisées afin d'éviter les manquements qui peuvent survenir dans le traitement des dossiers de RPS.

3.2.4 Comités médicaux compétents

3.2.4.1 Pour les personnels médicaux mono-appartenants :

- [323] Selon l'article R6152-36 du CSP, le comité médical, placé auprès de chaque préfet, est chargé de donner un avis sur l'aptitude physique et mentale des praticiens hospitaliers à exercer leurs fonctions.
- [324] Le comité comprend trois membres désignés, lors de l'examen de chaque dossier, par arrêté du préfet sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, parmi des membres du personnel enseignant et hospitalier titulaires et les praticiens hospitaliers.
- [325] Le comité est saisi soit par le directeur général de l'agence régionale de santé, soit par le directeur de l'établissement de santé après avis du président de la CME, soit par le directeur général du CNG.
- [326] De nombreux témoignages tant de praticiens hospitaliers que de services de santé au travail mettent en relief la nécessité d'une composition fixe, de réunions périodiques arguant de situations de lenteur ou d'inertie liées à la composition spécifique à chaque cas qui se présente. De plus, une régionalisation est préconisée afin de "dépayser" l'avis émis par cette instance dont les pairs présents sont parfois issus de la même faculté de médecine.

3.2.4.2 Pour les personnels médicaux bi-appartenants :

- [327] S'agissant des personnels enseignants et hospitaliers, la compétence du comité médical départemental paraît clairement résulter des champs d'attribution définis par les articles 14 et 15 du décret n° 86-442 du 14 mars 1986, qui disposent respectivement que :
- Le comité médical et la commission de réforme ministérielle siégeant auprès de l'administration centrale sont compétents à l'égard des fonctionnaires en service à l'administration centrale et dans les services centraux des établissements publics de l'Etat relevant du ministère intéressé ainsi que des chefs des services extérieurs de cette administration centrale ;
 - La compétence de la commission de réforme ministérielle placée auprès de l'administration centrale de chaque département ministériel peut, par arrêté conjoint du ministre intéressé, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé du budget être étendue à l'égard de tout ou partie des fonctionnaires relevant de ce département ministériel, autres que ceux mentionnés à l'alinéa précédent.

- [328] Le comité médical et la commission de réforme départementaux sont compétents à l'égard des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans les départements considérés, à l'exception des chefs des services extérieurs visés à l'article 14 ci-dessus et sous réserve des dispositions du dernier alinéa de cet article.
- [329] Il en découle que :
- Le comité médical et la commission de réforme ministériels ne sont compétents qu'à l'égard des fonctionnaires de l'administration centrale et des chefs des services extérieurs ;
 - Seules les compétences de la commission de réforme ministérielle peuvent être étendues à tout ou partie des autres fonctionnaires relevant du même département ministériel.
- [330] La consultation de quelques dossiers de personnels enseignants et hospitaliers gérés par le CNG et placés en congé CLM ou CLD montre que la situation des intéressés a été examinée par le comité médical du département où ils exercent.
- [331] Le comité médical compétent pour examiner la situation des PU-PH et MCU-PH est selon l'Académie de Paris, le comité médical ministériel mentionné à l'article 6 du décret susvisé du 14 mars 1986 (deuxième section du comité médical ministériel du rectorat de l'Académie de Paris).
- [332] En l'absence de trace d'un texte dérogeant au droit commun, la mission dans son premier rapport recommande que le MENESR et le MASS statuent définitivement sur le comité médical compétent pour les personnels enseignants et hospitaliers d'Ile de France.
- [333] Des observations et critiques de même nature ont été formulées lors des entretiens effectués par la mission quant à la nécessité de "dépayser" l'avis sollicité pour le personnel médical hospitalier. Cet aspect est plus prégnant s'agissant des personnels enseignants et hospitaliers.
- [334] Il serait pertinent de supprimer la compétence du comité médical départemental pour ces professionnels et de le remplacer par un comité régional correspondant au nouveau découpage des régions et veiller à son fonctionnement régulier. Cette nouvelle architecture répondra ainsi à l'objectif de "dépaysement". Une mission d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des instances médicales consultatives (comités médicaux et commissions de réforme), lancée récemment par le Premier ministre, aura à se déterminer sur le sujet.
- [335] S'agissant des PU-PH et des MCU-PH et en vertu des dispositions précitées des arrêtés du 12 mars et du 26 juin 2012, la saisine du comité médical doit donc être opérée conjointement par le directeur général du CNG⁹⁸ et le président de l'université.
- [336] Compte tenu du caractère indissociable de leurs fonctions universitaires et hospitalières, les décisions plaçant les personnels enseignants et hospitaliers en congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée relèvent de la compétence conjointe des ministres respectivement chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Toutefois, par arrêté du 12 mars 2012 le Ministre chargé de l'enseignement supérieur a notamment délégué "*l'octroi ou le renouvellement des congés*" aux présidents d'université⁹⁹. Le Ministre chargé de la santé en a fait de même au bénéfice du Centre national de gestion par l'arrêté du 26 juin 2012¹⁰⁰.
- [337] L'instruction du 27 juillet 2012 relative à la déconcentration des actes de gestion courante et transfert de compétences relatif à la carrière des personnels enseignants et hospitaliers au 1^{er} septembre 2012 prévoit une saisine conjointe par le président de l'université et le directeur général du CHU.

⁹⁸ Le comité médical est saisi par l'autorité administrative compétente pour attribuer les congés pour maladie. S'agissant des PU-PH et des MCU-PH et en vertu des dispositions précitées des arrêtés du 12 mars et du 26 juin 2012, cette saisine doit donc être opérée conjointement par le directeur général du CNG et le président de l'université.

⁹⁹ Article 1er (2) s'agissant des PU-PH en médecine, article 2 (3 et 4) pour les MCU-PH en médecine, article 3 (2) pour les PU-PH en pharmacie, article 4 (3 et 4) pour les MCU-PH en pharmacie, article 5 (2) pour les PU-PH en odontologie et article 6 (3 et 4) pour les MCU-PH en odontologie.

¹⁰⁰ Article 1er, II, 11^{ème} alinéa de l'arrêté du 26 juin 2012.

- [338] L'arrêté du 26 juin 2012 et l'instruction du 27 juillet 2012 devront être mis en cohérence afin de clarifier et simplifier la saisine du comité médical.
- [339] Dans les faits, c'est l'employeur principal (université) qui saisit le comité médical.
- [340] En ce qui concerne, la reprise des fonctions des HU, à l'issue de certains congés de maladie, les textes réglementaires¹⁰¹, respectivement applicables au médecin de prévention et au médecin du travail, leur confient des missions particulières. Ces missions vont d'une obligation de surveillance médicale particulière dans le champ de la médecine de prévention à l'obligation d'organiser une visite de reprise dans le champ de la médecine du travail.
- [341] Les PU-PH et les MCU-PH bénéficient de ce double dispositif d'accompagnement. Le premier en vertu du décret susvisé du 28 mai 1982 au titre de leurs fonctions universitaires, le second, en vertu du code du travail, en leur qualité d'agents d'un établissement public de santé.
- [342] Certaines délégations définies dans l'arrêté du 26 juin 2012 (décisions relatives à l'exercice des fonctions et à la gestion des carrières) et qui sont, par ailleurs déléguées aux présidents d'université par l'arrêté du 12 mars 2012, pourraient l'être aux directeurs généraux de CHU.
- [343] La mission préconise une clarification et simplification des actes de gestion des personnels enseignants et hospitaliers.

Recommandation n°6 : Procéder au niveau interministériel à une révision des délégations des actes de gestion relatifs à la carrière des personnels enseignants et hospitaliers et du suivi médical de ces personnels en vue de les clarifier et de les simplifier.

3.3 En parallèle, des dispositifs d'appui à la gestion des RPS pour l'université à conforter

3.3.1 Les services centraux : un double rôle d'impulsion et d'accompagnement assumé

- [344] Les services centraux du MENESR ont un rôle d'impulsion et d'accompagnement tant au niveau des services académiques que des universités et des autres établissements d'enseignement supérieur et de recherche (EESR).
- [345] D'ores et déjà un travail conjoint avec les directeurs généraux des services (DGS) des EESR et les organisations syndicales a été accompli avec l'objectif de construire des outils d'action et de prévention des RPS.
- [346] Cette coconstruction a notamment débouché sur un outil d'aide à la détermination d'une enquête. Cela part d'un diagnostic national avec l'élaboration d'une trame d'enquête (enquête de "ressenti"), la mise en œuvre d'outils plus organisationnels centrés sur une méthodologie du comité de pilotage laissant la possibilité d'une diversité d'approches et avec des instruments de veille et de dialogue (cellules de veille et/ou de dialogue).
- [347] Ce travail mené en 2015 a débouché en 2016 sur la diffusion à la rentrée d'une lettre de la ministre aux présidents d'université.
- [348] Il est à noter que depuis plusieurs années, les orientations ministérielles annuelles fixées après avis du CHSCT ministériel, traitent du thème des RPS.

¹⁰¹ En ce qui concerne, notamment, l'examen de reprise prononcé par le médecin du travail, le décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, a modifié le chapitre VI du titre II du livre VI de la quatrième partie réglementaire du code du travail.

- [349] En 2014, celles-ci ont insisté sur la nécessité de développer "*en priorité une prévention primaire pour combattre les risques à la source*¹⁰²" et fixaient comme axes d'action, la formation, l'information des personnels et de l'encadrement, et une approche plurielle avec mise en commun de compétences complémentaires. Il était, entre autres, dit que "*l'approche médicale, souvent utile en prévention tertiaire ne doit pas l'emporter sur une approche plus globale qui prend en compte les conditions et l'organisation du travail dans leur ensemble afin de développer une prévention primaire*".
- [350] En 2015, ces orientations ont rappelé que l'intégration de la prévention des RPS dans les documents uniques d'évaluation des risques serait initiée et développée, y compris la prise en compte des situations de conflits.
- [351] Enfin en 2016, les orientations ministérielles ont précisé que dans le cadre d'un plan d'action national de prévention des RPS, la direction des ressources humaines (DGRH) du MENESR et les académies s'appuieraient sur des conventions de partenariat avec des organismes nationaux ou locaux reconnus afin de bénéficier d'éléments de méthodologie et d'outils opérationnels à l'attention des personnels d'encadrement et des acteurs de la prévention.
- [352] Si ces orientations concernent les services et établissements de l'éducation nationale sans autre précision sur les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel que sont les universités, les axes de travail ainsi fixés constituent des priorités de mobilisation identiques pour les établissements publics de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- [353] Ainsi le programme annuel de prévention de l'établissement (en lien avec le CHSCT de l'établissement) a vocation à décliner ces orientations, en étant, lui-même alimenté par le bilan de la situation générale en matière de sécurité et santé au travail de l'établissement, le DUER, les différents registres, les éventuels rapports de l'Inspection santé et sécurité au travail (ISST), les rapports des contrôles faits en matière d'AT/MP, les initiatives et travaux du CHSCT, les avis de la médecine de prévention...

3.3.1.1 L'Inspection santé et sécurité au travail de l'enseignement supérieur et de la recherche au service des universités et des unités de travail (UFR, unités de recherche...)

- [354] L'ISST rattachée à l'IGAENR, joue un rôle clef dans le suivi et l'accompagnement des universités en matière de RPS.
- [355] Compétente notamment pour les universités, elle note une montée "en puissance" des RPS dans les universités. Ces risques apparaissent comme un sujet prépondérant, quel que soit le type d'établissement, sa taille, sa composition au travers des unités et des services concernés.
- [356] L'ISST intervient, sur cette thématique des RPS, dans au moins deux situations de tensions avérées :
- Lorsque survient un désaccord sérieux et persistant entre le CHSCT et l'administration¹⁰³ ; les inspecteurs ont alors un rôle de "médiateur" ;
 - Comme conseil méthodologique dans des situations potentielles de danger grave et imminent. Dans ce cas, si l'administration et les représentants du personnel n'arrivent pas à trouver un accord, l'établissement perd la main sur sa gestion et c'est l'inspection du travail qui devient compétente.

¹⁰² Orientations stratégiques ministérielles en matière de politique de prévention des risques professionnels dans les services et les établissements de l'éducation nationale (années, 2014-2015, 2015-2016 et 2016 -2017).

¹⁰³ Art. 5-5 du décret 82-453

- [357] De façon générale, l'approche faite par les ISSTT est une approche de conseil et non coercitive car ils ne disposent pas, à la différence des inspecteurs du travail, d'un pouvoir d'injonction et de sanction. Cela fonde une approche "de" et "par" la confiance.
- [358] Enfin, il est à noter que la réglementation donne compétence à l'ISST pour les fonctionnaires, mais pas pour les usagers que sont les étudiants.
- [359] Une autre institution a été instaurée, jouant possiblement un rôle dans le dénouement de conflits, le médiateur de l'Education nationale et enseignement supérieur (ENES).

3.3.1.2 Le médiateur de l'ENES et le réseau des médiateurs académiques

- [360] La fonction et les missions du médiateur de l'ENES ont été créées par la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités. Le médiateur est placé sous l'autorité conjointe du ministre de l'éducation nationale et de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et dispose d'un réseau de médiateurs académiques (49) recevant les réclamations concernant le fonctionnement du service public de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur dans ses relations avec les usagers et les agents.
- [361] Les médiateurs académiques sont d'anciens responsables de l'éducation nationale, à la retraite et bénévoles. En 2015, 11 500 demandes des services et établissements ont été reçues par la médiation.
- [362] Le médiateur et son réseau sont formés et compétents pour traiter des situations de différends pouvant constituer le point de départ de RPS ou en être un élément ou une manifestation.
- [363] Interrogé par la mission, le médiateur a fait état, après examen de ses dossiers, d'une quasi-absence de demandes d'interventions concernant la situation d'hospitalo-universitaires.
- [364] Parallèlement plusieurs universités se sont dotées d'une structure de médiation. A la date d'octobre 2016, dix-huit universités disposaient d'un dispositif de médiation propre et interne à l'établissement. Dans la plupart des cas, le médiateur est un enseignant, retraité, émérite, honoraire ou en activité.
- [365] Sans qu'il ait été possible de mener une enquête approfondie sur l'organisation et le fonctionnement de ces structures internes, il apparaît que tous ces médiateurs ne répondent pas aux critères de qualité souhaitables pour réaliser une médiation impartiale et donc acceptable par les parties recourant à celle-ci. Selon le médiateur national, un médiateur doit être *a priori* extérieur à l'établissement au sens de n'avoir aucun lien hiérarchique en son sein, disposer de moyens autonomes et suffisants, et être formé.
- [366] Lorsque les réclamations leur paraissent fondées, les médiateurs, à leur niveau de compétence :
- Peuvent faire appel aux services ministériels ainsi qu'aux inspections générales pour l'instruction des réclamations ;
 - Emettent des recommandations aux services et établissements concernés et informent des suites données ;
 - Peuvent tenter, agissant comme des conciliateurs, de rapprocher les points de vue, à condition que chaque partie, bien entendu, en manifeste le désir.

- [367] La médiation de l'ENES est à l'origine de la circulaire relative au harcèlement moral au travail¹⁰⁴. L'usage du mot "harcèlement" est appréhendé par le médiateur, comme recouvrant des situations qui traduisent un mal-être ou une forme d'asphyxie engendrée par des modes de management qui doivent être révisés, nécessitant une attention particulière pour agir en prévention plutôt qu'en remédiation.
- [368] Le rapport d'activité 2015 du médiateur de l'ENES énonce des recommandations dans trois directions :
- La prévention :
 - Assurer un véritable pilotage par l'administration centrale, des politiques liées au traitement et à la prévention des RPS.
 - La protection des agents :
 - Assurer la protection de la personne qui se déclare harcelée qui est un droit pour un agent.
 - Assurer la protection du présumé harceleur tant que les faits ne sont pas établis.
 - L'amélioration de la gestion de la crise :
 - Former l'encadrement à la dynamique de groupe et à la résolution des conflits
 - Créer des structures dédiées à l'écoute des personnels en difficulté pour tous les agents y compris de l'enseignement supérieur et en y formant les personnels.
- [369] La mission constate que ce dispositif de médiation souffre d'une absence de visibilité auprès de la population médicale concernée : étudiants hospitaliers, internes et personnels enseignants hospitalo-universitaires.
- [370] Compte tenu de la place et du rôle acquis par le médiateur et son réseau, il conviendrait que ceux-ci puissent être bien identifiés par une information adaptée auprès des établissements pouvant inviter ou inciter les personnels ou usagers y recourir, si besoin est, dans les conditions de la réglementation actuelle.
- [371] Il serait utile de mettre en place un dispositif de médiation identique dans le champ hospitalier, répondant aux conditions de compétences et d'indépendance rappelées ici, et pouvant faire des recommandations de première intention en direction des administrations concernées.
- [372] Concernant les hospitalo-universitaires, les deux dispositifs de médiation seraient sollicités.
- [373] Ce modèle de médiation a pour intérêt de professionnaliser et de "dépayser" la prise en charge des situations difficiles et ainsi répondre aux souhaits d'indépendance exprimés lors des entretiens effectués par la mission. L'impulsion (suivi et bilan des médiations, appui méthodologique) sera du ressort de la mission nationale chargée des RPS et de la qualité de vie au travail en établissements de santé.

¹⁰⁴ Circulaire n°047 du 27-2-2007 relative à la protection du fonctionnaire et au harcèlement moral au travail.

3.3.2 Les dispositifs relevant des universités

3.3.2.1 Les agents et service de sécurité et santé au travail des universités

- [374] Il existe au sein des universités des conseillers de prévention, ingénieurs à temps plein chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité nommés par le président de l'université et placés sous son autorité pour l'assister et le conseiller.
- [375] Ils peuvent diriger le service hygiène et sécurité. Ils sont chargés d'animer et de coordonner le réseau des correspondants d'hygiène et de sécurité mis en place dans chaque laboratoire, unité, service, département, institut, UFR...
- [376] Ces conseillers en prévention se sont organisés au plan national en conférence. La deuxième du genre s'est tenue en septembre 2016 sur les thématiques de prévention des RPS et de la qualité de vie au travail¹⁰⁵.

3.3.2.2 Les documents uniques de gestion des risques en santé et sécurité au travail

- [377] L'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique signé en 2013 a prévu que chaque établissement universitaire établisse, après avoir fait un diagnostic, un plan de prévention.
- [378] Réglementairement, c'était déjà une obligation figurant dans le code du travail, mais sa mise en œuvre est diverse selon les établissements.
- [379] Concernant l'application dans les universités de la législation en matière de document unique sur les risques (titre IV du code du travail), elle n'est pas systématiquement respectée.
- [380] Parmi les universités ayant été interrogées par la mission et ayant répondu de façon circonstanciée, certaines indiquent ne pas disposer d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Cette absence de document ne les a pas empêchées d'engager une démarche proactive en matière de gestion des RPS tant en direction des enseignants chercheurs que des étudiants.
- [381] A l'inverse certaines universités font valoir une évaluation des risques psychosociaux à l'instar des autres risques dans le DUERP, en suivant une méthodologie d'entretien individuel entre le personnel et un service dédié et spécialisé (ex chargé de mission évaluation des risques rattaché au service central d'hygiène et de sécurité de l'université), et ce, à partir d'une méthodologie adaptée (par exemple un canevas d'entretien basé sur le repérage des facteurs de risque cités dans le rapport GOLLAC Cf. *supra*).
- [382] De façon plus générale, selon l'ISTT, la mise en place d'un plan d'action apparaît parfois comme le parent pauvre du dispositif et l'organisation du travail qui doit être adaptée n'est pas perçue comme un levier d'action.

¹⁰⁵ Ces sujets ont été abordés en particulier au travers des missions de l'ISST, des orientations ministérielles 2016, de l'exemple de l'université de REIMS CHAMPAGNE-ARDENNES à l'origine d'une enquête valant état des lieux général des facteurs de risques dont les RPS au sein de l'établissement ou encore de l'intérêt d'une intervention des services sociaux des universités de Paris 6 et de Lyon 1 dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire de la qualité de vie au travail.

3.3.2.3 Les CHSCT

- [383] Les inspecteurs de l'ISST ont rapporté à la mission que le sujet des RPS est évoqué très régulièrement dans les instances paritaires et a pris de l'importance, même si, de fait, les sujets soulevés et les questions traitées concernent peu ou pas, devant les instances les enseignants chercheurs et les étudiants.
- [384] Cette appréciation est corroborée par les informations recueillies par la mission auprès d'universités : en effet si le sujet est globalement traité par des partenaires sociaux investis en la matière, il n'est fait état ni de signalements de situations particulières ni de mesures demandées concernant des enseignants chercheurs, en particulier hospitalo-universitaires par les CHSCT, saisis, entre autres, par les organisations syndicales représentatives.
- [385] Dans ces conditions il est certain que des situations difficiles, constitutives de RPS ne soient pas traitées suffisamment tôt et de façon collective.

3.4 Des démarches et des actions qui mériteraient d'être connues et reconnues, à l'étranger comme en France

3.4.1 Des exemples internationaux dont on peut s'inspirer

- [386] Des initiatives françaises s'appuient sur deux exemples étrangers sur lesquels pourraient se construire des propositions intéressantes.

3.4.1.1 Le Canada : une forte préoccupation des RPS tout au long des études et de la carrière

- [387] Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada¹⁰⁶ a publié en 2015 un *addendum* spécial des objectifs de formation axé sur de nouveaux domaines d'intérêt du référentiel de compétences (CanMEDS) pour les médecins comprenant une thématique "Leadership et santé des médecins" (pièce jointe 1) décliné en deux cibles "Faire preuve de leadership dans leur pratique professionnelle" et "Démontrer un engagement envers la santé et le bien-être des médecins afin de favoriser la prestation de soins optimaux aux patients", objectifs appartenant également au référentiel de compétences (pièce jointe 2).
- [388] La thèse sur le burn-out des médecins hospitaliers¹⁰⁷ rapporte que l'université Laval à Québec propose un programme de prévention des effets secondaires de la médecine. Le bureau des affaires étudiantes chargé de missions d'information, de prévention et d'intervention organise à chaque début d'année une rencontre "formation médicale, les deux côtés de la médaille" qui aborde les différentes sources de stress liées aux études de médecine. Des ateliers supervisés par un psychiatre formé au groupe Balint, sont également organisés pour les volontaires avant l'arrivée en clinique. Les sujets abordés dans la première session concernent la charge de travail, le manque de temps personnel, la compétition, la peur de l'échec, la crainte d'exprimer ses émotions au risque de paraître faible, le mythe de la toute-puissance médicale... Une semaine annuelle de prévention des effets secondaires de la médecine, dont le but est de sensibiliser l'ensemble des étudiants en médecine est organisée par un réseau d'entraide d'étudiants relais.

¹⁰⁶ Ordre professionnel

¹⁰⁷ LEKADIR Perrine, Le burn-out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Lille. 2013. 215 pages.

- [389] La faculté de médecine de Montréal édite un guide pratique du résident¹⁰⁸ qui contient le recensement des ressources auxquelles les résidents peuvent faire appel en cas de difficultés d'ordre personnel ou professionnel, des recommandations en cas d'intimidation et de harcèlement, un code de vie, le règlement des études et toutes les politiques facultaires (sécurité, protection, stages, maladies...).
- [390] En 1990, le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est fondé par les médecins pour les médecins. Ces objectifs étaient :
- Venir en aide aux médecins, aux résidents, aux étudiants en médecine et, dans des cas particuliers, aux membres de leur famille immédiate qui ont des problèmes :
 - De santé mentale dans le sens le plus large du terme, allant de la simple réaction émotive à la maladie psychiatrique grave ;
 - De consommation inappropriée ou abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales ;
 - D'inconduite sexuelle.
 - Etablir des programmes qui visent à :
 - Prévenir, chez les médecins, les résidents et les étudiants en médecine, certains problèmes de santé mentale, ainsi que l'abus d'alcool et de drogues ;
 - Favoriser l'identification précoce et le traitement approprié des médecins, des résidents ainsi que des étudiants qui présentent des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie ;
 - Leur prêter assistance dans leur insertion ou leur réinsertion à l'exercice professionnel.
 - Favoriser la recherche dans ce domaine.
- [391] Son rapport annuel 2014/2015¹⁰⁹ (pièce jointe 3) fait état d'une évolution des motifs de consultations :
- Les stressseurs inhérents à la pratique médicale : événements indésirables, erreur réelle ou perçue, poursuite, enquête professionnelle ;
 - Les enjeux reliés au milieu de travail : surcharge de travail, enjeux systémiques (coupures, réorganisations, fusions), baisse des effectifs médicaux et paramédicaux, lourdeur administrative (organisation du travail, dossiers, formulaires), rôles pour lesquels il y a peu de formation (administrateurs, gestionnaires), inflexibilité des milieux pour les accommodements en raison des diminutions d'effectifs, fortes pressions sur la relève dans un contexte de vieillissement ou de pénurie des effectifs, structures d'accueil ou de coaching insuffisantes ;
 - Les conflits au sein de l'équipe et les événements de la vie pour lesquels l'absence de souplesse des milieux de travail pose problème : périodes de transition (naissance, retraite, enfant ou conjoint avec problèmes de santé), handicap, maladie ou limitation.
- [392] Le PAMQ est un organisme à but non lucratif par le biais d'une entente entre la fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la fédération des médecins spécialistes du Québec, la fédération des médecins résidents du Québec, le collège des médecins du Québec et l'Association des Médecins de Langue Française du Canada qui assurent son financement.
- [393] Ses valeurs fondamentales sont confidentialité et discrétion.

¹⁰⁸ Université de Montréal. Faculté de médecine. Guide pratique du résident. Edition 2016-2017. (Lien hypertexte dans la bibliographie)

¹⁰⁹ PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU QUEBEC. Rapport annuel 2014 / 2015. 18 pages.

- [394] Neuf médecins (quatre équivalents temps plein) ont pour rôle d'identifier les problèmes et d'orienter les médecins vers des pistes de solution. Ceci passe par un premier temps d'écoute, puis par une orientation vers les ressources les mieux adaptées en assurant au médecin un support tout au long de sa démarche. La synthèse de la première entrevue permet d'aboutir à une liste, non pas de diagnostics, mais de problèmes identifiés. Un avis est alors donné sur le type de ressources qui vont permettre à la personne de traverser les épreuves auxquelles elle est confrontée.
- [395] En 2015, 1 370 personnes ont été aidées : 578 en première intention et 792 en suivi.
- [396] Sur le total des médecins en exercice et résidents, le coût du programme en 2015 est de 73 \$ soit environ 50 €par personne.
- [397] L'efficacité de ce programme a été analysée en avril 2016¹¹⁰ afin de dégager des pistes permettant un repositionnement du PAMQ. Trois recommandations sont formulées :
- Utiliser une approche intégrée considérant non seulement la santé de leurs employés, mais également leur niveau de motivation au travail ; le PAMQ se doit d'être accompagné par des pratiques de GRH adéquates permettant une meilleure communication organisationnelle, un leadership positif et participatif des instances décisionnelles ainsi que des mécanismes de reconnaissance permettant d'accroître le sens du travail des médecins ;
 - Examiner son rôle au sein des différentes stratégies de mieux-être et de productivité en milieu de travail des différents établissements de santé ;
 - Examiner quelles données devraient être recueillies et analysées afin de développer une analyse plus approfondie des besoins et des impacts du PAMQ sur la santé et la productivité du personnel soignant.

3.4.1.2 La Catalogne a mis en place des structures spécifiques pour la prise en charge des médecins malades

- [398] Le programme d'aide aux médecins malades (PAIMM) en Catalogne est un programme intégral de soins créé conjointement par l'Ordre des Médecins de Barcelone et la Generalitat (Gouvernement de la Catalogne) en septembre 1998, cofinancé par le département de santé de la Generalitat (80 %) et les ordres médicaux de la Catalogne (20 %).
- [399] Il s'adresse à des médecins malades en exercice uniquement (maladie mentale, et/ou un trouble lié à la dépendance de l'alcool et/ou à d'autres substances, y compris les médicaments psychoactifs) et est géré par la fondation Galatea du conseil des ordres médicaux de Catalogne.
- [400] Les principes de ce dispositif sont le respect de la confidentialité, la gratuité pour les médecins ainsi que l'engagement par un contrat thérapeutique, engagement pour assurer l'accomplissement du traitement, signé par le médecin malade, l'équipe d'assistance et l'ordre médical. L'activité était initialement ambulatoire, puis ont été créés une unité d'hospitalisation, un hôpital de jour et la clinique Galatea spécialisée dans la prise en charge des professionnels de la santé.
- [401] La Fondation Galatea a été créée en 2001 pour gérer les programmes de traitement (PAIMM pour les médecins et RETOUR pour les infirmières) et développer des démarches d'amélioration de la santé et du bien-être des professionnels médicaux (préparation à la retraite, santé des médecins résidents, prévention et attention de l'épuisement, santé des étudiants de médecine, santé, sexe et exercice de la profession).

¹¹⁰ CHENEVERT Denis, TREMBLAY Marie-Claude, Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés : le cas du PAMQ. Programme d'aide aux médecins du Québec. 28 pages.

- [402] Le code de déontologie catalan prévoit que tout médecin qui constate une défaillance liée à l'état de santé d'un confrère susceptible de porter un risque pour la sécurité des patients doit se rapprocher du médecin malade pour lui recommander de consulter ou de contacter le programme. Toutefois, les médecins le consultent volontairement et spontanément à 84 %. Le dispositif catalan estime ainsi que neuf médecins sur dix réintègrent le circuit professionnel au décours de leur prise en charge.

3.4.2 En France, des dispositifs à développer

- [403] Dans une interview¹¹¹, Christophe DEJOURS tenait le propos suivant : *"C'est là que les politiques publiques sont très importantes. Une politique publique, c'est celle qui s'empare de ces expériences et qui les soutient. Il est capital d'avoir une politique incitative pour soutenir et multiplier ces initiatives"*.
- [404] Les exemples cités *infra* ne sont que des illustrations de ce qui se fait. Il ne s'agit en aucun cas d'un relevé exhaustif de ce qui existe en région, dans les facultés ou en établissements hospitaliers.

3.4.2.1 La simulation : un outil récent de formation à mettre au service de la détection et la prévention des RPS

- [405] L'UFR de Nancy, comme nombre de facultés, utilise la simulation pour la formation initiale et continue. La simulation est utilisée dans le cadre de l'apprentissage d'un geste technique ou d'une démarche devant une situation clinique, mais également pour la formation d'équipe. Une séance comprend trois temps : briefing, déroulement du scénario, débriefing.
- [406] Le débriefing dure trois à quatre fois le temps de l'action (10 minutes). Au-delà de la simple évaluation pratique du geste technique, de la mise en œuvre des procédures et du raisonnement clinique, le débriefing à la suite de la séance intègre le savoir-être en équipe en termes du patient, de respect des autres professionnels, de communication, de comportement et d'exemplarité.
- [407] La simulation est pratiquée depuis sept ans à Nancy. Elle est à destination de tous les étudiants de 3^{ème} année juste après la sémiologie avant l'entrée en stage et de tous les étudiants de 6^{ème} année avant la première garde. C'est un outil de détection des problèmes comportementaux des étudiants en complément de l'évaluation des compétences relationnelles et plus généralement du savoir-être de l'étudiant, réalisée lors du certificat de compétence clinique. Tous les tuteurs sont formés (DU de pédagogie de la simulation). Ce programme est également utilisé suite à des événements indésirables graves autour un débriefing in situ et en centre de simulation où on s'attache aux points détectés sans rechercher une quelconque responsabilité et *a contrario* redonner du sens.
- [408] En Bretagne, le sous-groupe "médecins anesthésistes-réanimateurs" de la commission régionale paritaire (CRP) ont recommandé, la possibilité de *"majorer l'utilisation des outils de simulation qui pourrait aider les médecins, inscrits dans une carrière hospitalière, à garder une certaine confiance en la qualité de leurs pratiques s'ils le jugeaient nécessaire. Elle permettrait également d'offrir aux praticiens désireux de maintenir/d'approfondir leurs compétences techniques la possibilité d'expérimenter une grande variété de situations parfois rares et/ou des actes complexes, d'évaluer des acquis et d'utiliser de nouveaux matériels... Plus globalement la simulation en santé dans la spécialité pourrait utilement être mobilisée dans la constitution d'équipe médicale plus territorialisée visant une homogénéité des pratiques médicales"*.

¹¹¹ JOURNAL DU SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHESISTES-REANIMATEURS ELARGIS : interview Prévention de la souffrance au travail : un peu de bon sens ! Rétablir les lieux de convivialité et les systèmes de régulation naturels. N°58 – octobre 2011 p 16-20.

[409] Cette technique amenée à se développer doit être également utilisée dans la prévention et la gestion des RPS, mais elle peut également être utilisée pour la formation aux pratiques managériales.

3.4.2.2 Pour les étudiants peu de dispositifs structurés existent

[410] Le repérage et la gestion des étudiants en difficulté reposent souvent sur le doyen et ses équipes ou la commission qui a pu être créée et les associations étudiantes plus ou moins organisées et aptes à gérer des situations parfois extrêmement complexes.

[411] Les associations éditent souvent des guides¹¹² pour aider les étudiants dans le nouveau monde que représente l'externat. L'ISNAR-MG a réalisé en 2011 un guide pratique pour la prévention du burn-out¹¹³.

[412] La mission expose ci-dessous l'exemple le plus abouti d'accompagnement des étudiants. D'autres actions moins structurées ou en cours de mise en place sont présentées en annexe 3.

➤ A la faculté de médecine Pierre et Marie Curie un bureau-interface-professeurs-étudiants (BIPE) sur le modèle canadien

[413] Au Canada où toutes les universités disposent de structures dédiées indispensables à leur accréditation, le bureau-interface-professeurs-étudiants (BIPE) a été mis en place en février 2006 à l'UFR de médecine à l'université Pierre et Marie Curie (Paris VI). Son but est de proposer des interventions pour favoriser le bon déroulement des études de médecine et le bien-être des étudiants. Il est accessible à tous les étudiants à partir de la seconde année de médecine, aux internes en stage dans les hôpitaux dépendants de l'université et aux anciens. Les étudiants sont informés de son mode de fonctionnement lors de la réunion d'accueil en début d'année et par mail. Le numéro de téléphone et l'adresse mail sont affichés dans les locaux de la faculté. L'anonymat de l'appelant est garanti.

[414] Le plus souvent c'est l'étudiant qui appelle. Mais le contact peut aussi venir de ses camarades, d'un médecin référent hospitalier ou d'un maître de stage.

[415] Les tuteurs sont tous des médecins enseignants volontaires pour cette mission. Ils acceptent de recevoir rapidement l'étudiant en difficulté et de s'investir auprès de lui pour analyser ses problèmes (académiques ou personnels avec des répercussions dans ses études) et si besoin l'orienter vers des solutions, parfois extérieures à l'université.

[416] L'objectif est de faire venir un maximum de personnes et de faciliter l'accès à ce qui existe même si l'accès direct aux autres structures n'est pas remis en cause.

[417] Le Dr. Donata MARRA, présidente du BIPE, explique qu'il est important de pouvoir jouer sur les facteurs impliqués dans la réussite ou l'échec de l'étudiant : personnels, liés au système et liés à l'enseignement.

[418] Outre ces consultations personnelles, diverses actions ont été mises en place : le forum d'aide au choix des carrières, être bien dans ses études et les réussir (tables rondes avec une personnalité, ateliers relaxation, yoga, qi gong, hypnose, soma-souffle-son), conférence-débat réussir ses études de médecine, place de l'activité physique dans le cursus universitaire, formation apprendre à apprendre (AAA)... Des formations sont également à l'attention des enseignants. La simulation, technique de formation, a été utilisée avec la participation de comédiens dans le rôle d'étudiants en difficultés, dans le cadre d'une formation pour les enseignants.

¹¹² Guide de l'externe bordelais réalisé par les élus d'UFR InterAssos et les carabins de Bordeaux en lien avec le CHU. Guide de l'externe en médecine de l'UFR santé d'Angers avec la présentation de chaque service

¹¹³ ISNAR IMG. La prévention du burn-out : guide pratique. Lyon : octobre 2011. 6 pages.

- [419] Ce bureau fait l'objet de présentations dans différentes facultés qui souhaitent mener également un tel projet.
- Les internes privilégient des écoutes locales entre collègues
- [420] En 2015 suite aux suicides de jeunes collègues, le bureau des internes de Paris a souhaité agir localement en créant SOS SIHP¹¹⁴. Il s'agit en fait d'une adresse mail que peut contacter tout interne de la région. Il est alors rappelé par un membre du bureau, interne en psychiatrie (ou un interne de médecine du travail), qui évalue l'urgence de la situation. Il dirige l'interne soit vers des urgences psychiatriques soit vers un des huit services de psychiatrie ayant accepté de faire partie du réseau et qui garantissent aux internes une prise en charge anonyme et gratuite.
- [421] Le dispositif T.A.BOU à Lyon est une initiative récente regroupant le syndicat des internes de psychiatrie et la médecine du travail. Avec une adresse mail en point d'entrée, l'idée est d'organiser une réponse précoce avec un tiers qui puisse faire lien avec la médecine du travail, le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), un réseau de psychologues, consultations spécialisées dans l'écoute des étudiants Apsytude, avec l'ASRA (Aide aux soignants de Rhône-Alpes) association que nous décrirons *infra*.
- [422] Ces dispositifs se multiplient en région. Il faut néanmoins souligner leur grande fragilité en termes de ressources et donc de pérennité.
- Les anesthésistes réanimateurs, des professionnels qui ont fait des RPS un axe majeur de travail au sein de leur spécialité
- [423] Le syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi (SNPHAR-E) a mis en place dès 2009 un observatoire de la souffrance au travail des médecins hospitaliers sur la base d'un formulaire de déclaration dont l'anonymat est respecté. Après analyse par des membres désignés du bureau national, il est alors proposé une intervention syndicale ou une orientation pour une prise en charge médicale ou administrative ou juridique. Ce système de déclaration a permis, selon le Dr Max-André DOPPIA actuellement administrateur de ce syndicat, de relever six déclarations d'idées suicidaires ces dernières années pour lesquelles a été assuré un contact et un suivi immédiat, sans passage à l'acte.
- [424] Le collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) installe en 2009 sa commission Santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail (Smart) après trois suicides de médecins anesthésistes réanimateurs en quinze jours. Cette commission, présidée par le Dr Max-André DOPPIA, a engagé une réflexion et mené des actions dans le champ des RPS¹¹⁵ : enquêtes, base de données bibliographiques et documentaires, fiches pratiques, réseau de prise en charge des professionnels, mise en place d'autotests¹¹⁶ individuels et d'équipe, mise en place d'un numéro vert et d'un e-chat, mise en place d'une session développement professionnel continu sur les RPS.
- [425] Le numéro vert gratuit et le e-chat disponibles 24H/24 et 7 J/7 (pièce jointe 4) proposent une écoute anonyme par des psychologues cliniciens et orientent si nécessaire vers des réseaux de prise en charge dont un réseau d'addictologie dans le cadre d'un partenariat avec FIDES (cf. *infra*).
- [426] La réflexion est menée pour élargir ce dispositif à d'autres spécialités.

¹¹⁴ Syndicat des internes des hôpitaux de Paris

¹¹⁵ ARZALIER-DARET Ségolène, Santé au travail des professionnels d'anesthésie-réanimation : "avec la commission Smart : prenez soin de vous. Le praticien en anesthésie réanimation (2016) 20, 148-152

¹¹⁶ Les différents tests sont : burn-out, anxiété dépression, somnolence, fatigue, alcool, cyberaddiction, harcèlement, tabac, workaholism

3.4.2.3 Des structures de prévention, d'écoute, d'orientation et de prise en charge assez diverses

- [427] La mission ne fait pas état de l'Association Jean-Louis MEGNIEN qui prévoit dans ses objectifs d'apporter aide et assistance à ceux qui peuvent être victimes de diverses formes de maltraitance et de harcèlement au sein de l'hôpital public. Cette association est trop récente car fondée en février 2016 et sa première assemblée générale n'a eu lieu qu'en septembre. Toutefois, leur site internet propose un contact aux personnes victimes de harcèlement et de maltraitance.
- FIDES : un dispositif intrahospitalier concernant les addictions à l'AP-HP
- [428] La direction générale de l'AP-HP a créé en novembre 2006 la mission FIDES afin de mettre en œuvre un politique de prévention et de prise en charge des addictions liées à la consommation de produits psycho actifs, en particulier l'alcool, pour le personnel médical et non médical de l'institution. La démarche de cette mission est d'associer les acteurs institutionnels intervenant sur le sujet et de fédérer toutes les actions existantes et les actions mises en œuvre dans une logique de réseau. La mission a été très peu sollicitée par des médecins (deux ou trois) et travaille assez peu avec les instances médicales.
- [429] La mission a engagé une étude concernant "l'évaluation de la consommation de substances psycho actives des internes en médecine de la région Ile-de-France". Elle a été proposée aux 5 200 internes effectuant leur choix pour le semestre de novembre 2016. Les premiers résultats sont attendus au premier trimestre 2017.
- THEMIS : une association départementale dans le champ du harcèlement moral
- [430] Thémis est une association de lutte contre le harcèlement moral au travail. Née il y a dix-huit mois dans la Sarthe, elle souhaite soutenir toute personne qui se considère harcelée sur son lieu de travail, lutter contre son isolement, proposer un accompagnement par des professionnels (avocats, psychologues, médecins), former les managers, informer et créer un observatoire.
- [431] Son action repose sur des bénévoles de divers horizons : santé, justice, armée, administration, entreprise privée, élus... Elle ne reçoit aucune subvention.
- [432] Environ la moitié des personnes sur les cinquante dossiers suivis sont des professionnels de santé venant plutôt des établissements publics sanitaires et médico-sociaux.
- [433] L'association travaille sur des outils de repérage et d'évaluation.
- [434] Elle mène également des actions de sensibilisation et est intervenue à la CME du CH du Mans.
- Des associations d'origine plutôt libérale selon des secteurs géographiques
- [435] La mission a connaissance de moins d'une dizaine d'associations dont l'objet est l'écoute et/ou l'orientation et/ou la prise en charge des médecins en difficulté. Outre le dispositif de la commission Smart concernant les médecins anesthésistes-réanimateurs s'ouvrant probablement prochainement à d'autres spécialités, ces associations sont :
- Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML) : offre depuis 2004 aux professionnels de santé un dispositif d'écoute téléphonique (24h/24 et 7 j/7) par des psychologues, d'accompagnement, de soutien psychologique spécialement dédié et d'orientation si nécessaire, vers un psychologue ou toute autre structure ou réseau proposant une prise en charge adaptée. Son financement est assuré par le fonds d'intervention régional d'Ile-de-France et des subventions d'union régionale de professionnels de santé (URPS)°;

- Association pour les soins aux soignants (APSS) : depuis 2008 engagée dans la prévention, sensibilisation et l'orientation vers des structures de prise en charge spécialisées pour les soignants avec le souhait de mise en place un contrat de soins type catalan ;
- Association régionale d'entraide du Nord Est (ARENE) : à l'initiative des conseils régionaux de l'Ordre des médecins d'Alsace et de Lorraine, une soixantaine de médecins volontaires assurent une astreinte téléphonique, 24h/24, 7 j/7 avec un numéro vert dédié afin d'orienter les médecins en difficulté vers des ressources médicales, juridiques, fiscales, etc. ;
- Aide aux soignants de Rhône-Alpes (ASRA) : créé en 2012 une quarantaine de médecins volontaires bénévoles assurent une astreinte téléphonique 24h/24 et 7 j/7 grâce à un serveur vocal (appel gratuit), les médecins, y compris les étudiants, en difficultés peuvent être orientés vers une cinquantaine de personnes ressource et des lieux d'hospitalisation dédiée ;
- Association pour la santé des soignants du Poitou-Charentes (ASSPC) : créé en 2013, s'adresse à tous les médecins de la région, quelles que soient leurs conditions d'exercice, ainsi qu'aux retraités sur la base d'un numéro d'appel unique par des médecins bénévoles d'astreinte qui écoutent et oriente si besoin vers des confrères formés pour le soin aux soignants ou deux établissements proposant des lits d'hospitalisation ;
- Entraide régionale des médecins de Bretagne (ERMB) créée en 2014, elle propose un accueil téléphonique qui apporte une aide juridique et psychologique aux médecins en difficulté. Elle a signé une convention de partenariat avec des établissements de soins acceptant l'hospitalisation de médecins sous couvert d'anonymat, et une convention avec l'assurance maladie, l'ARS et l'URPS pour la mise en place d'une médecine préventive ;
- MOTS : association d'entraide professionnelle qui met à disposition un numéro d'appel 24h/24 et 7 j/7, le contact avec les médecins effecteurs dans les 24h, un guide pratique d'analyse psychosociale et ergonomique de l'exercice professionnel et qui propose des consultations d'aide et d'accompagnement par des confrères (médecins-effecteurs MOTS) formés et suivis. Une analyse de pratique et un accompagnement professionnel individuel et collectif par un conseiller/psychothérapeute sont réalisés. Fondée en Occitanie, des contrats sont en cours d'élaboration avec les régions Centre, Hauts de France, Ile-de-France, Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Association Soins aux Professionnels de Santé (SPS) : fondée en novembre 2015, a pour origine le rassemblement d'un groupe d'experts souhaitant partager et défendre la santé des professionnels de santé vulnérables et en souffrance et fédérer au niveau national tous les acteurs existants afin d'optimiser le parcours de soins des professionnels de santé vulnérables. A engagé la réflexion d'un cahier des charges, d'une plate-forme d'appel, nationale et indépendante, pour l'écoute et l'orientation des professionnels de santé en souffrance qui s'appuiera sur les dispositifs existants.

[436] Les différents acteurs rappellent l'importance de pouvoir apporter des garanties de confidentialité, de neutralité et d'indépendance.

[437] Les conseils de l'ordre, la caisse autonome de retraite des médecins de France, les URPS et le groupe Pasteur Mutualité sont souvent parties prenantes dans ses associations sinon en lien.

[438] Il apparaît nécessaire de coordonner et fédérer les structures françaises existantes en étant respectueux de chacun des acteurs engagées et des actions qu'ils ont menées.

➤ Soigner des médecins ne s'improvise pas

- [439] A ce jour, peu d'établissements de santé prennent en charge de façon spécifique les médecins (la mission en a répertorié quatre). Ce sont uniquement des établissements de santé privés. Le plus expérimenté se situe à Villeneuve les Avignon. Le Dr Emmanuel GRANIER a mis en œuvre un projet de soins pour les soignants depuis 2011. Une unité dédiée doit ouvrir début 2017.
- [440] De nouvelles structures vont ouvrir très prochainement : Clinipsy a prévu quatre unités interrégionales de soins des professions de santé dans les régions Grand-Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine et le groupe Ramsay Générale de santé va ouvrir au printemps 2017 une structure à Louhans en Bourgogne-Franche-Comté.
- [441] La prise de conscience de la nécessité d'aider les médecins en difficulté a mis en lumière que leur prise en charge requiert des compétences particulières. Celles-ci sont enseignées dans un diplôme interuniversitaire "Soigner les soignants" coordonné par le Pr Eric GALAM (Paris-Diderot) et le Pr Jean-Marc SOULAT (Toulouse-Rangueil). Le conseil national de l'Ordre des médecins a autorisé ce titre sur les plaques et ordonnances.

3.4.3 Des démarches à l'initiative des ARS et des établissements qui restent trop rares

3.4.3.1 L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a engagé deux actions intéressantes.

- [442] Le premier séminaire régional relatif à la GRH des médecins hospitaliers a été organisé en avril dernier par l'ARS et la commission régionale paritaire. Il est dédié au bien-être au travail des médecins hospitaliers. Les thèmes abordés au cours de la journée répondent aux récentes missions de la CRP relatives à l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à la santé au travail et à la prévention des risques psychosociaux des personnels médicaux. Après une matinée avec des intervenants nationaux, l'après-midi était consacrée à des initiatives en établissements de santé sur la thématique.
- [443] Le second, un appel à projet en 2016 pour la mise en place d'équipes médicales de territoire, accompagnement au développement d'une gestion coordonnée des ressources médicales de territoire. Cette démarche dans le cadre des GHT est innovante car il est clairement demandé que le dossier comporte "*les mesures engagées en termes de prévention des risques psychosociaux et d'amélioration des conditions de travail pour les praticiens impliquée dans le projet*".

3.4.3.2 Peu de commissions régionales paritaires s'emparent de la question des RPS

- [444] Suite au décret¹¹⁷ du 20 septembre 2013, la mission a identifié que les CRP de trois régions Bretagne, Bourgogne et Rhône-Alpes ont engagé des travaux concernant la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux, des personnels médicaux.

¹¹⁷ Décret n° 2013-843 du 20 septembre 2013 relatif aux commissions régionales paritaires placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé.

[445] La Bourgogne a lancé une enquête auprès de l'ensemble des praticiens hospitaliers de la région concernant leur ressenti au quotidien sur les RPS, la santé au travail et le dialogue social. L'analyse présentée en juin 2015 montrait un taux de réponse de 20-25% (464 questionnaires) et corroborait les données existantes (83 % des répondants ressentent du stress dans leur travail, 74 % une dissonance entre le sens qu'ils souhaitent y trouver et 39 % ont déjà envisagé une réorientation au travail). La CRP de la nouvelle région Bourgogne-Franche-Comté a prévu de travailler sur les cinq points suivants indissociables de l'attractivité de l'hôpital :

- Comment identifier les situations de souffrance au travail en réfléchissant à la mise en place d'outils ? (ex : grille déclarative d'analyse des risques, de remontées des problématiques) ;
- Identifier dans tous les établissements de santé des personnes ressources, voir des binômes, puis déterminer leur rôle ;
- Se donner des temps d'échange, définir des espaces de parole pour les médecins pour dialoguer, pour anticiper, et "désamorcer" ;
- Proposer des formations adéquates/adaptées aux managers afin notamment de travailler sur l'animation des équipes, et prévenir les conflits ;

3.4.3.3 Gestion des carrières : faire le point sur l'existant et identifier des leviers pour que les médecins aient envie de rester.

[446] En Bretagne, la CRP a proposé la mise en œuvre d'une démarche de conciliation par une sous-commission émanant de la CRP, pour désamorcer des conflits avant qu'une situation ne se dégrade et ne débouche sur une procédure nationale. Celle-ci n'est pas en concurrence, mais en complément, des démarches similaires d'arbitrage ou de conciliation entreprises par un établissement ou encore des instances ayant déjà un rôle et des prérogatives dans la gestion des PH et la prévention des conflits (CME, direction de l'établissement, ordres professionnels, CNG). Elle n'a pas non plus vocation à se substituer à la médecine du travail et au comité médical. Une procédure formalisée cadre cette démarche rapide et simple, à caractère confidentiel, visant à examiner l'objet et les circonstances d'un désaccord, pouvant aider à résoudre le conflit et éventuellement éviter les recours aux procédures nationales. A ce jour, il y a une seule sollicitation, mais sans suite donnée par le demandeur.

[447] Une enquête a été également réalisée par cette CRP (821 répondants soit un taux de réponse de 25 %). Celle-ci a démontré qu'un tiers des professionnels interrogés estimaient souffrir d'un problème de santé en lien avec leur exercice professionnel, que près de 90 % d'entre eux déclaraient ressentir du stress au travail et que ces proportions augmentaient avec l'âge des praticiens. Dans les suites, un sous-groupe de la CRP "Santé au travail" a souhaité la mise en place d'un bilan professionnel de mi-carrière pour les médecins, odontologistes et pharmaciens hospitaliers (pièce jointe 5). Il a été fait appel à un ou plusieurs établissements volontaires, à l'échelon soit d'un établissement donné soit préférentiellement à l'échelle d'un territoire de santé pour tenter l'expérience.

[448] La CRP de Rhône-Alpes n'a pas souhaité réaliser une enquête régionale, estimant que celles faites dans les deux régions montraient les mêmes tendances corroborant les données existantes. Elle a mis en place une cellule de conciliation, médiation et prévention des conflits grave dont le mode de fonctionnement est comparable à celle de Bretagne. A ce jour aucun dossier n'a été traité.

[449] La mission a noté que dans ces trois régions pour lesquelles les CRP ont mené des actions en relation avec les RPS, des leaders syndicaux nationaux sont membres de la commission.

3.4.3.4 Une mobilisation des établissements hospitaliers : d'actions ponctuelles à des démarches plus globales type plans

➤ De l'accueil à l'accompagnement des praticiens

[450] Le CH Roubaix a organisé un accueil personnalisé avec des actions particulières pour les praticiens venant d'autres régions : logement prêté à titre provisoire, aide dans la recherche de logement, pour la garde d'enfants... Le suivi est organisé au terme du premier mois et des six mois.

[451] Au fil des questions qui ont été posées, ont été identifiées certaines thématiques récurrentes (les praticiens ne connaissent pas leur statut, les fiches de paye sont devenues complexes...). Aussi, il a été organisé une permanence à l'internat sur des thématiques juridiques (disponibilité, cumul d'activité, missions humanitaires, concours de PH, autorisations d'absence, activité libérale...) et une permanence dans le service d'exercice (paye, modalités des astreintes, congés, arrêt maladie).

[452] Un carton présentant le praticien (formation, discipline, surspécialité...) est élaboré, ce document est adressé à tous les médecins généralistes et spécialistes du secteur. L'arrivée du médecin est publiée dans le journal local, des cartes de visite personnalisées avec les jours de consultation lui sont remises.

[453] Aux Hospices civils de Lyon (HCL), des séances d'accueil sont organisées tous les quatre mois en soirée en présence du directeur général à l'attention des nouveaux entrants des trois derniers mois. Une fois par an, une réunion de présentation des PH a lieu. Enfin, l'accueil des internes est organisé localement avec l'ARS et la faculté.

[454] L'établissement public de santé mentale (EPSM) de la vallée de l'Arve a institué un accompagnement des médecins par la mise en place de temps d'échanges et d'outils adaptés à l'établissement. Tout praticien est recruté sur la base d'une fiche de poste, un entretien est réalisé systématiquement par la directrice des affaires médicales (DAM), également directrice des ressources humaines, et le président de CME (PCME) à 3/6 mois sur la base d'une fiche d'entretien (pièce jointe 6). Il est prévu de mettre en place un entretien conjoint DAM/PCME de carrière biennal pour l'ensemble des praticiens, un entretien à trois mois pour les internes, de réaliser une enquête RPS auprès des médecins, de créer un livret d'accueil spécifique médecin et enfin de proposer une supervision trimestrielle par un médecin extérieur pour favoriser l'analyse de pratiques.

[455] Le CH de Bretagne Sud a institué récemment un entretien à six mois pour tout praticien nouvellement recruté afin de faire le point sur ses conditions d'intégration, y compris les aspects très matériels, d'échanger sur les souhaits de formation, les surspécialités, les perspectives de carrière et répondre aux questions sur l'hôpital (découpage en pôles, GHT, vision prospective de l'établissement, arbitrages internes récents). L'établissement a également mis en œuvre l'entretien formalisé de mi-carrière proposé dans le cadre des travaux de la CRP (cf. *supra*).

➤ Processus de nomination des responsables médicaux

[456] Au CH de Roubaix, le candidat à la chefferie de pôle et de service doit élaborer un projet qui est présenté en bureau de pôle et en directoire. Une fiche de poste a été élaborée auparavant ainsi qu'un bilan des activités. Un bilan est toujours réalisé suite à la nomination après trois à six mois par le directeur et le président de CME.

[457] Le CHU de Nancy a établi une procédure de nomination pour les chefs de service et chefs de pôle suite à la publication du décret¹¹⁸ de mars 2016. Elle prévoit après la candidature sur vacance de poste, une réunion de présentation du projet et d'échanges : pour le chef de pôle devant le

¹¹⁸ Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

directeur général, le PCME, le doyen, les chefs de service du pôle et tout invité utile ; pour les chefs de service, la prestation est réalisée devant le directeur général, le PCME, le doyen, le chef du pôle, les praticiens du service et tout invité utile. Les critères indispensables dans le projet sont listés dans la procédure. La nomination se fait ensuite conformément aux textes réglementaires.

[458] Aux HCL, un renouvellement très important de chefferies de service est prévu en 2016. Cela a permis de revoir la procédure de nomination des chefs de service en se mettant en conformité avec le nouveau décret. La procédure (pièce jointe 7) rappelle que tout praticien titulaire (hospitalo-universitaire ou non) peut se porter candidat à la fonction de chef de service, que les candidats sont invités à : un engagement personnel à assurer les missions définies par la CME (rappelées en détail dans la procédure) ; un projet de management de service (trois pages maximum) qui se concentrera sur la proposition de cinq actions à mener dans les prochains vingt-quatre mois en matière de management, d'organisation du service et de projet médical en reprenant les missions recensées dans la procédure ; une proposition de quelques indicateurs (élaborés et suivis avec l'administration) permettant, à mi-parcours et en fin de mandat, d'évaluer la bonne réalisation de ces actions

➤ Au-delà des démarches concernant l'individu, l'équipe ne doit pas être oubliée

[459] Au-delà du seul suivi individuel, le CH de Bretagne Sud a souhaité mener des actions concernant les équipes notamment pour celle des urgences par un audit de la société française de médecine d'urgence, mais également une démarche portée par le Dr Madeleine ESTRYN-BEHAR relative à l'ergonomie des organisations de travail des médecins.

[460] Dans les centres de lutte contre le cancer, il est institué un entretien collectif d'appréciation. C'est un échange préparé et formalisé au cours duquel sous la conduite du responsable d'unité, les praticiens font collectivement le bilan de l'année écoulée et fixent ensemble les objectifs de l'année à venir ainsi que les critères d'appréciation de la réalisation de ces objectifs, les moyens mis à disposition et les délais.

[461] La HAS a lancé une expérimentation, le Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) en avril 2014 avec dix-huit équipes de soins volontaires travaillant en établissement de santé. Il s'agit d'un programme collaboratif pluriprofessionnel qui propose des méthodes et des outils pour améliorer le travail en équipe afin de sécuriser la prise en charge du patient.

[462] Les équipes de la phase expérimentale ont testé un programme et une boîte à outils réalisés à partir d'une analyse de la littérature. Ce travail a été mené en trois étapes sur deux ans :

- Le diagnostic : analyse du fonctionnement de l'équipe pour identifier d'éventuels points faibles et définir les points d'amélioration à mettre en œuvre dans la suite de la démarche. Dans cette étape, les équipes ont été accompagnées par la HAS pour réaliser une enquête sur leur niveau de culture de sécurité et ont bénéficié de plusieurs sessions de formation d'équipe CRM-santé (Crew Resource Management Santé) ;
- La mise en œuvre : déploiement des méthodes et outils dans leur établissement selon quatre axes (communication, dynamique d'équipe, implication du patient et gestion des risques) ;
- L'évaluation : suivi et mesure des changements, bilan de l'expérimentation.

[463] Le rapport d'évaluation est prévu pour 2017 et devrait apporter des pistes intéressantes concernant les thématiques de la mission.

➤ Des journées thématiques concernant l'accueil, la sensibilisation et la formation

[464] Le CH de Roubaix organise des journées de sensibilisation sur les RPS avec des groupes pluriprofessionnels composés de médecins, cadres soignants et administratifs.

- [465] Le CHU de Rouen a organisé une formation obligatoire pour les quatuors de pôle et les futurs chefs de service sur les RPS et des conférences : qualité de vie au travail par Mme Pascale Levet, directrice scientifique de l'ANACT, management participatif par le Pr Philippe COLOMBAT et qualité de vie au travail – qualité des soins par Mme Véronique GHADI de l'HAS.
- [466] Les HCL proposent des formations en interne sur la thématique "avec qui allez-vous travailler demain" abordant les statuts, le projet médical, la certification... Ces modules de deux, trois heures sont proposés par les différentes directions et ont un bon taux de participation. Cet établissement a organisé avec le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) des formations au management de deux jours pour tous les chefs de pôle, chefs de service et nouveaux PU-PH. En complément, il est également prévu des actions de codéveloppement et de coaching.
- Des commissions de nom et de périmètre variables
- [467] Un comité des risques psychosociaux est installé depuis deux ans au CH de Roubaix qui traite de toute situation identifiée, soit par déclaration, soit lors de conflits ou d'informations transmises de façon indirecte. Il évoque toutes les situations de l'établissement y compris celles des praticiens, étudiants, internes. Il est composé de représentants du personnel mandatés par le CHSCT, d'un représentant de la CME, du médecin du travail, du psychologue du travail, du directeur d'établissement, des directeurs adjoints dont le directeur des affaires médicales. Les modalités d'intervention sont toujours dans un premier temps laissées à l'initiative du président de CME qui a désigné un médecin référent.
- [468] Le CHU de Nancy a créé depuis 2012 au sein de sa CME une cellule de médiation médicale (pièce jointe 8) lorsque des conflits entre praticiens au sein de l'établissement persistent. Elle intervient après échec de conciliation au niveau du pôle, validation de la demande par le président de CME et constitution du dossier. Les interventions de la cellule font l'objet d'un compte-rendu de médiation.
- [469] Dans le cadre du projet managérial du projet d'établissement du CHU de Saint-Etienne a émergé un thème sur la souffrance des praticiens. Il a été mis en place une cellule d'écoute et de médiation, baptisée "Inter-Med", pour signifier une entraide à caractère confraternel axée sur les synergies et les interactions au sein du corps médical, et visant à répondre à une difficulté personnelle ou de groupe, temporaire ou structurelle. Cette aide est apportée à toute situation de difficulté individuelle ou collective. Elle est proposée dans un cadre d'indépendance par rapport aux situations et aux institutions hiérarchiques. Les principes du code national de déontologie du médiateur sont applicables (respect de la liberté, de l'indépendance, de la neutralité, de l'impartialité, de la confidentialité, de la responsabilité). Il existe quatre niveaux d'intervention : écoute, médiation, conciliation et arbitrage. En un an de fonctionnement, douze personnes ont été suivies soit à leur propre demande, soit de celle de la médecine du travail soit du chef de service.
- [470] Les CHU ont le plus souvent mis en place des sous-commissions issues de la CME dont l'intitulé varie : vie médicale, commission de vie hospitalière, commission des relations humaines médicales... Toutes ont dans leur périmètre les RPS, la QVT, la gestion des conflits... Leur action était plus ou moins formalisée et effective. Actuellement, une nouvelle dynamique est engagée et l'importance de leur travail est promue.
- Le plan AP-HP concernant la mise en œuvre du plan d'action
- [471] Dans les suites du suicide du Pr Jean-Louis MEGNIEN, l'AP-HP a adopté un plan d'action relatif à la prévention et au traitement des situations particulières concernant le personnel médical.

[472] La mise en œuvre des préconisations a été décrite dans une note (pièce jointe 9) adressée aux directeurs de groupement hospitalier et aux présidents de CME locale :

- En 2016, au sein de chaque GH, il est mis en place :
 - ✓ Un comité de suivi des situations individuelles complexes et de prévention des RPS ;
 - ✓ Identification des personnes ressources susceptibles de mener des missions d'analyse, d'accompagnement et/ou de médiation ;
 - ✓ Organiser des journées d'accueil des nouveaux seniors ;
 - ✓ Informer l'ensemble de la communauté médicale des prises de fonctions des nouveaux PH ;
 - ✓ Mettre en place la commission de sélection des responsables de services, de départements et d'unités fonctionnelles directement rattachées aux pôles ;
- En 2017 :
 - ✓ Organisation des entretiens annuels pour l'ensemble des praticiens travaillant au moins à mi-temps ;
 - ✓ Installation des conseils de service ;
- Au siège en 2016 :
 - ✓ Préciser les modalités de nomination des chefs de service ;
 - ✓ Elaborer une charte du management hospitalier ;
 - ✓ Coordonner la formalisation des liens entre les services de santé au travail hospitalier et universitaire ;
 - ✓ Créer un vivier de praticiens susceptibles de mener des missions d'analyse, d'accompagnement de personnels ou de médiation ;
 - ✓ Journée d'accueil des nouveaux PH ;
 - ✓ Parcours d'intégration pour les PH ;
 - ✓ Proposition d'offre de formation au management ;
- Au siège en 2017, mettre en place une journée d'accueil des nouveaux PU-PH.

[473] Ces recommandations rejoignent un certain nombre d'actions mises en œuvre seules ou associées par les autres établissements.

3.4.3.5 Le service de santé au travail peut avoir des démarches pertinentes, mais qui se heurtent à la pénurie de médecins du travail

[474] Le service de santé au travail du CHU de Reims suite à une enquête dans laquelle les PU-PH souhaitaient être suivis au CHU a eu une délégation complète de leur suivi dans la cadre d'une convention entre le CHU et l'université. Un rapport annuel est établi et une facturation adressée.

[475] Par ailleurs, ce même service a institué une visite obligatoire pour les externes dès le premier stage. Une aptitude à la prise de fonction d'étudiant hospitalier est établie, dont un exemplaire est remis à l'étudiant et un autre à la direction des affaires médicales.

[476] Un partenariat est réalisé entre le SST du CHU et la structure d'aide et d'accompagnement des étudiants de la faculté.

[477] Les internes sont reçus par ce service à la prise de fonction au CHU, pour les certificats d'aptitude et à la demande.

[478] Les médecins du travail participent à l'accueil des internes. Ils ont tenté de mettre en place un réseau régional entre les SST des établissements publics de santé avec une fiche de liaison, mais se sont heurtés à de grandes difficultés du fait de la pénurie en médecin du travail.

3.4.3.6 Des projets sociaux qui concernent le personnel médical mettant en cohérence les nombreuses actions

[479] Le CH du Mans a établi un projet stratégique, construit de façon participative et comprenant le projet social médical et le projet social non médical, intégrant plusieurs thématiques sur la qualité de vie au travail, et a permis des formations-actions de sensibilisation aux RPS ouvertes aux médecins et aux cadres.

[480] Le CH de La Rochelle a depuis 2012 un projet social médical qui comprenait cinq axes : l'intégration des nouveaux professionnels, le développement professionnel continu, les conditions d'exercice, la prévention des risques professionnels et le dialogue social. Pour préparer le nouveau projet social, un questionnaire de satisfaction du personnel médical a été réalisé en 2015 avec un taux de retour de 67,3 %.

[481] Trois axes prioritaires de travail ont été présentés en juin 2016 en CME, chacun décliné en plusieurs actions :

- L'intégration des nouveaux praticiens au sein de l'établissement :
 - Trombinoscope des nouveaux arrivants ;
 - Portrait des nouveaux arrivants dans la newsletter ;
 - Documentation d'information à destination des nouveaux arrivants ;
 - Création d'un onglet médical sur le portail interne ;
 - Journée d'intégration des nouveaux arrivants ;
 - Désignation d'un tuteur/référent au sein du service du nouvel arrivant ;
- La prévention des risques professionnels (risques psychosociaux) et la régulation des conflits :
 - Développer la culture de la prévention des RPS chez les médecins ;
 - Sensibiliser le corps médical aux RPS ;
 - Renforcer le rôle de la médecine et des psychologues du travail (augmenter leur visibilité et réaffirmer leur rôle) ;
 - Identifier les médecins en situation d'épuisement professionnel et les accompagner dans leurs démarches, leur apporter des solutions concrètes ;
 - Activer une cellule de médiation pour réguler les problématiques interpersonnelles ;
- L'amélioration des conditions d'exercice et du bien-être au travail :
 - Améliorer le fonctionnement des outils informatiques ;
 - Améliorer le fonctionnement des secrétariats ;
 - Améliorer la définition des capacités en lits et la gestion des lits en période de crise ;
 - Respect des repos de sécurité ;
 - Améliorer la communication interne concernant les projets médicaux ;
 - Proposer une formation de management aux responsables de service (pôle) qui le souhaitent ;

- Améliorer la lisibilité du circuit (procédure) de validation des projets médicaux (+ retour d'informations).

[482] Chaque action fait l'objet d'une fiche détaillée type gestion de projet.

[483] Le CHU de Bordeaux a élaboré son projet d'établissement 2016-2020 comportant un projet social décliné en quatre axes qui participent activement à la prévention des RPS ainsi qu'au développement de la QVT. Chacun de ces axes a été décliné de manière spécifique pour le personnel médical :

- Accompagnement au changement :
 - Permettre aux chefs de pôle et de service de participer plus activement aux formations managériales ;
 - Préparer les équipes médicales à une territorialisation de l'offre de soins ;
- Amélioration des conditions de vie au travail :
 - Renforcer les démarches d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels médicaux prenant leur fonction au CHU ;
 - Clarifier les organisations de travail par un tableau de service numérique ;
- Développement du maintien dans l'emploi :
 - Prévenir les RPS : mettre en place la sous-commission "attractivité et accompagnement des carrières" ;
 - Renforcer la prévention des risques sanitaires concernant spécifiquement les personnels médicaux (visites de reprise par le SST) ;
- Développement des compétences (repérage des futurs HU, entretiens annuels..).

[484] Le CHU de Bordeaux a aussi décrit des processus participant à la prévention et de détection des RPS. Ce sont différents dispositifs qui vont de la prévention et de la détection collective et individuelle à l'action corrective (pièce jointe 10).

[485] Le CHU de Bordeaux a pu engager cette dynamique car il a pu s'appuyer sur un SST qui a mis en place une pluridisciplinarité depuis 2007 sans attendre le décret¹¹⁹ de 2015. L'équipe vient en appui de l'action médicale et permet une meilleure identification des missions du SST sur le terrain. L'équipe comprend des infirmiers, des préventeurs en hygiène et sécurité, des psychologues en santé au travail, des ingénieurs en organisation et un ergonome. Le SST du CHU travaille en lien étroit avec la médecine de prévention de l'université.

4 QUELLES PERSPECTIVES D'AMELIORATION ?

[486] Au regard de l'état des lieux, du diagnostic, des dispositifs existants et des initiatives engagées, la mission propose une stratégie nationale de la qualité de vie au travail et de prise en charge des RPS par une impulsion nationale déclinée régionalement et appropriée localement.

[487] Les démarches de prévention des risques professionnels s'articulent autour de 3 niveaux¹²⁰ :

- La prévention primaire (prévenir) vise à supprimer ou réduire les causes de RPS liées aux situations de travail ;

¹¹⁹ Décret n° 2014-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement de services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

¹²⁰ Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

- La prévention secondaire (réduire ou corriger) vise à aider les salariés à développer des connaissances et des réponses pour mieux faire face aux situations à risque psychosocial ;
- La prévention tertiaire (réparer) consiste à gérer les situations de crise et à mettre en place des dispositifs d'assistance aux salariés affectés par les RPS.

[488] La prévention formant un tout, les trois niveaux cités doivent être intégrés dans une démarche globale de prévention des risques professionnels.

[489] Les actions de prévention primaire, efficaces sur le long terme et s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie au travail seront privilégiées. En cas de recours indispensable à la prévention tertiaire, il sera recherché, dès après l'événement, les causes génératrices de la situation afin de les supprimer ou de les réduire et ainsi chercher des solutions relevant de la prévention primaire.

4.1 Mettre en place un pilotage national appuyé sur un système d'observation, d'études et de recherche dans le domaine des RPS :

4.1.1 Créer une mission nationale chargée des RPS et de la qualité de vie au travail en établissements de santé

[490] Dans le cadre de la mise en œuvre d'une stratégie nationale, la création d'une mission nationale est nécessaire. Son champ de compétences pourrait s'étendre à l'ensemble des professionnels de santé. Il conviendra d'en faire un véritable outil de pilotage des politiques liées à la prévention, au traitement des RPS et à la qualité de vie au travail :

- Elle sera à l'initiative d'un observatoire permettant une analyse qualitative et quantitative¹²¹ en matière de RPS, un suivi annuel et une base de comparaison avec les pays investis dans le domaine ;
- Elle élaborera les outils utiles et nécessaires à la détection, prévention et suivi des RPS ;
- Elle proposera des indicateurs et un appui méthodologique aux les établissements ;
- Elle conduira la mise en œuvre d'un cahier des charges de bonnes pratiques relatif aux structures d'écoute et d'orientation qu'il y a lieu de fédérer tout en s'assurant qu'elles soient accessibles sur l'ensemble du territoire national. Ce cahier des charges conditionnera la participation financière des pouvoirs publics (ARS) à leur fonctionnement ;
- Elle assurera la labellisation et la répartition sur le territoire des structures de prise en charge ambulatoires et hospitalières spécialisées dans le soin aux soignants ;
- Elle déterminera les axes de recherche prioritaires sur la thématique ;
- Elle pilotera la stratégie d'information et de communication. A ce titre, une plate-forme numérique sera mise à disposition de l'ensemble des établissements et permettra de proposer une veille réglementaire et de partager les bonnes pratiques dans ce domaine ;
- Elle élaborera un rapport annuel qui sera remis au ministre et publié.

[491] Cette mission associera *a minima* les conseils de l'Ordre, la CNAMTS, la DGOS et la DGS.

¹²¹ L'Angleterre a mis en œuvre un sondage auprès du personnel soignant de tous les établissements de santé sur la satisfaction au travail, les conditions de travail et sur la qualité du management de proximité... BRAS Pierre-Louis : Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? Les Tribunes de la santé. Presses de Science Po. 2012/2 n°35. Pages 29-41.

[492] Cette mission sera dotée d'un statut juridique ou sans personnalité morale (du type Mission T2A), d'une autonomie et d'un financement à la hauteur de la stratégie nationale engagée. A ce titre, la mission propose que l'enveloppe nationale de financement du consultanat lui soit consacrée (16 M€). Le financement de ce consultanat hospitalo-universitaire sur la valence hospitalière sera alors assuré par chaque établissement de santé au même titre que toutes les autres catégories de personnel médical hospitalier, les consultants participant à l'activité des dits établissements. La mission rappelle que le surnombre universitaire associé au consultanat est financé par les universités.

[493] La mission propose que le périmètre des missions dévolues à cette structure soit élargi au-delà des personnels médicaux hospitaliers.

4.1.2 Mettre en place un système d'observation, d'études et de recherche dans le domaine des RPS

4.1.2.1 Objectiver, mieux connaître, mesurer et exploiter les données, mieux évaluer les résultats des actions conduites

[494] Plusieurs organisations spécialisées dans le champ de la santé au travail (INRS¹²², ANACT, associations dédiées sur un champ plus ciblé, laboratoires universitaires ou unités mixtes de recherche¹²³...) ont recueilli et capitalisé des données, développé des outils et, mettent à disposition leur savoir et savoir-faire dans le champ de la prévention des RPS.

[495] La mission a donc constaté des entités travaillant de façon autonome et dynamique, mais sans lien institutionnel ou partenarial entre elles. En effet elle n'a pu identifier un réseau de recherches organisé sur-le-champ spécifique des RPS des professions et professionnels de santé.

[496] Il n'existe quasiment aucune étude réalisée auprès des étudiants. L'étude I-SHARE¹²⁴ propose de mettre en place une cohorte permettant d'évaluer l'état de santé et de bien-être de cette population spécifique. L'objectif principal de cette étude scientifique est d'étudier l'état de santé et les déterminants de certaines maladies chez les étudiants, en les suivant au cours du temps. Certains domaines seront approfondis comme la santé mentale les comportements à risque. L'étude se déroule majoritairement par internet via un site spécifique totalement dédié à l'étude, où toutes les conditions d'anonymat de confidentialité. Les priorités i-Share sont les suivantes :

- Déterminer la fréquence et les conséquences de pathologies telles que la dépression, l'anxiété, les conduites suicidaires, les symptômes psychotiques ;
- Identifier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs ;
- Evaluer le recours au système de soins et aux médicaments chez les étudiants souffrant de troubles psychiatriques ;
- Apprécier l'impact d'un programme de dépistage dans les formes sévères de la pathologie ;
- Evaluer leurs conséquences personnelles sur la précarité, l'échec universitaire, la santé globale, le bien-être ;
- Identifier les facteurs de risque sociodémographiques, environnementaux, psychologiques et psychopathologiques ;

¹²² Institut national de recherche en sécurité

¹²³ Comme le centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale COMPTRASEC UMR CNRS 5114 Université de Bordeaux - CHU de Bordeaux - ISPED - Laboratoire de psychologie, santé, qualité de vie au travail. Ce laboratoire bénéficie de financement dans le cadre de l'Idex de Bordeaux ; "Investissement d'avenir"

¹²⁴ i-Share – Internet based Students HeAlth Research Enterprise : *projet a été retenu et financé par le programme des Investissements d'avenir en 2011*. Promoteur de l'étude : Université Victor Segalen (Bordeaux).

- Etudier l'impact du stress, de la personnalité, du sommeil sur l'ensemble des conduites à risques, sur la santé globale et sur la réussite universitaire ;
- Mener des actions de prévention auprès des étudiants vulnérables.

[497] Tous les étudiants des universités françaises sont invités à participer à cette étude avec un objectif de 30 000 étudiants inclus sur une période de recrutement de 5 années.

[498] Selon la mission, il conviendrait d'inciter et d'initier des travaux de recherche nouveaux et communs répondant à des objectifs dans ce domaine, voire la création d'un réseau structuré de recherche sur le management et les RPS des professionnels de santé comportant un volet spécifique sur les personnels médicaux.

[499] Cette nouvelle étape pourrait bénéficier de l'expertise interne des organisations et laboratoires déjà identifiés, d'expertise externe (via la mobilisation d'experts des disciplines possiblement concernées), de collaborations et partenariats académiques formalisés par des conventions de recherche-développement, de travaux de recherche en sciences organisationnelles, sociales et comportementales (et autres ?) financés par des appels à projets.

[500] Par ailleurs peu d'interlocuteurs ont fait état, sauf études ponctuelles, d'approches comparées et croisées avec des chercheurs et experts travaillant dans ou pour des organisations et agences homologues ou même d'échanges sur des thématiques de recherches dans ce domaine au niveau européen. Alors même que cette problématique est partagée en Europe¹²⁵, il conviendrait d'affirmer la nécessité de travaux de recherche convergents sur leur prévention à ce niveau.

Recommandation n°7 : Créer une mission nationale chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail associée à un observatoire d'études et de recherche.

4.1.2.2 Promouvoir des projets dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS)

[501] La direction générale de l'offre de soins (DGOS) lance chaque année des appels à projets de recherche sur les soins et l'offre de soins. Ces appels à projets concernent 5 programmes couvrant les champs de la recherche clinique, translationnelle, infirmière et paramédicale, médico-économique, sur la performance du système de soins. Le financement du ministère en faveur de ces 5 programmes est conséquent, à hauteur en 2014 de 136 M€

[502] Dans la continuité des politiques publiques faisant de la prévention des RPS une préoccupation affirmée au plan national, il conviendrait dès la campagne 2017, de prioriser la recherche dans ce domaine et les projets centrés sur prévention primaire s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie au travail seront privilégiés.

[503] La mission propose que les appels à projets nationaux s'inscrivent dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS) doté d'un financement spécifique et sanctuarisé afin de susciter des projets de recherche pouvant apporter une réponse à des questions spécifiques des pouvoirs publics sur les risques psychosociaux du personnel médical hospitalier et les questions de management médical.

[504] Ces recherches doivent permettre aux décideurs d'orienter la politique de santé pour améliorer la détection et la prévention des risques psychosociaux. Ainsi, les résultats de ces recherches pourront être mis en œuvre à différents niveaux, institutionnel, territorial ou national.

¹²⁵ Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail et Eurofound. Risques psychosociaux en Europe : prévalence et stratégies de prévention. Octobre 2014. 2 pages.

- [505] Les équipes devront associer des chercheurs ou des professionnels de tous les horizons dont les compétences et les pratiques enrichissent les méthodes et les outils d'analyse et élargissent les champs d'expérimentation ou de validation des projets.

Recommandation n°8 : Promouvoir et financer la recherche s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS dans le cadre des appels à projets nationaux de recherche (PREPS).

4.1.3 Détecter et déclarer les EIG en matière de RPS (situations de danger imminent, désaccords sérieux et persistants, tentative de suicide, suicide, plainte harcèlement moral ou sexuel...)

- [506] Le dispositif de déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés à des soins s'inscrit dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et participe au développement des programmes de gestion des risques au sein des établissements de santé.
- [507] Les systèmes de signalement des événements indésirables (EI) se sont révélés très utiles, voire indispensables pour construire une culture de sécurité dans les établissements. Pour faire face à une sous-déclaration des EI par peur de la sanction et du fait d'une incompréhension quant à l'utilité et la finalité du système, les établissements ont eu recours à l'élaboration d'une charte afin d'encourager les signalements, reconnaissant ainsi une plus grande responsabilité des soignants dans l'amélioration de la qualité et sécurité des soins dispensés. En contrepartie, ils assurent une plus grande protection en s'engageant à ne pas sanctionner les agents qui signaleraient un dysfonctionnement.
- [508] Le décret¹²⁶ d'application de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé conduit à passer à un système plus efficient, où les professionnels et établissements de santé deviennent acteurs du système de signalement, en recherchant les causes immédiates et profondes de la survenue de l'accident. Ils seront ainsi davantage impliqués et sensibilisés à la gestion des risques médicaux ; ceci favorisant une amélioration de la sécurité.
- [509] La mission considère que la question des RPS est complexe et comporte des enjeux particulièrement stratégiques puisqu'ils touchent à la qualité de la ressource humaine médicale et donc au soin. La qualité des soins est aussi liée au bien-être des soignants.
- [510] Elle propose d'instaurer un dispositif de signalement d'EIG liés aux risques psychosociaux qui devra répondre aux grands principes suivants :
- Garantir la confidentialité des données recueillies ;
 - Etre conçu et déployé en complémentarité et en articulation avec le dispositif préexistant ;
 - S'intégrer dans les organisations à mettre en place, au sein des établissements de santé, pour analyser les causes racines, élaborer et mettre en œuvre de mesures correctrices (procédures, modification des pratiques, des organisations...) et ainsi améliorer le plan d'action de prévention des risques psychosociaux dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.
- [511] Le dispositif institutionnel de signalement, d'analyse et de traitement devra figurer dans le règlement intérieur de l'établissement.

Recommandation n°9 : Elaborer un texte réglementaire concernant la déclaration d'EIG liés à un risque psychosocial selon les mêmes procédures que celles des EI liés aux soins.

¹²⁶ Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

4.1.4 Mieux prendre en charge le soin aux soignants

- [512] Il a été rappelé à la mission par les professionnels rencontrés que les personnels médicaux hospitaliers sont peu enclins à souscrire à une mutuelle et à une prévoyance. Les conséquences peuvent être importantes lorsqu'ils doivent faire face à des congés maladie, de longue maladie et de longue durée.
- [513] Comme indiqué *supra*, il existe une petite dizaine d'associations d'écoute et d'orientation des médecins en souffrance dont le périmètre et les modes d'intervention sont variables.
- [514] L'association SPS a pour objectif de mettre en place une plate-forme d'appel unique en lien avec les associations d'écoute existantes.
- [515] La mission considère qu'il y a lieu de fédérer toutes ces associations sur la base d'un cahier des charges assurant les bonnes pratiques et l'accessibilité sur l'ensemble du territoire national comme prévu dans les attributions de la mission nationale. Les modalités de financement sont à structurer afin d'assurer la pérennité de ses structures qui reposent actuellement sur des fonds non garantis à court terme et moyen terme ainsi que des bénévoles.
- [516] Par ailleurs, il est important de disposer d'une offre de soins spécialisée, ambulatoire et hospitalière dans la prise en charge des personnels médicaux en souffrance sur le modèle du Centre Galatea de Barcelone qui a permis l'obtention de résultats significatifs ainsi que du premier centre français à Villeneuve-lès-Avignon (cf. *supra*).
- [517] Actuellement, de nombreuses initiatives privées de centres dédiés ont été recensées par la mission, en lien avec des ARS, annonçant des ouvertures d'unités en 2017.
- [518] La mission attire l'attention sur le risque de multiplication de centres dédiés quasi exclusivement privés sans une réflexion préalable nationale sur le besoin, les pré requis qualitatifs et les implantations. Il est nécessaire de rappeler l'importance sur ce sujet de la formation¹²⁷, des personnels soignants et médicaux et du strict respect de la confidentialité.
- [519] Un cahier des charges est à construire par la mission nationale ; il permettra ainsi de labelliser des centres d'écoute, d'orientation et de soins aux soignants, dont l'ouverture au-delà des seuls personnels médicaux est à encourager.

Recommandation n°10 : Elaborer, dans le cadre de la mission nationale, un cahier des charges permettant de labelliser les centres d'écoute, d'orientation et de soins des médecins en souffrance.

4.1.5 Organiser la médiation

- [520] Pour réaliser concrètement cette mission de médiation en cas de difficultés de résolution en local, la mission propose de "dépayser la prise en charge" en instaurant au niveau régional une organisation autour de médiateurs régionaux et d'un médiateur national "santé", à l'instar de l'organisation mise en œuvre par le MENESR (cf. *supra*).
- [521] Cette médiation régionale sera externe, indépendante, compétente et formée par d'anciens professionnels (doyens, présidents de CME, directeurs, membres des organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers, PH, PU-PH), reconnus et formés spécifiquement à la médiation¹²⁸ et à l'approche de la gestion des situations complexes.

¹²⁷ DU Soigner les soignants

¹²⁸ Répondant aux principes du code de déontologie du médiateur (pièce jointe 11)

- [522] La mission propose que ces médiateurs régionaux soient nommés par le ministre en charge de la santé sur avis du médiateur national et que ce dernier soit nommé parmi les membres de l'IGAS.
- [523] Sur le modèle de l'éducation nationale, cette démarche de médiation sera sollicitée par l'établissement, après concertation du directoire, ou par le praticien lorsque les solutions internes n'auront pas permis la résolution de la situation. La démarche reposerait ainsi sur l'appui de professionnels extérieurs à l'établissement et à la région.
- [524] De plus, l'intervention d'un binôme de médiation santé et de médiation enseignement supérieur permettra d'établir une articulation entre l'hôpital et l'université, lorsqu'un personnel enseignant et hospitalier est concerné.
- [525] L'intervention du niveau national sera sollicitée par les médiateurs régionaux santé et/ou enseignement supérieur lorsque la situation nécessite un arbitrage des départements ministériels concernés (DGOS, DGRH) ou CNG.
- [526] Ce dispositif nécessitera des actions de communication fortes, en lien avec la mission nationale, permettant à chaque médecin une connaissance des différents niveaux de prise en charge, local, régional et national.
- [527] Une évaluation annuelle présentée dans le cadre des travaux menés par la médiation nationale et régionale nouvellement créée dans le cadre de son rapport d'activité permettra de faire le bilan et de proposer des orientations en fonction des typologies de situations rencontrées dans le cadre de cette démarche.
- [528] Une évolution dans ce sens s'avère aujourd'hui indispensable pour mieux prendre en compte les nécessités institutionnelles et les attentes de professionnalisation et d'indépendance formulées lors des auditions organisées par la mission.
- [529] Le financement de la médiation sera assuré par la mission nationale avec laquelle elle sera en forte interaction.

Recommandation n°11 : Créer auprès de la mission nationale, une fonction de médiation nationale et régionale assurée par des personnalités qualifiées et formées répondant aux principes du code de déontologie du médiateur.

4.2 Impliquer la gouvernance des établissements dans le management médical, la prévention et la gestion des RPS

4.2.1 Impliquer la gouvernance médicale

4.2.1.1 Un nouveau rôle de la CME

- [530] Les hommes constituent la principale ressource d'un établissement de santé et l'action des dirigeants hospitaliers est fondamentale en termes de "*management humain et empathique, de gouvernance éclairée dans une approche collégiale*¹²⁹". La responsabilité du directeur d'hôpital est sur ce plan importante.
- [531] En premier lieu, un investissement institutionnel est indispensable : se doter d'un volet du projet social qui concerne la communauté médicale avec une implication forte de la CME, définissant une véritable politique de santé en revisitant les modes de management, d'organisation,

¹²⁹ Intervention du 20 octobre 2016 de l'association des directeurs d'hôpital (ADH) dans le cadre de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur le syndrome d'épuisement professionnel

de relations au travail au sein des pôles, mais aussi d'action sociale, versant important pour les jeunes médecins.

[532] De nombreux établissements ont élaboré un projet social avec un volet médical comportant des axes autour de l'intégration des nouveaux praticiens au sein de l'établissement, de la prévention des risques professionnels (risques psychosociaux) et régulation des conflits et de l'amélioration des conditions d'exercice et du bien-être au travail.

[533] Le rôle de la CME est déterminant pour la qualité de travail des praticiens, la qualité et la sécurité des soins. A ce titre, il y a lieu de généraliser la création d'une sous-commission de la CME devant traiter les problèmes de santé et de sécurité au travail des personnels médicaux hospitaliers (*cf. infra*).

[534] Le président et la CME devraient ensemble investir sur l'évaluation des pratiques professionnelles, y compris managériales, des chefs de pôle, chefs de service et responsables des autres structures, dans la conduite des missions et activités qui leur sont confiées. Ils auront à contribuer à la politique de prévention et de gestion des conflits internes en définissant un programme pluriannuel d'actions.

4.2.1.2 Généraliser la sous-commission de la CME dédiée à la qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels des personnels médicaux

[535] Il paraît aujourd'hui nécessaire d'associer davantage les praticiens hospitaliers, au sein des établissements, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, la qualité de vie au travail et la santé au travail.

[536] Lors des auditions et déplacements effectués par la mission, certains établissements ont fait état de la création d'une sous-commission de la CME axée sur ces sujets et dont les prérogatives sont variées mais peu formalisées.

[537] La mission préconise la généralisation d'une sous-commission de la CME dont les missions seraient inscrites dans le règlement intérieur de l'établissement et qui peuvent être résumées ainsi :

- Promotion d'une politique de qualité de vie au travail et de prévention des risques professionnels, dont les risques psychosociaux ;
- Promotion d'un management de bienveillance et proche des acteurs ;
- Contribution à l'élaboration d'un code de "bonne conduite" pour soutenir la solidarité entre praticiens au travers d'un programme local pluriannuel d'actions, évalué chaque année, permettant d'instaurer ou de restaurer la dynamique et la confiance entre les pairs ;
- Conseil, accompagnement et soutien auprès des personnels médicaux en situation de souffrance avec mise en place d'une conciliation dans le cas de conflits. Cet accompagnement et soutien auprès des personnels médicaux pourront s'appuyer si nécessaire sur :
 - Le conseil de l'Ordre pour ses expertises en matière de médiation et d'écoute ;
 - Les collégiales disciplinaires lorsqu'il s'agit de personnels enseignants et hospitaliers qui peuvent être facilitatrices notamment en matière de mobilité ;
 - Les espaces éthiques régionaux en cas de conflit lié aux bonnes pratiques (pertinence des soins) ou de représentation du bon acte ;
- Accompagnement des personnels médicaux dans le cadre d'un retour à l'emploi après un CLM ou CLD.

- [538] Le développement, autour du président de la CME, du directeur en charge des affaires médicales et du médecin du travail, d'une "cellule d'écoute et de conciliation" est préconisé dans le cadre des missions dévolues à la sous-commission.
- [539] Des témoignages recueillis, la mission a constaté des attentes fortes des personnels médicaux et leurs représentants à l'égard du bon fonctionnement de cette cellule et en particulier des règles de traitement des situations individuelles qui doivent être formalisées.
- [540] La mission insiste sur la nécessaire traçabilité des procédures menées par la sous-commission et leur caractère contradictoire, en conformité avec les bonnes pratiques de la conciliation, appelée souvent médiation à tort (cf. *infra*), qui reste à "professionnaliser" tant au niveau local que régional. Une formation à la résolution des conflits et aux actions de conciliation est à ce titre particulièrement recommandée. La formalisation des conclusions et la décision institutionnelle sont indispensables et s'imposent aux parties.
- [541] Une phase de diagnostic préalable doit être associée à un signalement immédiat à la médecine du travail dès lors que les premiers éléments réunis peuvent laisser penser à un risque pour la santé d'un personnel ou d'une équipe.
- [542] En cas d'incapacité de cette cellule de la sous-commission à proposer une solution acceptée par le ou les praticiens concernés, le recours à la médiation régionale devra être mis en œuvre par la direction de l'établissement.
- [543] Concernant le retour à l'emploi, il devra être anticipé et organisé pour faciliter la réinsertion professionnelle du praticien concerné en lien avec le service de santé au travail.
- [544] Par nécessité de cohérence et de bonne articulation entre le CHSCT et la CME et afin de développer une meilleure appropriation médicale de la santé au travail, la mission recommande que les deux représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes siégeant au CHSCT, soient désignés par la CME parmi les membres de cette sous-commission dont son président, membre de droit.

Recommandation n°12 : Généraliser la création d'une sous-commission de la CME qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels des personnels médicaux dont le président sera membre de droit du CHSCT.

4.2.1.3 Des bonnes pratiques managériales à mettre en avant dans une stratégie plus globale

- [545] Le contexte hospitalier actuel rend plus nécessaire encore la mobilisation des personnels médicaux. Le rôle du manager, soumis à de nombreux défis est de rassurer et de donner confiance aux membres de l'équipe pour qu'ils s'engagent à mesure de leurs compétences. Au-delà de la nécessaire exemplarité dont il doit faire preuve, le responsable médical doit pouvoir s'appuyer sur des outils simples et concrets comme la charte de management afin de :
- Donner du sens en actant le partage des valeurs de l'institution et en rappelant l'importance du développement des salariés ;
 - Donner des repères en fixant les règles du jeu relatives aux modalités de prise de décision, aux modes de concertation et à l'organisation du travail.
- [546] La mise en place d'une charte du management a pour objectif de faire évoluer durablement les pratiques managériales, elle suppose de travailler non seulement sur les valeurs (équité, respect des différences, transparence...), mais aussi sur les comportements associés.

[547] Enfin, il apparaît nécessaire de mettre en place une véritable stratégie concernant les personnels médicaux et leur gestion. Deux axes sont indispensables :

- Des projets sociaux incluant les personnels médicaux tout en dégageant des points qui leur sont propres ;
- De vraies directions des ressources humaines médicales à l'heure des GHT, c'est une opportunité à saisir en développant des compétences et des fonctions spécialisées pour en finir avec la seule gestion des échelons et des rémunérations.

[548] Le projet médical et le projet social avec son volet médical sont essentiels dans la stratégie médicale d'un établissement pour proposer de véritables parcours professionnels en détectant les potentiels, en recrutant de façon transparente, en accueillant et intégrant, en accompagnant notamment par un entretien annuel, en créant des espaces de dialogue, d'échange et d'écoute et en veillant à la qualité de vie au travail.

4.2.1.4 Des espaces de régulation et de discussion à recréer

[549] Au-delà des constituants conventionnels des projets et contrats de pôle, pour réinvestir sur la proximité du management et sans remettre en cause l'organisation polaire, la mission recommande de valoriser le rôle du collectif et de réaffirmer les compétences de décision du responsable de service, de département ou d'unité fonctionnelle qui doit disposer de marges d'adaptation et de décision pour une meilleure efficacité et une cohésion d'équipe, facteur déterminant de prévention des RPS.

[550] Le rapport "Bien être et efficacité au travail" fait à la demande du Premier Ministre¹³⁰ spécifie que : *"Les espaces de régulation et de discussion sont donc indispensables, à plusieurs titres : pour que les salariés s'approprient leurs pratiques professionnelles sur le plan technique et éthique, pour donner sa place à la performance collective dans le travail, et enfin pour prévenir les conflits au travail par des espaces de partage et de dialogue sur les difficultés rencontrées. Les espaces de discussion sur le travail permettent de décharger les problèmes au travail d'une partie de leur dimension émotionnelle : le salarié n'est plus seul face à son problème"*.

[551] Quant à l'HAS et l'ANACT, dans un article¹³¹ dédié à la question des espaces de discussion dont les établissements ont besoin, elles précisent : *"Parce que les espaces de discussion sont aujourd'hui promus en tant que vecteurs de la qualité de vie au travail, ils méritent attention d'autant plus qu'ils prennent des formes diverses, particulièrement dans le domaine de la santé. Ils se définissent toutefois par quelques caractéristiques premières : un champ d'action portant sur l'organisation du travail, l'expression plurielle et équitable des métiers et des modalités participatives clairement énoncés"*.

[552] En conclusion, l'article rapporte la citation d'un autre article¹³² qui précise : *"Si ce n'est pas le plus fréquent, des réunions de service peuvent devenir des espaces de dialogue sur le travail, tandis que certains dispositifs institutionnels, bien qu'utiles et pourvus de moyens, ne se saisiront pas de leviers organisationnels pour améliorer la qualité des soins. Finalement la portée des espaces de dialogue dépend "de la façon dont une organisation, dans son ensemble reconnaît, avec facilité ou non, les degrés de liberté que les individus et les collectifs peuvent être amenés à se donner vis-à-vis des règles formelles dans le déroulement du travail"*.

¹³⁰ LACHMANN Henri, LAROSE Christian, PENICAUD Muriel, MOLEUX Marguerite. Bien être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Avril 2010. 19 pages

¹³¹ GHADI Véronique, LIAROUTZOS Olivier : De quels espaces de discussion les établissements de santé ont-ils besoins ? La revue des conditions de travail. ANACT. Mai 2016 N°4. P57-65.

¹³² UGHETTO Pascale : Des transformations de la matérialité du travail aux expérimentations d'espaces de discussion ou de dialogue. La Revue des Conditions de Travail, ANACT, 2015, p106-113.

- [553] La mission recommande de recréer les espaces de dialogue sur le travail, de régulation et de discussion autour des réunions de service afin de développer le collectif, favoriser l'implication de l'équipe médicale et prévenir notamment les conflits au travail. En effet, les entretiens menés ont confirmé l'effacement des conseils et réunions de service au bénéfice de ceux du pôle.

Recommandation n°13 : Recréer les espaces de dialogue sur le travail, de régulation et de discussion notamment autour des réunions de service.

4.2.2 Intégrer les personnels médicaux dans le dialogue social de l'établissement

4.2.2.1 Un bilan social annuel qui prenne mieux en compte le personnel médical

- [554] La refonte du bilan social¹³³ a permis de simplifier son contenu. L'enjeu de cette simplification permet d'assurer au bilan social, une vocation notamment de document stratégique. Le bilan social permet une analyse des données sociales de l'établissement pour les personnels médicaux, une mise en valeur des bonnes pratiques et une objectivation de la mise en œuvre d'une réflexion stratégique.

- [555] Ce bilan social annuel devra être en pratique, renforcé par des indicateurs spécifiques, dont ceux concernant les RPS, aux différentes catégories de personnel médical afin de favoriser le dialogue et son appropriation par la communauté médicale, au-delà des instances dédiées au personnel non médical.

Recommandation n°14 : Construire une charte du management en s'appuyant sur les principes, pratiques et valeurs centrales de l'établissement, généraliser l'élaboration d'un projet social doté d'un volet concernant le personnel médical hospitalier et renforcer le contenu du bilan social par des indicateurs spécifiques.

4.2.2.2 Un CHSCT qui concerne tous les personnels

- [556] Il paraît essentiel de faire évoluer le CHSCT pour d'une part, qu'il prenne en compte dans les faits, l'ensemble des professionnels en exercice (médical et non médical) dans les établissements de santé, et, d'autre part, qu'il puisse articuler ces travaux et réflexions avec la CME, son programme de santé au travail, incluant les risques professionnels dont les risques psychosociaux, la question de la pénibilité de l'exercice professionnel et de l'inaptitude au travail, dans une dimension également pluriannuelle.

- [557] Une bonne articulation des travaux de ces deux instances, avec la volonté de décroiser leur fonctionnement, devrait permettre d'engager des travaux concrets sur le rapprochement des organisations de travail des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière pour soutenir la cohérence des actions, favoriser la cohésion et la sécurité des pratiques professionnelles des équipes pluriprofessionnelles, tout en valorisant les travaux dans le champ de la qualité de travail qui concerne l'équipe soignante dans sa globalité.

- [558] Cette meilleure coordination devrait faciliter également l'émergence de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail notamment sur la prévention des RPS des équipes soignantes, établis sur la base d'un cadrage des ARS.

- [559] Dans le cas d'événements graves (notamment violence, tentative de suicide, suicide) qui concerneraient le personnel médical et qui nécessairement ont un impact sur l'équipe, le CHSCT doit se saisir de la question en lien avec les représentants médicaux qui la compose. Une enquête de prévention est menée par le CHSCT, mais ne doit pas se substituer à l'enquête administrative.

¹³³ Décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 et l'arrêté du 5 décembre 2012.

4.2.3 Mieux suivre les professionnels médicaux qui travaillent à l'hôpital

4.2.3.1 Le suivi des étudiants hospitaliers

[560] L'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales dispose que : *"les stages organisés en application du présent arrêté font l'objet d'une convention signée entre le centre hospitalier universitaire, la structure d'accueil et l'université où l'étudiant est inscrit. Cette convention précise notamment les modalités d'organisation et de déroulement du stage. Le ou les projets pédagogiques correspondant aux stages organisés dans cette structure sont annexés à la convention"*.

[561] Il est souhaitable que les établissements élaborent des conventions qui couvrent de façon exhaustive toutes les dimensions relatives à l'organisation du stage et notamment :

- La politique médicale du CHU en matière de formation des étudiants, en particulier la programmation et la gestion des stages des étudiants et des internes dans les services hospitaliers (accueil, déroulement des stages, encadrement, évaluation...);
- L'implication et la responsabilité des HU titulaires dans ce domaine ;
- La formalisation de la participation des PH à l'encadrement des étudiants, par voie contractuelle y compris en leur donnant un statut universitaire témoignant ainsi une reconnaissance de leur investissement.

[562] A l'instar des initiatives remarquables de quelques UFR, citées *supra*, la mise en œuvre d'un guide pratique de l'étudiant est hautement souhaitable. Ce guide devra être à même de comporter notamment toutes les informations relatives aux aides locales régionales ou nationales en cas de difficultés d'ordre personnel ou professionnel, les conseils en cas d'intimidation ou de harcèlement, les politiques facultaires en matière de protection et de sécurité des étudiants.

Recommandation n°15 : Elaborer un guide de l'étudiant hospitalier facilitant l'acquisition d'informations utiles en cas de difficultés.

4.2.3.2 Dépistage des internes en difficulté

- Le suivi au long cours

[563] Sur la base des travaux entamés depuis 2009 et des préconisations de la mission menée par les Pr COURAUD et PRUVOT¹³⁴, la réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine dans ses principes, prévoit un meilleur suivi et évaluation au long du parcours avec des "check point" entre les phases de formation, un port-folio, une transversalité accentuée des formations et des enseignements transversaux.

[564] Les enseignements transversaux (éthique, management, qualité et gestion des risques), le suivi et l'évaluation au long du parcours envisagés représenteront un outil de prévention primaire si le cadrage national en cours prévoit cette dimension.

- La délivrance du certificat d'aptitude :

[565] L'article R6153-7 du CSP prévoit : *"Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un **médecin hospitalier**, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule. (...)"*. Le certificat établit

¹³⁴ COURAUD François, PRUVOT François-René : Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. 2014. 28 pages.

COURAUD François, PRUVOT François-René : Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux. Juin 2015. 43 pages.

l'absence de contre-indication, notamment mentale, et engage la responsabilité de son signataire et doit constituer une opportunité de dépistage.

[566] La mission observe que dans la pratique, ce certificat est couramment établi par un CCA ou un PH du service et ne remplit en rien les objectifs visés par cet article. Ce constat est partagé par l'ensemble des acteurs rencontrés. Il convient de modifier cet article concernant les qualités du médecin pouvant délivrer le certificat.

➤ Le suivi par la médecine du travail :

[567] Le médecin du travail joue un rôle important dans la prévention primaire et dans le diagnostic des facteurs de risque comme indiqué *supra*. En France, très peu d'étudiants hospitaliers et d'internes en médecine consultent le médecin de prévention ou le médecin du travail.

[568] Il est nécessaire que les CHU imposent aux internes une visite de médecine du travail au cours du premier semestre notamment pour les informer sur les risques en milieu hospitalier (RPS, risques biologiques, rayonnements ionisants...). Une fiche d'aptitude serait délivrée et remise au bureau du personnel médical de l'hôpital d'affectation.

[569] Des initiatives fort intéressantes ont été recueillies par la mission, à l'instar du CHU de Reims en partenariat avec la faculté (cf. *supra*).

[570] Une sensibilisation des doyens, des coordonnateurs, des médecins du travail et des directions hospitalières, à la nécessité de procéder à cette visite est indispensable.

Recommandation n°16 : Instaurer une visite obligatoire de la médecine du travail pour les étudiants hospitaliers et les internes lors de leur premier stage, visite donnant lieu à aptitude aux fonctions à l'hôpital et une délivrance du certificat d'aptitude des internes par un médecin agréé ou par le médecin du travail.

4.2.3.3 Favoriser le dialogue avec les praticiens et dépister les situations de mal être

[571] Quelques établissements¹³⁵ ont instauré des entretiens formalisés avec les PH à leur nomination, à distance et à mi-parcours sur base d'une fiche de poste. Ces initiatives individuelles ou impulsées par les ARS sont appréciées par les praticiens et les directions des ressources médicales, de par le dialogue instauré et les relations de confiance qui se dessinent.

[572] L'AP-HP va systématiser l'entretien annuel individuel de chaque praticien exerçant au moins à mi-temps avec le chef de service, chaque chef de service avec le chef de pôle et chaque chef de pôle avec le directeur du groupe hospitalier, le doyen et le PCME locale.

[573] L'entretien conçu comme un temps d'expression et d'écoute mutuelle porte sur le bilan des actions menées au cours de l'année, envisage les projets de l'année à venir ainsi que l'avenir professionnel du praticien. Il fait l'objet d'un compte-rendu signé par les deux participants, archivé au sein du service.

[574] La mission propose que l'entretien porte aussi sur le comportement et les bonnes pratiques (respect des protocoles) du praticien, lors de l'analyse du bilan de l'année.

[575] En cas de situations difficiles, le chef de service en informe la gouvernance de l'établissement et les comptes-rendus font partie des éléments portés à la connaissance de ceux qui doivent traiter ces difficultés.

¹³⁵ Notamment le centre hospitalier de Bretagne sud (CHBS) suite à un appel à projet lancé par l'ARS et l'EPSM de la Roche-Sur-Foron

- [576] La bonne réalisation des entretiens annuels est intégrée dans les indicateurs figurant dans le rapport remis par les chefs de service lors de leur renouvellement et par les chefs de pôles dans le bilan de leur mandat.
- [577] La mission souligne l'exemplarité de ces mesures mises en place par l'AP-HP dans le cadre de son plan d'action visant à prévenir et à traiter les situations individuelles complexes concernant le personnel médical, qu'il y a lieu de généraliser.

Recommandation n°17 : Former à l'entretien individuel et mettre en place un entretien annuel de chaque praticien (assistant, chef de clinique et praticien hospitalier) avec le chef de service, de chaque chef de service avec le chef de pôle et chaque chef de pôle avec le directeur de l'établissement, le président de la CME et le doyen pour les CHU.

4.2.3.4 Un début et un suivi de carrière des HU encore limités et non harmonisés

- [578] Instance nationale, le conseil national des universités (CNU) santé (disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques) est compétent pour le recrutement et le suivi des carrières¹³⁶ des professeurs des universités et des maîtres de conférences des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.
- [579] Ainsi cette instance collégiale intervient à certains moments "clefs" de la carrière des hospitalo-universitaires, d'une part au moment de leur recrutement comme PU-PH ou MCU-PH et d'autre part au long de leur carrière. En tout état de cause le principe est celui d'une évaluation par des pairs occupant un emploi d'un rang au moins égal à celui de l'emploi postulé.
- [580] Au moment de leur recrutement et de leur avancement, les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont en mesure, d'échanger avec leurs pairs.
- [581] Les grilles et critères de sélection, de recrutement et d'avancement ont été progressivement réévalués en vue de prendre en compte l'excellence de la recherche et de l'enseignement (voir en ce sens la prise en compte des points obtenus à partir du système Impact factor (IF) et de l'indicateur d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS) ou encore du score individuel d'aptitudes pédagogiques en santé (SIAPS). Les activités de diagnostic et de soins, et les éventuelles responsabilités collectives sont aussi normalement prises en considération¹³⁷, mais à moindre mesure (pièce jointe 12).
- [582] Certaines sous-sections organisent des visites pré-CNU sur site pour vérifier sur place et directement les qualités du candidat pressenti ou "appuyé". Il arrive que la nomination soit bloquée après une visite de site. Cet échange non obligatoire avec les pairs sur site, pourtant essentiel pour l'appréciation de l'environnement, de l'implication réelle du candidat n'est néanmoins ni systématique ni régulier. Par ailleurs, les frais de mission des pairs restent à l'appréciation des facultés de rattachement du site visité, des collégiales ou des sociétés savantes.

Recommandation n°18 : Rendre systématiques, par voie réglementaire, les visites sur site du CNU pour l'appréciation de l'environnement, de l'implication réelle du candidat dans le soin et la vie du service, dans le cadre des campagnes annuelles de révision des effectifs hospitalo-universitaires.

- [583] De façon générale le suivi de carrière des enseignants-chercheurs (EC) a évolué de façon notable ces dernières années.

¹³⁶ Article 1 du décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au CNU Santé.

¹³⁷ Refonte des grilles CNU santé sur impulsion du cabinet du MENESR en 2013 suite à des décisions ministérielles de refus de publications de certains postes de MCU-PH et de PU-PH considérant que certaines candidatures ne pouvaient prétendre aux fonctions sollicitées.

- [584] Plusieurs raisons expliquent cette évolution. D'une part, les activités de formation et de recherche sont de plus en plus perçues comme ayant une dimension collective affirmée ce qui suppose aussi un regard plus collégial sur celles-ci. D'autre part, les lois "*libertés et responsabilités des universités*" de 2007 et "*Enseignement supérieur et recherche*" de 2013 ont modifié la structure des organes et la répartition des compétences en matière de recrutement des enseignants chercheurs. Enfin la dimension européenne et internationale de l'enseignement supérieur et de la recherche suppose l'établissement de références et d'orientations pour la qualité ce qui repose pour partie sur la mise en œuvre de démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité au sein des systèmes universitaires nationaux.
- [585] Dans le cadre d'une démarche qualité qu'on peut qualifier de "pluri-niveaux", le décret du 2 septembre 2014¹³⁸ a posé, dans ses articles 7-1 et 18-1, le principe d'un suivi de carrière des enseignants chercheurs confié au CNU.
- [586] Le dispositif, en cours de déploiement dans les universités françaises, est applicable à tous les EC relevant du décret du 6 juin 1984, dont les HU, et ce, au moins tous les 5 ans¹³⁹¹⁴⁰.
- [587] Cette démarche vise à fonder une discussion entre l'EC et les pairs de la discipline académique au plan national sur la base d'un rapport établi par ce dernier avec, à la clef, des recommandations sur les évolutions professionnelles envisageables ou attendues, les stratégies pouvant ou devant être développées en matière de recherche et de formation, l'amélioration de la qualité de la candidature de l'enseignant chercheur à diverses promotions. Une telle démarche peut ainsi constituer une opportunité pour l'EC de faire un point, partagé et extérieur à son établissement sur une possible situation qu'il juge difficile ou pouvant ou devant être améliorée.
- [588] Selon de premiers éléments de bilan de l'expérimentation menée en 2015, ce suivi offre un dialogue direct, indépendamment de toute opération de carrière, et permet aux instances académiques de mieux appréhender l'évolution du métier et de percevoir les contraintes auxquelles les enseignants chercheurs sont confrontés. Il permet aussi aux sections d'inciter les enseignants chercheurs à progresser dans leur carrière¹⁴¹.
- [589] La mission qui souhaitait savoir si les enseignants chercheurs des disciplines de santé des autres Etats faisaient l'objet d'une évaluation par les pairs plus avancée et bien acceptée n'a pu disposer d'éléments de comparaison.
- [590] Si la comparaison est difficile, les systèmes de recrutement et de gestion de carrière, étant dans bon nombre de pays moins centralisés et plus à la main des universités, elle ne paraît pas encore avoir été menée de façon complète ou significative par le MENESR.
- [591] L'assemblée du 9 juin 2016 de la commission permanente du conseil national des universités a demandé que cette procédure soit appliquée aux bi-appartenants (MCU-PH et PU-PH).
- [592] En l'état, si ce dispositif n'est pas encore applicable aux hospitalo-universitaires dont le statut à part ne peut qu'interroger, il a vocation à leur être étendu dans la perspective de généralisation du suivi de carrière en 2017.

¹³⁸ Décret n° 2014-997 du 2 septembre 2014 modifiant le décret n° 84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences.

¹³⁹ Hors enseignants chercheurs (EC) à 4 ans de la retraite et ceux ayant obtenu un grade dans les 4 ans, ce qui fait une "population" concernée de l'ordre de 55 % des EC.

¹⁴⁰ La Commission Permanente du CNU a, lors de son assemblée générale du 9 juin 2016, adopté le principe de l'organisation du suivi de carrière dans les conditions définies avec la DGRH et la CPU.

¹⁴¹ Note de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche aux présidents et présidents des sections du conseil national des universités, "mise en œuvre du suivi de carrière, expérimentation en 2016, travaux en vue d'une généralisation en 2017", 17 mars 2016.

- [593] Ce suivi de carrière est envisagé autour de deux axes :
- La justification de la nomination (publications, enseignement, missions transversales) ;
 - L'entretien individuel (évaluation du ressenti, difficultés d'exercice...).
- [594] Parallèlement l'activité hospitalière des hospitalo-universitaires n'est souvent pas évaluée côté hôpital. Les exercices d'évaluation quand ils existent pour la partie hospitalière, restent indépendants de toute autre évaluation universitaire, car répondant à des processus distincts et des finalités différentes.
- [595] S'ajoute à cela que les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires ne sont pas forcément préparés à manager des équipes au sens où ils doivent maîtriser des techniques de leadership, d'organisation et de gestion d'une structure et où ils doivent gérer les intérêts d'un collectif de travail.
- [596] Ainsi l'ensemble de l'activité hospitalo-universitaire ne fait pas l'objet d'une évaluation intégrée et d'un échange régulier ; l'accomplissement de l'ensemble des activités n'est pas accompagné dans le temps par un regard collégial visant à améliorer sa qualité, son environnement et son organisation.
- [597] De façon évidente, il ne devrait pas y avoir de HU "isolé", confronté à des interrogations sur sa carrière, ses contraintes de travail et les possibles opportunités d'évolution.
- [598] A la lumière des deux observations précédentes, il conviendrait que le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (DGRH), en lien avec la DGOS, la CPU et le CNU Santé puissent avancer dans la mise en œuvre opérationnelle de cet outil de dialogue avec pour ambition de déterminer les conditions d'une prise en compte plus élaborée de la partie hospitalière de leur activité notamment en ce qu'elle détermine leur activité de recherche et de formation.

Recommandation n°19 : Assurer la mise en œuvre opérationnelle du suivi des carrières des HU, mieux prendre en compte la partie hospitalière de leur activité notamment en ce qu'elle détermine leur activité de recherche et de formation.

4.2.4 Poursuivre les agissements non conformes à la déontologie et l'amélioration du fonctionnement de la juridiction disciplinaire compétente et mieux motiver les dossiers

- [599] Un certain nombre d'actes et agissements comme par exemple de harcèlement moral ou sexuel, sont générateurs de RPS, de conflits "durs" au sein des établissements. Au-delà du fait qu'ils sont susceptibles de poursuites et de sanctions pénales, ils constituent, bien souvent, des fautes disciplinaires qui doivent être poursuivies et punies.
- [600] En l'absence de poursuites et de sanctions au sein des institutions, les personnes à l'origine de ces agissements peuvent éprouver un sentiment d'impunité de nature à les inciter à ne pas cesser leurs agissements voir à en étendre le domaine à l'occasion, et à l'inverse les personnes qui en sont victimes peuvent considérer que les institutions sont inévitables et inefficaces à en obtenir la cessation.
- [601] L'Etat dispose d'un outil adapté pour poursuivre et sanctionner de telles fautes disciplinaires.

4.2.4.1 L'enquête administrative

- [602] Des enquêtes administratives dans le cadre de suspicion d'actes délictueux sont nécessaires pour éviter un embourbement et une judiciarisation des situations conflictuelles.

- [603] Ces situations sont porteuses de risque et préjudiciables tant au patient qu'aux équipes. Elles se traduisent souvent par un désaccord chronique et sont de caractère conflictuel interpersonnel.
- [604] Dès que possible, l'enquête est diligentée par le chef d'établissement en lien avec le président de la CME et le doyen (en CHU), menée par des professionnels choisis en l'absence de conflits d'intérêts. Les bonnes pratiques tant en matière de rencontres de l'ensemble des protagonistes que de formalisation écrite doivent être impérativement observées.
- [605] Le dispositif d'écoute, d'accompagnement, de conseil, de conciliation, et in fine, si cela s'avère nécessaire, de médiation sera mis en œuvre à l'issue de cette enquête.

4.2.4.2 Motiver les dossiers disciplinaires des PH

- [606] Des entretiens réalisés par la mission, il ressort qu'aucune difficulté d'ordre juridique et réglementaire n'entrave le fonctionnement des instances¹⁴² prévues à cet effet.
- [607] Dans la pratique, la mission a fait le constat de l'insuffisance dans la constitution des dossiers et la motivation de la saisine par les établissements. Ce constat génère une incompréhension concernant la gestion des procédures de discipline et d'insuffisance professionnelle. Il s'agit là aussi de la non-observance des bonnes pratiques de formalisation tant pour les conciliations que les enquêtes administratives menées par les établissements.

Recommandation n°20 : Procéder à une enquête administrative préalable à d'éventuelles poursuites disciplinaires en cas de suspicion de faits graves.

4.3 Simplifier et compléter la réglementation statutaire des HU pour faciliter la gestion des RPS

- [608] L'article L952-22 du code de l'éducation dispose que "*les membres du personnel enseignant et hospitalier sont soumis, pour leur activité hospitalière comme pour leur activité universitaire, à une juridiction disciplinaire unique instituée sur le plan national. Cette juridiction est présidée soit par un conseiller d'Etat, soit par un professeur d'enseignement supérieur, désigné conjointement par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé ; elle est composée de membres pour moitié élus par les personnels intéressés et pour moitié nommés à parts égales par les mêmes ministres*".
- [609] Sa compétence est donc large puisque visant tant l'activité hospitalière qu'universitaire.
- [610] Malgré une possibilité d'intervention assez large, la juridiction s'est peu réunie ces dernières années suscitant des interrogations tant sur la volonté d'en assurer un fonctionnement régulier que sur l'absence d'"exemples" en direction des agents qui, de façon caractérisée et, dans certains cas, systématique, manquent à leurs obligations déontologiques.

4.3.1 Simplifier la saisine de la juridiction

- [611] Dans une lettre en date du 16 avril 2016 adressée au chef de service de l'Inspection générale des affaires sociales, les sept présidents des universités parisiennes et de la région parisienne comportant des UFR de santé et des formations médicales, odontologiques et pharmaceutiques et le directeur général de l'AP-HP se sont inquiétés de l'absence de décisions récentes de cette juridiction. Ils notaient que "*certaines situations conflictuelles nécessiteraient l'engagement d'une procédure disciplinaire dont aucune n'a abouti à ce jour*". Ils rappelaient avoir pris leurs responsabilités, constitué des dossiers "*sans équivoque*", saisi les départements ministériels concernés et constataient une difficulté à obtenir la réunion de ladite juridiction.

¹⁴² Art. R. 6152-75 et R. 6152-76 du CSP

- [612] Le président de la juridiction, conseiller d'Etat nommé en février 2016, a confirmé à la mission l'absence de réunion pendant quatre ans. Depuis, le nouveau président a nommé un rapporteur pour les quatre affaires pendantes, et a convoqué deux premières audiences l'une le 20 octobre 2016, l'autre le 7 décembre suivant.
- [613] Il est encore trop tôt pour tirer un bilan d'activité de la juridiction et des effets qui en sont légitimement attendus par les acteurs sur le terrain. Deux observations peuvent, néanmoins, être faites. D'une part, certaines affaires peuvent ne pas être déférées devant la juridiction en l'absence d'une saisine conjointe des deux ministres concernés en raison d'un désaccord sur l'opportunité et l'appréciation même de la saisine. D'autre part, certains acteurs, notamment locaux peuvent être réticents, pour des raisons diverses, de proximité ou d'intérêts partagés, ou simplement considérant qu'un comportement déjà sanctionné ou faisant l'objet de plaintes au pénal ou civil, n'a pas à être poursuivi au plan disciplinaire.
- [614] Par ailleurs, il serait bon que l'existence, la procédure, l'intérêt de l'intervention de la juridiction, notamment dans un certain nombre de cas, puisse être présentés et valorisés auprès des instances représentatives des établissements concernés, comme la CPU, la conférence des DG de CHR-U, les conférences des doyens.
- [615] La procédure disciplinaire applicable aux PU-PH et MCU-PH est régie par le décret susvisé du 18 septembre 1986. L'article 1^{er} de ce décret précise que *"la juridiction disciplinaire instituée par l'article L. 952-22 du code de l'éducation est saisie conjointement par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé de la santé"*.
- [616] Les entretiens menés par la mission mettent en relief une instruction au niveau interministériel qui alourdit et freine considérablement la procédure disciplinaire.
- [617] Afin de responsabiliser les acteurs locaux, la mission recommande un assouplissement de la réglementation en matière de saisine de la juridiction afin qu'elle puisse être opérée conjointement par les présidents d'université et les directeurs généraux de CHU. Une telle mesure donnerait compétence à ceux-ci pour saisir la même instance dans le cadre d'une procédure pour insuffisance professionnelle puisque les articles 43 du décret susvisé du 24 février 1984 et 45 du décret susvisé du 24 janvier 1990 indiquent que cette procédure suit les formalités prescrites en matière disciplinaire.

Recommandation n°21 : Pour les HU, donner compétence au directeur général du CHU et au président d'université pour saisir conjointement la juridiction disciplinaire, lorsqu'ils l'estiment nécessaire.

4.3.2 La suspension à titre conservatoire

- [618] L'article 2-1 (3°) du décret susvisé du 4 mai 2007 relatif aux attributions du CNG en matière de gestion des PU-PH et MCU-PH précise que *"la saisine de la juridiction, le prononcé d'une suspension conservatoire lors d'une procédure disciplinaire et les décisions prises en cas d'insuffisance professionnelle restent de la compétence propre du ministre chargé de la santé... "*
- [619] L'arrêté susvisé du 12 mars 2012 délègue aux présidents d'université le pouvoir de décider *"la suspension en application de l'article L. 951-4 du code de l'éducation"*. Il serait donc logique que ce pouvoir soit symétriquement délégué aux directeurs généraux de CHU pour les mêmes personnels.

Recommandation n°22 : Réviser les attributions du CNG en matière de gestion des PU-PH et MCU-PH en disposant de mesures de délégation aux directeurs généraux de CHU, à l'instar des présidents d'université.

4.3.3 Création d'une position de HU en service extraordinaire à intégrer dans la révision annuelle des effectifs

- [620] La mobilité doit aussi entrer dans la culture hospitalière comme une étape positive dans une carrière et non pas vécue comme un échec ou une sanction.
- [621] Dans le cadre de la révision annuelle des effectifs, il est extrêmement difficile pour le PU-PH ou le MCU-PH qui le souhaite d'obtenir une mutation. Cela fragilise ceux d'entre eux qui connaissent de difficultés professionnelles dans l'exercice de leurs fonctions et les expose à des risques psychosociaux qu'un changement de lieu d'exercice pourrait utilement prévenir.
- [622] La mobilité d'un ou de plusieurs praticiens peut aussi s'avérer être la meilleure solution dans l'intérêt du service et dans l'intérêt des personnes concernées, vision qui a été exprimée par de nombreux témoignages d'hospitalo-universitaires et de représentants des conférences. Elle doit pouvoir être organisée, sans qu'il y ait la moindre confusion avec une sanction disciplinaire, pour éviter que perdure une situation de souffrance.
- [623] Un ajustement réglementaire est nécessaire prévoyant cette mobilité dans l'intérêt du service, assortie de garanties, afin qu'elle soit toujours justifiée. A cet effet, il serait souhaitable de mettre en place au niveau national un pool de postes susceptibles de faciliter ces mouvements. Pour traiter en urgence les situations les plus préoccupantes, une nouvelle position, un peu à l'instar de la position en recherche d'affectation des PH, pourrait être créée afin de soustraire le professionnel à son lieu d'exercice.
- [624] Les PU-PH et MCU-PH ayant la qualité de fonctionnaires, la création de cette nouvelle position exigerait une disposition législative.
- [625] Les professionnels concernés pourraient être placés dans cette position à leur demande ou, dans l'intérêt du service, à la demande conjointe du président de l'université et du directeur général du CHU. Le placement dans cette position serait prononcé conjointement par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé (avec délégation éventuelle au CNG, pour ce dernier), après avis du CNU, pour une durée à définir (2 ou 3 ans maximum).
- [626] Pendant cette période, les intéressés pourraient soit :
- Etre affectés sur un poste d'enseignant et hospitalier après avis du CNU ;
 - Bénéficier, sur la base d'un projet personnalisé d'évolution professionnelle, d'un accompagnement individuel assuré par le ministère de l'enseignement supérieur pour le volet universitaire et éventuellement par le CNG pour le volet hospitalier, en vue d'opérer une reconversion professionnelle ;
 - Effectuer des missions ou études en lien avec leur projet personnalisé d'évolution professionnelle.

Recommandation n°23 : Créer par voie législative une position de service extraordinaire pour les HU et mettre en place au niveau national un pool de postes susceptibles de faciliter leur mobilité, à leur demande ou dans l'intérêt du service ou à la demande conjointe du président de l'université et du directeur général du CHU.

4.4 Les axes pour renforcer la prise en compte de cet enjeu majeur de santé publique et de qualité de vie au travail

4.4.1 Faire de l'information et de la transparence des leviers tant pour les RPS que pour la mise en responsabilité managériale

4.4.1.1 Place et rôle des CRP

[627] La commission régionale paritaire pourrait évoluer vers un espace formalisé de dialogue social régional¹⁴³¹⁴⁴ confortant son rôle en tant que structure forte du dialogue social au niveau régional, des méthodes et bonnes pratiques de dialogue social et des programmes pluriannuels de santé au travail.

[628] Comme indiqué précédemment, son fonctionnement reste hétérogène au niveau national et celles fonctionnant d'une manière efficace le sont en raison de la présence de leaders syndicaux, de référents ARS ou de personnalités qualifiées investis dans le domaine des RPS.

[629] La dimension du dialogue social constitue un enjeu stratégique majeur en matière d'accompagnement de la transformation de l'hôpital.

[630] La CRP est aujourd'hui confrontée à des enjeux qu'il y a lieu de prendre en compte :

- Les conséquences de la réforme territoriale dans sa composition ;
- Les missions en lien avec les GHT ;
- La gestion de cas individuels à réorganiser.

[631] La mission note que le périmètre des missions dévolues à la CRP est important et qu'il serait souhaitable qu'il soit revisité afin d'opérer un recentrage, en faisant un pari sur l'autonomie des établissements et leur responsabilisation et impulser une vraie politique régionale de dialogue social, de gestion des ressources humaines et des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS, en élaborant des programmes de santé au travail déclinés au sein des GHT, en application d'une stratégie nationale.

Recommandation n°24 : Recentrer les missions des CRP sur le dialogue social régional et les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS, en déclinaison d'une stratégie nationale.

4.4.1.2 Un suivi par le HCERES de l'organisation des universités et des CHU dans la prévention des RPS, à instaurer au-delà du 1er cycle et 2ème cycle

[632] Dans le cadre de l'évaluation des établissements et des formations, le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), autorité administrative indépendante, va évaluer la PACES et les autres formations médicales de niveaux 1^{er} et 2^{ème} cycles à l'occasion de la prochaine vague.

¹⁴³ TOUPILLIER Danielle, YAHIEL Michel : Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. 2011. 210 pages.

¹⁴⁴ COUTY Edouard, SCOTTON Claire : Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des travaux. Mars 2013. 76 pages.

- [633] Néanmoins l'examen porté par le Haut conseil ne concerne pas les formations dites "cliniques" et les stages réalisés en établissements hospitaliers où la formation des futurs médecins se poursuit sous cette forme¹⁴⁵.
- [634] Se pose donc la question en opportunité d'un regard qualifié et extérieur sur la qualité de cette formation.
- [635] Selon la direction du HCERES, et de façon logique, évaluer suppose la définition de critères d'évaluation. En l'état, il n'existe pas de référentiel de la formation à l'hôpital, pas de méthode et pas de régulation.
- [636] Il existe entre les facultés de médecine francophones une réflexion sur la qualité de la médecine à enseigner et enseignée.
- [637] Les enseignements de la première vague d'évaluation sur le volet de la formation des étudiants en deuxième cycle de médecine, présentent une opportunité de compléter le cadre d'expertise pour prendre en compte la part de formation accomplie par les stages hospitaliers qui est indissociable de la formation dispensée à l'université
- [638] La mission considère que l'évaluation des formations cliniques et des stages hospitaliers suivis par les étudiants dans le cadre de leurs études de santé pourrait être réalisée par le HCERES ou sous son autorité. Elle souhaite qu'une réflexion et un travail opérationnel puissent être réalisés en lien avec la HAS, les conférences des doyens, les instances académiques et l'ensemble des acteurs universitaires pour mener un travail préalable sur le périmètre des formations concernées, les attentes en termes de qualité des formations et de méthodes pour parvenir dans les meilleurs délais à leur évaluation.

Recommandation n°25 : Lancer une démarche préparatoire en vue d'une évaluation HCERES de l'ensemble des activités de formation de second et troisième cycles d'études médicales menées par l'université, sa composante santé et le CHU.

4.4.2 Mieux prendre en compte les compétences managériales dans les parcours professionnels

4.4.2.1 Les pratiques managériales mises en œuvre ont un retentissement sur les professionnels, les patients et l'institution

- La mise en responsabilité médicale ne s'improvise pas : on ne naît pas manager, mais on peut le devenir à tout âge

- [639] La mise en responsabilité requiert des pré requis, car le modèle et les exigences d'une chefferie ont évolué notamment pour les services. Le responsable se distinguait par une forte présence dans le service et y passait beaucoup de temps voire tout son temps.
- [640] Aujourd'hui, en CHU on a tendance plutôt à promouvoir la capacité à produire des publications. Certes, les modalités de nomination des PU-PH sont principalement basées sur des critères académiques, mais on confond nomination d'un PU-PH et répartition des missions au sein d'un service clinique.
- [641] Les PH se rapprochent du modèle de management, mais on leur demande d'encadrer les internes et de s'occuper des malades. Or, selon un jeune PU-PH reçu par la mission, "*un bon manager est celui qui a envie et qui donne envie de le faire*".

¹⁴⁵ Très concrètement lors de la 2^{ème} année du 1^{er} cycle et la 1^{ère} année du 2^{ème} cycle, les étudiants doivent réaliser des stages cliniques d'initiation aux fonctions hospitalières d'une durée cumulée de 400 heures. De la même façon à l'occasion de la 2^{ème} partie du 2^{ème} cycle (4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} années d'études médicales) les étudiants doivent effectuer 36 mois de stages hospitaliers d'une durée de 2 à 4 mois chacun.

- [642] S'agissant des centres hospitaliers, l'usage observé est de procéder à la nomination du doyen d'âge, par filiation qui s'opère. C'est une des causes du mal-être des praticiens hospitaliers.
- [643] Certes, le praticien peut avoir quelques appétences et compétences en management, mais il a été uniquement formé pour soigner. Passer en responsabilité nécessite d'apprendre de nouvelles compétences qui donneront un savoir, compléteront un savoir-faire et façonneront un savoir-être. Ce savoir-être aura également un impact sur l'exercice médical car si l'on apprend maintenant la relation au patient, les relations interpersonnelles au sein d'une équipe sont rarement enseignées à la faculté. Les techniques de simulation en santé pourraient avoir toute leur place dans ces formations.
- [644] La formation managériale doit commencer tôt dans la formation initiale. Dès le deuxième cycle, des enseignements concernant les habiletés interpersonnelles, les types de communication, les stratégies de travail avec des coéquipiers¹⁴⁶, la gestion du temps, la conduite de projet et l'animation de réunion sont à intégrer. En effet, ce bagage sera utile et indispensable à l'exercice des fonctions d'interne.
- [645] La capacité à communiquer et à travailler en équipe figure bien dans les objectifs et compétences que doivent acquérir étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie à partir du 2^{ème} cycle. De nombreux témoignages provenant des enseignants chercheurs et des jeunes en formation montrent qu'il peut exister un fossé entre l'objectif d'une compétence à acquérir, son acquisition par la formation et la mise en situation et les modalités concrètes de son évaluation.
- [646] La formation managériale doit se poursuivre lors du troisième cycle avec des enseignements concernant le management d'une équipe : comment se comporter avec une équipe soignante, formuler clairement des consignes, prendre des décisions concertées et clairement énoncées.
- [647] Selon les interlocuteurs travaillant sur la réforme du troisième cycle, il serait prévu d'intégrer des modules obligatoires de management et d'éthique. L'arrêté est en préparation. Il conviendra de veiller qu'il intègre bien ces items.
- [648] Afin de former les médecins se destinant à une carrière hospitalière avec la possibilité d'y exercer des responsabilités de manager, avec ce que cela suppose d'appétence et de savoirs, il serait possible d'envisager que les connaissances et compétences nécessaires puissent être acquises à l'occasion d'un cursus universitaire, hors études de santé, de type Master (deuxième cycle en un ou deux ans). Ce type de cursus permettrait notamment de repérer ceux qui ont envie... Il serait utile à cet effet d'opérer un rapprochement des facultés de médecine avec les écoles de management.
- [649] Cette formation universitaire validerait une professionnalisation des fonctions de management avec une connaissance des outils de gestion et des relations sociales reconnus nécessaires ou utiles pour accéder à des fonctions de responsabilités au sein d'un établissement hospitalier.
- [650] Dans le cadre de ce qui pourrait être un double cursus, le niveau de licence serait acquis au titre des études de santé (médicales).
- [651] Une telle possibilité pourrait être considérée comme une opportunité, tant en termes d'exercice des fonctions au sein d'une organisation que d'évolution des activités au long d'une carrière.
- [652] Concernant l'évaluation des parcours des HU et leur nomination, les critères de la grille du CNU médecine privilégient fortement les activités de recherche. La hiérarchie des activités de la grille est la suivante : 1 recherche, 2 enseignement, 3 diagnostic et soins, 4 responsabilités collectives et 5 collaborations internationales. Le CNU pharmacie évalue également les

¹⁴⁶ La notion de travail en équipe devant se traduire par des enseignements avec travaux dirigés n'a pas été introduite dans les arrêtés du 8 avril 2013 relatifs au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie et au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire.

responsabilités collectives en quatrième position. Ces grilles même si elles ont récemment évolué prennent très peu en compte les capacités managériales du candidat. Or, dans la communauté hospitalo-universitaire, les chefferies sont naturellement dévolues aux PU-PH. Permettre un master 2 en management, par exemple, serait de nature à pouvoir proposer des parcours HU en responsabilité plus adaptés.

[653] Pour les praticiens actuellement en activité et à venir, n'ayant pas bénéficié de formation au management lors des études, il est nécessaire d'ouvrir largement leur accès en amont de la prise de responsabilité de préférence. Pour ce faire, il est nécessaire à la fois d'avoir une offre diverse et variée aussi bien en extra qu'en intrahospitalier. Ces formations au management pour les personnels médicaux doivent impérativement ¹⁴⁷ être éligibles au développement professionnel continu (DPC) et apparaître dans ses axes prioritaires.

[654] Les formations managériales ne doivent pas se résumer à la gestion financière. Il importe de donner des connaissances en management d'une équipe, prévenir et gérer les tensions et les conflits, manager des projets, accompagner les transformations et piloter le changement...

[655] Pour les professionnels en responsabilité, outre la formation il conviendra de mettre en place plus largement un accompagnement. Cet accompagnement peut combiner, suivant les cas, coaching individuel, développement personnel, coaching collectif, formations spécifiques, codéveloppement, analyse de pratiques entre pairs ou mentorat... L'objectif est de révéler les talents et faire progresser chacun dans toutes les dimensions du management.

Recommandation n°26 : Développer la formation à l'exercice en équipe, aux RPS et au management tant en formation initiale qu'en formation continue et accompagner les praticiens en responsabilité notamment avec les techniques les plus adaptées dans le cadre du DPC.

➤ Un recrutement qui répond sans exception à un profil de poste sur la base d'une fiche de poste

[656] Trop souvent les attentes du praticien sont en décalage par rapport aux attendus de l'institution et de ses responsables. Depuis 2007, un arrêté¹⁴⁸ prévoit pour chaque vacance de poste de PH un profil de poste dont les items attendus sont précisés. Il semble encore que tout recrutement ne se réalise pas sur les bases d'un profil de poste et que l'existence d'une fiche de poste est encore trop rare.

[657] Il est indispensable que tout poste dispose d'une telle fiche que ce soit le stage de l'externe, le semestre de l'interne puis pour toute fonction de senior. Cette fiche doit préciser les compétences indispensables, les savoir-faire et savoir-être attendus, les missions, les objectifs et les conditions de leur évaluation.

[658] Sur la base du profil de poste, le candidat postulera et s'il est recruté la fiche de poste permettra de s'accorder sur les missions assignées ainsi que les modalités d'exercice. Sur cette base, un entretien à 3/6 mois après le recrutement permettra de faire le point puis tous les ans selon des modalités définies et formalisées au sein de l'établissement. Cette fiche ne poste n'a pas vocation à rester figée pendant toute la carrière, mais à être adaptée et ajustée au fil des entretiens, du parcours du professionnel, de l'évolution de l'organisation et de l'exercice au sein de la structure.

[659] Ces échanges permettront d'accompagner de vrais parcours professionnels pour lesquels le logiciel "logimed"¹⁴⁹ développé par le CNG devrait apporter une aide certaine.

¹⁴⁷ A titre d'exemple, l'EHESP vient d'apprendre que son diplôme d'établissement "médecin manager" n'est plus éligible au DPC.

¹⁴⁸ Arrêté du 22 juin 2007 fixant les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier et de praticien des hôpitaux à temps partiel.

¹⁴⁹ Outil de gestion des postes et de suivi des affectations des personnels médicaux hospitaliers.

[660] La mission propose également de réfléchir au niveau national à un répertoire des métiers et fonctions médicaux.

Recommandation n°27 : Professionnaliser les parcours des personnels médicaux hospitaliers sur la base d'un profil de poste, d'une fiche de poste et d'entretiens réguliers.

➤ En finir avec des nominations en responsabilité non professionnelles

[661] Que ce soit pour les chefferies de pôle ou de service, l'établissement doit mettre en place une procédure de nomination. Celle-ci définit les missions socles ou génériques de ces fonctions ainsi que les modalités de désignation dont les documents attendus de la part du candidat. S'il existe des missions spécifiques à un pôle ou service, celles-ci devront faire l'objet d'un *addendum* dont la procédure initiale précisera les modalités de formalisation.

[662] Il est important de rappeler qu'un élément clef du management est d'avoir du temps et d'être présent, pas seulement y "passer", au quotidien dans la structure de responsabilité. A ce titre, il est incohérent de refuser une chefferie de service à un PH à 80 % et de ne pas se poser de question pour un HU. Il est donc impératif d'évaluer ce temps et de l'écrire. Le temps reconnu et consacré est aussi une forme de reconnaissance à la fonction assurée sans occulter la valorisation financière et le besoin de compenser ce temps dans l'équipe.

[663] Le processus de nomination commence par la préparation du cahier des charges, suffisamment anticipée, probablement plus d'un an à l'avance, avant l'appel à candidatures sur la base d'un profil de poste, puis la réception d'un dossier répondant au cahier des charges validé au sein de l'établissement.

[664] Pour la première nomination, l'audition des candidats sera effectuée sur la base du projet managérial et médical élaboré en conformité avec le cahier des charges. Pour le renouvellement de chefferie, le bilan sera également présenté.

[665] Ce document servira comme outil de dialogue annuel selon des modalités définies dans l'établissement qui dépassera les thématiques d'activités et de ressources pour évoquer plus globalement le management de l'entité de responsabilité.

[666] Cette audition réalisée devant une commission *ad hoc* définie et formalisée localement est une étape clef de la procédure de nomination et permet des échanges. Il paraît intéressant à la mission que cette commission soit composée outre le directeur général, PCME et doyen¹⁵⁰, des personnels médicaux sous la responsabilité du futur candidat (chefs de service pour le chef de pôle et praticiens pour le chef de service) et d'autres personnalités qualifiées (professionnels non médicaux, société civile, corps constitués...).

[667] Les candidatures doivent être étudiées afin de s'assurer des indispensables qualités à la fois professionnelles notamment (le bon sens clinique qui fait la reconnaissance des pairs et de l'équipe soignante) et humaines des candidats.

[668] De façon préférentielle, les nominations devront concerner des praticiens susceptibles d'exercer pendant un temps défini localement (dix-huit mois au moins ?) les fonctions de chefs de service ou de pôle.

¹⁵⁰ Pour les CHU.

- [669] Les chefs de service doivent préparer leur succession suffisamment en amont de leur départ en retraite, promouvoir, faire confiance aux jeunes et savoir s'effacer et assurer un compagnonnage. La mission a observé que dans certains CHU que le chef de service historique, présent depuis des années voire des dizaines d'années, qui devient consultant¹⁵¹ et passe la main juste à ce moment tout en continuant à exercer son activité clinique est de nature à compliquer la mise en responsabilité de son successeur.
- [670] Certains professionnels souhaiteraient limiter le nombre de mandats des responsables médicaux à deux comme c'est le cas pour les présidents de CME.
- [671] Certains souhaiteraient que l'on ne puisse pas non plus être nommé chef de service dans le service où l'on a exercé, parfois depuis l'internat. Même si la mobilité est à privilégier, en faire une obligation risque d'alourdir les procédures de recrutement et même de les bloquer, sans compter qu'il faudrait disposer d'un poste vacant lors de la publication de la vacance de la chefferie.
- [672] Il paraît plus naturel de laisser l'établissement définir ses propres critères de candidature et de sélection.
- [673] La mission estime que toutes les procédures concourant aux nominations de responsables médicaux ne relèvent pas de nouveaux textes réglementaires, mais de chaque institution qui doit les décrire selon sa propre stratégie et ses propres contraintes et les inscrire dans le règlement intérieur après validation par les instances.
- [674] Enfin, il n'est pas nécessaire de proposer une procédure spécifique pour les CHU puisque la sélection se fera non pas sur les profils universitaires, mais sur la base du dossier, des compétences et du projet.
- [675] S'agissant de la prévention de situations de mal-être et de difficultés interpersonnelles au sein d'un service, liées à un échec après procédure d'appel à candidatures et de nomination à des fonctions de responsabilité, la mission a eu à connaître des exemples de situations de souffrance en raison d'un manque de transparence dans les choix opérés par les établissements, de communication et de dialogue. Elle recommande ainsi un entretien systématique avec les candidats non retenus avec le directeur de l'établissement le PCME et le chef de pôle (et le doyen pour les CHU) au cours duquel seront notamment évoqués les motifs du choix effectué ainsi que les perspectives de carrière de l'intéressé.
- [676] Enfin, il est probablement trop tôt pour généraliser une évaluation type "360" à la fin d'un mandat lors de la demande de renouvellement. Par exemple, l'action d'un chef de service serait évaluée par le chef de pôle, les praticiens du service et d'autres personnes dont des non médicaux à déterminer. Cela ne peut s'improviser et nécessite un important travail préparatoire sur une grille, mais également un accompagnement des individus et mettre en place au final de la procédure un débriefing. Au Canada, les enseignants sont reconduits sur la base de critères incluant les appréciations de leurs internes. Des expérimentations sur la base d'établissements volontaires pourraient être lancées.

Recommandation n°28 : Professionnaliser la nomination des chefs de service et des chefs de pôle sur la base de fiches de postes précisant les profils, les compétences attendues notamment sur le plan du management et en formalisant les modalités de sélection au sein de chaque établissement/GHT.

¹⁵¹ Le consultanat permet au PU-PH bénéficiant du maintien en activité en surnombre universitaire de poursuivre des fonctions hospitalières. Il n'est pas de droit mais s'inscrit dans un projet contractualisé. Ce statut au financement national est abandonné dans certains CHU et profite essentiellement à l'AP-HP.

4.4.3 Les GHT : un contexte à risque à transformer en une opportunité

- [677] Au-delà des ressources et des moyens alloués aux projets de réorganisations, la prise en compte de l'impact humain du changement constitue l'un des principaux facteurs de réussite de ces projets.
- [678] Le rapport¹⁵² "Bien-être et l'efficacité au travail" identifie un déficit des établissements dans ce domaine qui fait écho à la montée des risques psychosociaux et à l'intensification du travail dans la fonction publique hospitalière.
- [679] Les auteurs préconisent d'"anticiper et [de] prendre en compte l'impact humain du changement" et estiment que "tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement. "

4.4.3.1 Les GHT, vecteur de dialogue social médical et d'une gestion des ressources médicales professionnalisées:

- [680] L'anticipation et l'accompagnement de l'impact humain du changement s'inscrivent dans un mouvement global qui vise à améliorer durablement les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux, source d'efficience des établissements de santé, de qualité des soins et du service rendu.
- [681] Dans le cadre du plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT, des outils et guides (ANAP¹⁵³, ANFH¹⁵⁴) sont attendus dans les mois prochains sur les ressources humaines au sein des GHT pour l'accompagnement et la formation des personnels hospitaliers.
- [682] Dans cette optique, l'orientation stratégique fondamentale du plan santé au travail 2016-2020 (PST3) invite à "*faire de la prévention primaire une priorité*" et "*d'enclencher un processus de longue haleine accordant la première place à la prévention, mais pas à la réparation, qui tout en restant indispensable devient seconde*".
- [683] La conduite d'expérimentations dans le domaine de la QVT autour de onze clusters et quatre-vingts établissements en partenariat avec l'HAS, les ARS, l'ANACT et la DGOS a permis de développer des thématiques diversifiées préparant les équipes hospitalières investies, notamment à une nouvelle approche alliant QVT et activité de soins.
- [684] La mission considère que l'expérimentation de ce nouveau dispositif, de par son caractère opérationnel, devra être étendue aux GHT (accompagnement de la conduite de la transformation) en mettant un accent sur une nécessaire capitalisation. A ce titre, l'accord partenarial FHF/ANACT/DGOS favorisant la QVT dans les projets médicaux de quelques GHT, permettra à l'ANACT au regard de son savoir-faire d'élaborer ce travail de capitalisation et de faciliter le déploiement d'un accompagnement attendu par les acteurs.
- [685] Une initiative de l'ARS Auvergne-Rhône Alpes est à souligner. Elle a lancé un appel à projet (pièce jointe 13) destiné à soutenir les établissements dans la mise en place d'une organisation médicale coordonnée par spécialité au sein des hôpitaux publics d'un territoire donné, en accompagnant l'expérimentation puis le déploiement de modalités d'organisations innovantes des ressources médicales par groupe d'établissements publics. L'accompagnement à la mise en place d'équipes médicales de territoire est conditionné notamment par l'organisation projetée, les modalités de pilotage de l'équipe médicale de territoire, les mesures engagées en termes de

¹⁵² LACHMANN Henri, LAROSE Christian, PENICAUD Muriel, MOLEUX Marguerite, Bien-être et efficacité au travail, Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, Rapport au Premier ministre, La Documentation française, avril 2010. 19 pages.

¹⁵³ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

¹⁵⁴ Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

prévention des risques psychosociaux et d'amélioration des conditions de travail pour les praticiens impliqués.

[686] La prise en compte de l'impact humain du changement et de la prévention primaire est ainsi nécessaire pour permettre un dialogue social constructif sur les opérations de transformation des établissements de la fonction publique hospitalière, discutées dans les instances de dialogue social.

➤ Le dialogue social

[687] Promue en tant que structure forte du dialogue social au niveau du GHT, la conférence territoriale de dialogue social¹⁵⁵ pourrait notamment traiter, dans une vision territoriale, des méthodes et bonnes pratiques de dialogue social, d'organisation et de conditions de travail, et des programmes pluriannuels de santé au travail.

[688] Il paraît aujourd'hui nécessaire d'associer davantage les praticiens hospitaliers, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, l'organisation et la gestion des temps, la santé au travail.

[689] La mise au point d'une architecture à la fois simple et précise, entre l'échelon national, l'échelon régional et local aura pour avantage de clarifier la relation entre les organisations intersyndicales de praticiens hospitaliers et les différents niveaux de dialogue social et de concourir à la diffusion de bonnes pratiques relatives à la santé au travail et à la prévention des RPS en déclinaison d'une stratégie nationale sur la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux.

[690] La mission préconise la désignation au sein de chaque conférence territoriale de dialogue social, d'un représentant des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers du territoire siégeant en CRP, désigné par la CRP. Ce qui permettra d'assurer un lien en matière de dialogue social entre les conférences territoriales de dialogue social et la commission régionale paritaire dont les missions évolueraient vers une structure régionale de dialogue social.

Recommandation n°29 : Prévoir au sein de la conférence territoriale de dialogue social, un représentant des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers du territoire siégeant en CRP et désigné par la CRP.

➤ Une gestion professionnalisée et mutualisée des ressources humaines médicales

[691] Conformément à sa contribution à l'occasion de la grande conférence de santé, la FHF dans son apport à la mission "*défend la formalisation de projets professionnels, définis en cohérence avec les projets médicaux d'établissement et demain de GHT, et intégrant les possibilités de spécialisation, d'implication dans l'équipe et dans l'institution, d'intervention sur le plateau technique, de recherche et d'enseignement...*"

[692] Selon le point de vue d'un praticien hospitalier¹⁵⁶ sur l'évolution des carrières et des conditions d'exercices, la valorisation de l'expérience et des activités hors soins (enseignement, recherche...) est souhaitée, en rendant possibles :

- De nouvelles missions, approches ;
- L'attribution d'un temps dédié avec une reconnaissance institutionnelle contractualisée ;
- Une mobilité et une évolution de carrière.

¹⁵⁵ Art. R. 6132-14 du CSP: "*La convention constitutive du GHT prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social*".

¹⁵⁶ Dr Sophie CROZIER-Grande Conférence de Santé 11 février 2016.

- [693] Ces deux approches complémentaires conduisent la mission à considérer que le nouvel espace qu'est le GHT représente une véritable opportunité tant pour les praticiens que les directions hospitalières de répondre à ces aspirations sous la condition d'un engagement à une gestion coordonnée des ressources médicales sur le territoire, voire d'une direction unique des affaires médicales.
- [694] Cette perspective doit nécessairement donner lieu à une gestion des emplois et des compétences et donc des parcours et des carrières et sortir du cadre de la simple gestion statutaire des praticiens. Ainsi, le défi de la conduite des restructurations et du pilotage des reconversions suppose de mobiliser des savoir-faire de plus en plus pointus, qui ne sont pas homogènes au sein d'un territoire.
- [695] Dans ces conditions, conduire des transformations au sens d'une fonction ressources humaines médicales "de groupe" est particulièrement exigeant, *a fortiori* dans des établissements de taille petite ou moyenne, dont les équipes dédiées ne sont pas très développées
- [696] La difficulté va être évidemment de trouver le bon équilibre entre une autonomie de chaque établissement, un pilotage d'ensemble déconcentré au niveau du GHT¹⁵⁷ pour l'essentiel et une dynamique managériale qui ne peut s'incarner qu'au niveau du terrain.
- [697] Selon la mission, l'émergence des conventions de directions communes impulsées par les ARH puis les ARS depuis quelques années, devrait représenter un véritable atout et levier.
- Vers une médecine du travail de territoire
- [698] L'état des lieux et les orientations nouvelles susmentionnées, introduites par la "Loi Travail" conduisent la mission à proposer une mutualisation des équipes à l'échelle des GHT et à inciter à la constitution d'équipes pluridisciplinaires.
- [699] Il s'agit de renforcer le fonctionnement des services de santé au travail en lien avec les services de pathologies professionnelles des CHU et des CH importants qui en sont dotés, dans le cadre de la prise en charge des situations complexes.
- [700] Cette équipe pluridisciplinaire s'appuiera sur des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des infirmiers formés en santé du travail, des psychologues du travail, des ergonomes et des préventeurs.
- [701] La mission préconise de développer la coopération avec les CHU afin de mettre en œuvre une démarche de santé au travail coordonnée et attractive pour les professionnels.

Recommandation n°30 : Mettre en place une direction de ressources humaines médicales pour assurer de vrais parcours professionnels médicaux et promouvoir une médecine du travail pluridisciplinaire, mutualisée au sein des GHT.

¹⁵⁷ Art. L. 6132-3.-I du CSP :L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

5 FAVORISER LES CONDITIONS DE REUSSITE DES MESURES

5.1 Amplifier la coordination et la collaboration à l'échelon national, entre DGESIP, DGRH, CNG et DGOS

[702] Des entretiens menés par la mission, il ressort qu'il est nécessaire de renforcer la coordination entre les directions des deux ministères concernées par la formation, la gestion des étudiants en médecine et des personnels enseignants et hospitaliers, que sont la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), la DGRH, le CNG et la DGOS. Du pilotage conjoint des mesures recommandées, par les deux ministères impliqués, dépendront les évolutions structurantes.

5.2 Un dialogue social articulé entre le local, le régional et le national en matière de QVT et de prévention des RPS

[703] Le besoin de recenser des expériences et pratiques réussies, de pouvoir relever les éléments marquants de l'organisation et de la gestion du dialogue social au plan local et régional, a été exprimé.

[704] L'analyse de l'organisation des relations entre les différents niveaux de dialogue social suggère de proposer un agencement de l'échelon national.

[705] L'Art. L. 6156-5 du CSP précise que "*Le Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques... examine toute question relative aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dont il est saisi soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres à voix délibérative. Il formule, le cas échéant, des propositions*".

[706] Le décret d'application de cette mesure instaurée par la loi de modernisation de notre système de santé n'est pas publié à ce jour, en raison des questions de représentativité des organisations syndicales de praticiens.

[707] S'agissant du comité consultatif national auprès du ministre chargé de la santé, l'article R6152-327 du CSP précise que "*Le comité est consulté par le ministre chargé de la santé sur les questions générales relatives aux praticiens intéressés et notamment celles touchant à leurs conditions de travail et à leur situation, à l'exclusion des dispositions statutaires. Il peut saisir sur ces questions une ou plusieurs commissions visées à l'article R. 6125-325, dès lors que ces questions relèvent de leurs attributions*".

[708] La mission observe que cette instance nationale ne s'est pas réunie depuis 2011.

[709] Au vu de ce constat, la mission s'interroge sur la multiplicité des instances de dialogue national et de la coexistence de deux dispositifs inopérants à ce jour et propose créer une commission spécialisée au sein du futur conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé¹⁵⁸ qui reprendrait les missions dévolues au CCN et qui pourrait être le lieu de capitalisation des travaux menés par les CRP, d'observation des pratiques de dialogue social sur le terrain pour mesurer les progrès accomplis, favoriser le déploiement des pratiques jugées les plus pertinentes et les plus efficaces.

Recommandation n°31 : Procéder à une refonte des instances de dialogue national, créer une commission spécialisée au sein du conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques et assurer leur bon fonctionnement.

¹⁵⁸ Créé par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

5.3 Un discours de vérité et une intensification de la pédagogie

- [710] Pour la très grande majorité des interlocuteurs de la mission, en responsabilités ou acteurs dans leurs organisations respectives (établissements, agences,) la réussite d'une démarche d'amélioration suppose de mettre en évidence le positif, mais aussi de nommer les difficultés d'organisation ou les comportements difficiles. Ils soulignent que la démarche d'évaluation est fondée sur cette capacité à dire et à expliquer.
- [711] Agir efficacement équivaut à agir avec pertinence ce qui suppose de réaliser le diagnostic le plus objectif possible et aussi partagé que souhaitable avec le souci de capitaliser ce qui marche et de se fixer des objectifs de progrès.
- [712] Dans ces conditions, il convient que les responsables aient à la fois la préoccupation de faire le constat du réel avec ses éléments positifs et, le cas échéant, ses éléments prêtant à discussion entre les acteurs.
- [713] Il ne suffit pas de dire "ce qui ne va pas", mais d'abord de dire "ce qui va bien" et ce pour mieux souligner ce qui doit être interrogé dans l'organisation, le fonctionnement, et dans les comportements et peut être alors amélioré.
- [714] C'est au double prix d'un discours sur le réel constaté, et d'un effort de pédagogie sur ce qui peut être changé, décliné en termes d'objectifs, de moyens et de calendriers que la gestion des relations humaines pourra évoluer notamment dans les situations tendues.
- [715] Cette évolution passe par :
- La nécessité de mettre en place une véritable gestion des ressources humaines médicales ;
 - Une formation sur le management et le travail d'équipe des personnels médicaux hospitaliers ;
 - Une prise en charge formalisée, organisée et réactive de l'état de santé des praticiens ;
 - Une professionnalisation et une transparence de la mise en responsabilité des praticiens ;
 - Des instances locales, régionales et nationales opérantes.

5.4 Valoriser et diffuser les bonnes pratiques et dispositifs mis en œuvre

- [716] S'il existe un engagement réel de nombreuses universités sur le sujet des RPS et des outils de détection, de gestion et de lutte contre ceux-ci, il est encore difficile d'avoir une vision d'ensemble et dynamique des mesures les plus efficaces.
- [717] Lors des déplacements et des entretiens, la mission a relevé de nombreuses initiatives innovantes dans le domaine de la prévention et la détection des RPS. Elle a également constaté le peu d'échanges concernant ces pratiques au bénéfice des personnels médicaux hospitaliers. Il est par conséquent utile de favoriser les échanges entre pairs afin de diffuser ces "bonnes pratiques", ce qui pourrait se faire sous l'impulsion des ministères du MASS en lien avec l'ENESR en organisant une journée nationale sur les RPS des professionnels de santé.
- [718] Il conviendrait au regard, entre autres, des faits les plus fréquents et/ou les plus graves et des situations les plus à risque que les universités puissent après analyse, identifier les mesures les plus adaptées en en partageant le bénéfice entre établissements.

- [719] Actuellement, la capitalisation des informations et les échanges sur ces sujets se font entre autres par les réseaux professionnels, et ce, de façon peut-être trop ponctuelle ou partielle.
- [720] Il est nécessaire que les collaborateurs et les usagers des universités, et en particulier les personnels enseignants chercheurs et étudiants des formations en santé, soient bien informés des possibilités d'aide.
- [721] Il serait opportun que les établissements, eux-mêmes, puissent accéder et partager les bonnes pratiques mises en œuvre par les autres établissements qui en ont d'ores et déjà développé une approche dynamique.

Dr. Marie-Ange DESAILLY-CHANSON

Hamid SIAHMED

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Elaborer une stratégie nationale de la qualité de vie au travail et de prise en charge des RPS du personnel médical hospitalier	DGOS	2017
7	Créer une mission nationale chargée de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail associée à un observatoire d'études et de recherche.	DGOS	2017
11	Créer auprès de la mission nationale, une fonction de médiation nationale et régionale assurée par des personnalités qualifiées et formées répondant aux principes du code de déontologie du médiateur	DGOS	2017
8	Promouvoir et financer la recherche s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS dans le cadre des appels à projets nationaux de recherche (PREPS)	DGOS	2017
10	Elaborer, dans le cadre de la mission nationale, un cahier des charges permettant de labelliser les centres d'écoute, d'orientation et de soins des médecins en souffrance	Mission nationale	2017/2018
9	Elaborer un texte réglementaire concernant la déclaration d'EIG liés à un risque psychosocial selon les mêmes procédures que celles des EI liés aux soins	DGOS	2017
31	Procéder à une refonte des instances de dialogue national, créer une commission spécialisée au sein du conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques et assurer leur bon fonctionnement	DGOS	2017
24	Recentrer les missions des CRP sur le dialogue social régional et les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des RPS, en déclinaison d'une stratégie nationale	DGOS	2017
29	Prévoir au sein de la conférence territoriale de dialogue social, un représentant des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers du territoire siégeant en CRP et désigné par la CRP	DGOS	2017
22	Réviser les attributions du CNG en matière de gestion des PU-PH et MCU-PH en disposant de mesures de délégation aux directeurs généraux de CHU, à l'instar des présidents d'université	DGOS	2017
5	Rendre la thématique d'évaluation des risques psychosociaux obligatoire dans le compte qualité de la certification HAS en veillant à la présence d'un volet relatif aux équipes soignantes dont les médecins	HAS	Prochaine version de certification
4	Préciser par instruction, les modalités d'attribution de la protection fonctionnelle du personnel médical hospitalier par l'hôpital ou par l'université de rattachement, en rappelant l'obligation de protection et de réparation	DGOS DGGRH	2017
6	Procéder au niveau interministériel à une révision des délégations des actes de gestion relatifs à la carrière des personnels enseignants et hospitaliers et du suivi médical de ces personnels en vue de les clarifier et de les simplifier	DGOS DGRH	2017
16	Instaurer une visite obligatoire de la médecine du travail pour les étudiants hospitaliers et les internes lors de leur premier stage, visite donnant lieu à aptitude aux fonctions à l'hôpital et une délivrance du certificat d'aptitude des internes par un médecin agréé ou par le médecin du travail	DGOS DGSIP CHU UFR	2017/2018
21	Pour les HU, donner compétence au directeur général du CHU et au président d'université pour saisir conjointement la juridiction disciplinaire, lorsqu'ils l'estiment nécessaire	DGRH DGOS	2017
23	Créer par voie législative une position de service extraordinaire pour les HU et mettre en place au niveau national un pool de postes susceptibles de faciliter leur mobilité, à leur demande ou, dans l'intérêt du service ou à la demande conjointe du président de l'université et du directeur général du CHU	DGRH DGOS	2017/2018

25	Lancer une démarche préparatoire en vue d'une évaluation HCERES de l'ensemble des activités de formation de second et troisième cycles d'études médicales menées par l'université, sa composante santé et le CHU	DGESIP DGOS	2018
18	Rendre systématiques, par voie réglementaire, les visites sur site du CNU pour l'appréciation de l'environnement, de l'implication réelle du candidat dans le soin et la vie du service, dans le cadre des campagnes annuelles de révision des effectifs hospitalo-universitaires	DGOS DGRH CNU	2017/2018
19	Assurer la mise en œuvre opérationnelle du suivi des carrières des HU, mieux prendre en compte la partie hospitalière de leur activité notamment en ce qu'elle détermine leur activité de recherche et de formation	DGOS DGRH CNU	2017
26	Développer la formation à l'exercice en équipe, aux RPS et au management tant en formation initiale qu'en formation continue et accompagner les praticiens en responsabilité notamment avec les techniques les plus adaptées dans le cadre du DPC	DGOS DGESIP	2017 et années suivantes
12	Généraliser la création d'une sous-commission de la CME qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels des personnels médicaux dont le président sera membre de droit du CHSCT	DGOS EPS	2017
2	Conduire un politique médicale d'établissement prenant en compte la formation et les modalités de suivi des étudiants hospitaliers et des internes en s'appuyant sur un compagnonnage HU chargé du suivi de l'interne tout au long de son parcours.	EPS	2017
3	Prévoir dans les conventions hospitalo-universitaires associant l'université et le CHU, un volet de gestion des étudiants, internes et personnels enseignants et hospitaliers en précisant le rôle et la place de chacun et en intégrant les modalités de partage d'informations et de procédures (suivi, signalement de situations à risque, suivi médical coordonné)	EPS Universités	2017
30	Mettre en place une direction de ressources humaines médicales pour assurer de vrais parcours professionnels médicaux et promouvoir une médecine du travail pluridisciplinaire, mutualisée au sein des GHT	EPS	2017/2018
14	Construire une charte du management en s'appuyant sur les principes, pratiques et valeurs centrales de l'établissement, généraliser l'élaboration d'un projet social doté d'un volet concernant le personnel médical hospitalier et renforcer le contenu du bilan social par des indicateurs spécifiques	EPS	2017
13	Recréer les espaces de dialogue sur le travail, de régulation et de discussion notamment autour des réunions de service	EPS	2017
15	Elaborer un guide de l'étudiant hospitalier facilitant l'acquisition d'informations utiles en cas de difficultés	CHU UFR	2017/2018
27	Professionaliser les parcours des personnels médicaux hospitaliers sur la base d'un profil de poste, d'une fiche de poste et d'entretiens réguliers	EPS	2017
28	Professionaliser la nomination des chefs de service et des chefs de pôle sur la base de fiches de postes précisant les profils, les compétences attendues notamment sur le plan du management et en formalisant les modalités de sélection au sein de chaque établissement/GHT	EPS	2017
17	Former à l'entretien individuel et mettre en place un entretien annuel de chaque praticien (assistant, chef de clinique et praticien hospitalier) avec le chef de service, de chaque chef de service avec le chef de pôle et chaque chef de pôle avec le directeur de l'établissement, le président de la CME et le doyen pour les CHU	EPS	2017
20	Procéder à une enquête administrative préalable à d'éventuelles poursuites disciplinaires en cas de suspicion de faits graves	EPS	2017

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 24 FEV. 2016

CAB MT/CG/MB/D16-004853

Note

A l'attention de

Monsieur Pierre BOISSIER,

Chef de service de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Objet : Risques psychosociaux des personnels médicaux en établissements de santé : recommandations pour une meilleure prise en charge

Longtemps la politique de gestion des ressources humaines médicales a fait figure d'exception à l'hôpital. La spécificité de l'exercice et du statut médical semblait ne pas appeler le développement des mêmes politiques que celles déployées vis-à-vis du personnel non médical.

Les jeunes en formation, les praticiens en exercice expriment pourtant de plus en plus nombreux des attentes professionnelles et des besoins sociaux liés la qualité et à la sécurité des conditions de travail et aux processus de reconnaissance des individus au sein de leur environnement de travail.

Ces évolutions obligent à développer de nouvelles politiques permettant d'améliorer les conditions de travail des jeunes en formation et des praticiens en exercice, à mieux appréhender les risques auxquels ils peuvent être exposés mais également à porter une ambition nouvelle en matière de management médical à l'hôpital.

Le spectre des facteurs de risques à prendre en compte est large, ils peuvent être physiques, médicaux et psychosociaux. L'environnement d'exercice, la charge émotionnelle et le stress qui peuvent accompagner la pratique médicale quotidienne sont en effet de nature à exposer de manière assez directe aux facteurs de risques psychosociaux.

Il apparaît par ailleurs que certains des facteurs de risques sont liés, non pas à l'exercice professionnel lui-même ou à la relation au patient et à son entourage, mais relèvent plutôt de problématiques dépendant des processus de désignation des responsables médicaux au sein des établissements, de l'organisation et de l'exercice des responsabilités au sein des équipes médicales ou encore de la gestion, d'une manière plus générale, des relations interpersonnelles, dans les centres hospitaliers comme hospitalo-universitaires.

Il s'agit là à l'évidence de tendances lourdes, récemment illustrées par des situations individuelles graves.

Leur prise en compte appelle désormais le déploiement d'un ensemble de mesures, cohérentes et complémentaires, permettant à la fois :

- de prévenir les risques considérés,
- de détecter les situations d'exposition et de fragilité potentielle,
- et de prendre en charge les professionnels, qui en dépit des mesures de prévention et de détection mises en œuvre, pourraient néanmoins être confrontés à des situations qu'ils auront des difficultés à surmonter.

La Direction générale de l'offre de soins finalise, en application du plan d'action attractivité de l'exercice médical à l'hôpital, un plan d'action destiné à améliorer la prise en compte des risques psychosociaux au sein des communautés médicales à l'hôpital, incluant les internes et les jeunes médecins en début d'exercice.

La prévention des risques psycho sociaux est une des actions retenues dans la feuille de route de la Grande conférence de la santé qui engage tous les acteurs professionnels et institutionnels.

Dans ce contexte, il vous est demandé :

1. de formaliser les conditions de sensibilisation et de mobilisation des acteurs, de mise en œuvre opérationnelle et d'évaluation des différentes actions engagées avec un volet consacré aux jeunes en formation, externes et internes, compte tenu de la spécificité de leur parcours au sein des établissements de santé.

J'attache une importance particulière à ce que les 3 dimensions de prévention, de détection et de prise en charge soient respectivement et pleinement prises en compte.

2. de formuler des propositions permettant d'améliorer les procédures de désignation et d'exercice de leurs missions managériales par les responsables médicaux au sein des établissements.

Ces propositions pourront notamment porter sur :

- les conditions de sensibilisation des professionnels à l'exercice de ces fonctions et de détection des potentiels,
- les processus d'appel à candidatures, l'identification des critères sélection, l'instruction des candidatures et les modalités d'information des candidats comme des équipes tout au long des procédures de sélection,
- les facteurs clefs de succès et les mesures d'accompagnement souhaitables (formations, outils de management, animation et accompagnement institutionnel,...).
- les modalités et procédures de renouvellement.

Votre analyse devra comporter un volet spécifique consacré à la prise en compte de ces problématiques dans les établissements hospitalo-universitaires.

3. enfin, et s'agissant de la situation au sein de l'Hôpital Européen Georges Pompidou et du suicide du Professeur Jean Louis Mégrien, je vous demande, à la lumière du rapport établi à la demande du directeur général de l'AP-HP et du doyen de la faculté de médecine de Paris-Descartes, d'analyser les conclusions à tirer des causes de ce drame et de formuler des recommandations pour améliorer, au sein de cet établissement et dans l'ensemble des établissements hospitaliers, la détection et la prévention des risques psycho-sociaux, y compris des personnels hospitalo-universitaires.

Votre mission procédera aux auditions les plus larges possibles (représentants des professionnels, des employeurs, des administrations concernées ; spécialistes reconnus de ces problématiques) en vue de me remettre un rapport intermédiaire d'ici à la fin du mois de mars et vos propositions définitives pour la fin du mois de mai au plus tard.

Vous bénéficierez du concours de mes services, et notamment de l'appui de la Direction générale de l'offre de soins.



Marisol TOURAINE



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Scan IAC
Manuelle
fait

Secrétariat d'Etat à l'enseignement supérieur et à la recherche

Le Secrétaire d'Etat

Paris, le 3 JUIL. 2016

Monsieur le Chef de service,

La ministre des affaires sociales et de la santé a confié à l'inspection générale des affaires sociales une mission relative à la prise en charge des risques psycho-sociaux des personnels médicaux en établissements de santé, suite au décès d'un professeur des universités-praticien hospitalier à l'hôpital européen Georges Pompidou.

Compte tenu des missions d'enseignement et de recherche des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires, il me paraît nécessaire que l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche apporte sa contribution à ces travaux.

Dans ce contexte, votre mission s'attachera à identifier les situations de conflit, souffrance, harcèlement et mal être au travail auxquelles peuvent être confrontés les personnels hospitalo-universitaires au sein des universités.

Elle devra effectuer le bilan des dispositifs existants en matière de prévention des risques psycho-sociaux (RPS) tant au niveau ministériel qu'au sein des établissements.

Seront évalués le rôle des différents acteurs et instances qui peuvent être alertés en cas de difficultés (administration centrale, chef de service au niveau de l'établissement, comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ministériel et d'établissement, médiateur national, académique et des établissements, dispositifs mis en place le cas échéant par les établissements dans le cadre du plan d'action pour la prévention des RPS, tels qu'un comité de prévention des RPS ou un comité local d'intervention, services de médecine de prévention, représentants syndicaux au sein des CHSCT ...) ainsi que les modalités de leur coordination.

Monsieur Jean-Richard CYTERMANN
Chef de Service de l'Inspection générale
de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
31-35 rue de la Fédération
75015 Paris

IGAENR

Date d'arrivée 19 juillet 16

Visa du Chef du service

Numero 65

La mission appréciera dans quelle mesure les besoins des personnels hospitalo-universitaires sont pris en compte dans le cadre de cette politique générale de santé et sécurité au travail.

Elle s'intéressera à la manière dont les établissements assurent l'accompagnement des carrières des personnels enseignants et hospitaliers, afin notamment de prévenir ces risques psycho-sociaux.

Elle appréciera également les dispositifs spécifiques ou locaux en vue d'identifier et d'accompagner les étudiants et ces personnels hospitalo-universitaires en difficultés.

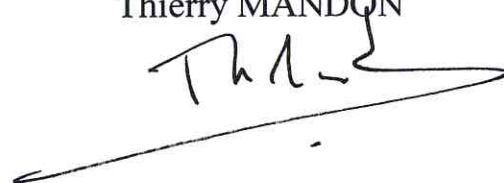
En outre, eu égard à leur triple mission (enseignement et recherche au sein de l'université et soins à l'hôpital), la question de l'articulation des structures universitaires avec celles de l'hôpital devra être examinée en lien avec la mission conduite par l'inspection générale des affaires sociales.

Enfin, ce diagnostic conduira la mission à formuler des recommandations permettant d'améliorer la prévention des risques psycho-sociaux, et notamment la détection des situations d'exposition et de fragilité que peuvent connaître les personnels hospitalo-universitaires des centres hospitaliers et universitaires tout au long de leur carrière.

Votre mission procédera aux auditions les plus larges possibles en vue de me remettre un rapport intermédiaire d'ici à fin septembre 2016 et vos propositions définitives pour novembre 2016 au plus tard.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de ma meilleure considération.

Thierry MANDON

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thierry Mandon', with a long horizontal flourish extending to the left.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

CABINET DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

M. Etienne CHAMPION, Directeur de cabinet ;
M. Nicolas PEJU, Directeur adjoint de cabinet ;
Pr. Djillali ANNANE, conseiller auprès de la Ministre en charge de l'innovation, de la recherche et de l'enseignement supérieur ;
Dr. Christine GARDEL, conseillère en charge des ressources humaines du système sanitaire.

CABINET DU SECRETAIRE D'ETAT CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Pr. François LEMOINE, conseiller santé.

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)

M. Jean DEBEAUPUIS, Directeur général ;
M. Mathias ALBERTONE, sous-directeur des ressources humaines du système de santé ;
M. Dimiter PETROVITCH, chef du bureau organisation des relations sociales et des politiques sociales ;
M. Pierre-Benjamin GRACIA, adjoint au chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales ;
Mme Christiane DELAHAY-BILLON, bureau des ressources humaines hospitalières ;

DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL (DGT)

M. Frédéric TEZE, adjoint à la sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail ;
M. Arnaud PUJAL, adjoint à la cheffe du bureau de la politique et des acteurs de la prévention ;
M. Boris VIEILLARD, chargé de mission sur les risques psychosociaux.

CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG)

Mme Danielle TOUPILLIER, Directrice générale ;
M. Bernard CHENEVIÈRE, chef du département gestion des praticiens hospitaliers ;
M. Emmanuel RIQUIER, adjoint au chef du département gestion des praticiens hospitaliers ;
Pr. Dominique BERTRAND, conseiller médical ;
Dr. Alain JACOB ;
M. Jean-François CABON, conseiller technique ;
Mme Isabelle PUJADE-LAURAIN, conseillère technique.

INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE (IGAENR)

M. Fabrice WIITKAR, coordonnateur, inspecteur santé et sécurité au travail de l'enseignement supérieur et de la recherche ;
Mme. Laure VILLAROYA-GIRARD, inspecteur santé et sécurité au travail de l'enseignement supérieur et de la recherche.
M. Claude BISSON-VAIVRE, inspecteur général de l'éducation nationale, médiateur de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur ;

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

Pr. Agnès BUZYN, présidente du collège ;
M. Sébastien LELOUP, directeur délégué et chef du service certification des établissements de santé ;
Dr. Laetitia MAY-MICHANGELI, cheffe de la mission sécurité des patients et cheffe du service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

Mme. Véronique GHADI, chef de projet, service certification des établissements de santé ;
M. Philippe LALY, adjoint au chef du service certification des établissements de santé.

DIRECTION GENERALE DES RESSOURCES HUMAINES (DGRH) DU MINISTERE CHARGE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DU MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

M. Brice LANNAUD, chef du service des personnels enseignants de l'enseignement supérieur et de la recherche ;
M. Fabien STROBEL, sous-directeur du pilotage du recrutement et de la gestion des enseignants-chercheurs ;
Mme. Maryline GENIEYS, cheffe du département des personnels enseignants-chercheurs des disciplines de santé ;
M. Thierry DELANOË, sous-directeur des études de gestion prévisionnelle, statutaire et de l'action sanitaire et sociale ;

DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE (DGESIP)

M. Jean-Christophe PAUL, chef du département des formations de santé ;
Mme. Véronique LESTANG-PRECHAC, adjointe au chef du département des formations de santé ;
Pr. François COURAUD, coordonnateur des conseillers auprès de la directrice générale.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Pr. Luc BARRET, médecin-conseil national, adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales
M. Hervé LAUBERTIE, responsable du département prévention des risques professionnels.

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT)

M. Hervé LANOUZIERE, directeur général ;
M. Olivier LIAROUTZOS, responsable du département expérimentations et développement des outils et méthodes ;

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EHESP)

M. Roland OLLIVIER, responsable de l'institut du management ;
Mme. Laetitia LAUDE, docteure en sciences de gestion, enseignant chercheur à l'institut du management.

HAUT CONSEIL DE L'EVALUATION DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR (HCERES)

M. Michel COSNARD, président ;
M. Jean-Marc GEIB, directeur du département évaluation des formations

COLLEGE DES DIRECTEURS GENERAUX D'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Dr. Jean-Yves GRALL, président, directeur général ARS des Hauts de France ;
M. François MAURY, directeur général ARS de l'Océan indien ;
M. Patrice RICHARD, directeur général ARS de Guadeloupe ;
M. Patrick HOUSSEL, directeur général ARS de Martinique ;
M. Olivier DE CADEVILLE, directeur général ARS de Bretagne ;
M. Jean-Jacques COIPLÉ, directeur général ARS de Corse ;
M. Michel LAFORCADE, directeur général ARS de Nouvelle-Aquitaine ;
M. Claude D'HARCOURT, directeur général ARS du Grand Est ;
M. Christophe LANNELONGUE, directeur général ARS Bourgogne-Franche-Comté ;
Mme. Véronique WALLON, directrice générale ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes

Mme. Cécile COURREGES, directrice générale ARS des Pays de la Loire ;
M. Jacques CARTHIAUX, directeur général ARS de Guyane ;
Mme. Monique RICOMES, directrice générale ARS de Normandie.

AGENCE REGIONALE DE SANTE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

M. Christophe LANNELONGUE, directeur général ;
M. Didier JAFFRE, directeur de l'organisation des soins ;
Mme. Danièle SEKKRI, cheffe du département ressources humaines en santé ;
Mme. Céline GOUSSARD, directrice du cabinet du directeur général.

AGENCE REGIONALE DE SANTE BRETAGNE

Dr. Patrick AIRAUD*, conseiller médical ;
Mme. Nora OUADI*, pôle professions médicales.

AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE-RHONE-ALPES

Mme. Céline VIGNE, directrice de l'offre de soins ;
Mme. Corinne PANAIS, responsable du service démographie médicale et professions de santé ;
M. Pierre MENARD, responsable du pôle parcours de soins et professionnels de santé ;
Dr. Géraldine JANODY, conseillère technique en charge de l'internat.

AVENIR HOSPITALIER

Dr. Pascale LE PORS-LEMOINE, vice-présidente ;
Dr. Max-André DOPPIA, président.

COORDINATION MEDICALE HOSPITALIERE (CMH)

Dr. Rémy COUDERC, secrétaire général ;
Pr. Benoît MISSET, président du syndicat national des médecins réanimateurs des hôpitaux publics (SNMRHP) ;
Pr. Jean-Gérard GOBERT, président de la fédération nationale des syndicats de praticiens biologistes hospitaliers et universitaires (FNSPBHU).

CONFEDERATION DES PRATICIENS DES HOPITAUX (CPH)

Dr. Rémi BRULE, trésorier du syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaires (SMARNU) ;

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS (INPH)

Pr. Bertrand DIQUET, président du syndicat national des hospitalo-universitaires (SNHU) ;
Dr. Antoinette BERNABE GELOT ;
Dr. Patrick LEGLISE.

INTER SYNDICALE NATIONALE AUTONOME REPRESENTATIVEDES INTERNES DE MEDECINE GENERALE (ISNAR-IMG)

M. Yves-Marie VINCENT, président ;
Mme. Camille TRICART, porte-parole ;
M. Mayeul MERCHIER, secrétaire général adjoint.

SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS, CHIRURGIENS, SPECIALISTES, BIOLOGISTES ET PHARMACIENS DES HOPITAUX PUBLICS (SNAM-HP)

Pr. Sadek BELOUCIF, président ;
Dr. Christophe SEGOUIN, secrétaire général.

ASSOCIATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE FRANCE (ANEMF)

M. Maxime RIFAD, vice-président perspectives professionnelles.

INTER SYNDICAT NATIONAL DES CHEFS DE CLINIQUE ET ASSISTANTS (ISNCCA)
Dr. Julien LENGLET, président.

INTERSYNDICAT NATIONAL DES INTERNES (ISNI)
M. Baptiste BOUKEBOUS, président.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF)
M. David GRUSON, délégué général ;
Mme. Marie HOUSSEL, responsable du pôle ressources humaines hospitalières ;

CONFERENCES DES PRESIDENTS DE COMMISSION MEDICALE ETABLISSEMENT
Dr. Pierre CHARESTAN, secrétaire général adjoint, conférence des présidents de CME de CH ;
Pr. Michel CLAUDON, président, conférence des présidents de CME de CHU ;
Dr. Thierry GODEAU, président, conférence des présidents de CME de CH ;
Dr. Radoine HAOUI, conférence des présidents de CME de CHS ;
Dr. David PINEY, secrétaire général, conférence des présidents de CME de CH ;
Dr. Christian MULLER, président, conférence des présidents de CME de CHS ;
Dr. Jean-Marie WOEHLE, vice-président, conférence des présidents de CME de CH ;

CONFERENCES DES DIRECTEURS
M. Stéphane PARDOUX, conférence des directeurs de centre hospitalier ;
Mme. Dolorès TRUEBA DE LA PINTA, conférence des directeurs de centre hospitalier ;
M. Jean-Olivier ARNAUD, président de la commission des affaires médicales; conférence des directeurs généraux de CHU ;
Mme. Armelle DREXLER, coordinatrice de la commission des affaires médicales de CHU.

CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE
Pr. Jean-Luc DUBOIS-RANDE, président, doyen de la faculté de médecine de Créteil ;
Pr. Bruno RIOU, doyen de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie.

CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE CHIRURGIE DENTAIRE
Pr. Robert GARCIA, président et doyen de la faculté d'odontologie Garancière de Paris VII ;
Dr. Anne DAUTEL, doyen de la faculté d'odontologie de Rennes.

CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE PHARMACIE
Pr. Macha WORONOFF-LEMSI, PUPH, présidente ;
Pr. Christine VINCIGUERRA, PU-PH, vice-présidente ressources humaines.

CONFERENCE DES PRESIDENTS D'UNIVERSITE (CPU)
Pr. Yvon BERLAND, président de la commission santé ;
Pr. Jean-François BALAUDE, président de la commission des moyens et personnels ;
Mme. Sibylle ROCHAS, chargée de mission pour les moyens et les personnels.

CONFERENCE DES PRESIDENTS DU CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES (CNU)
Pr. Olivier CLARIS, président.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM)
Dr. François SIMON président de la section exercice professionnel ;
Dr. Jean-François CERFON vice-président de la section exercice professionnel, en charge de la médecine hospitalière ;
M. Francisco JORNET, directeur des services juridiques.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS (CNOP)
M. Jean-Yves POURIA, président du conseil central H ;

Dr. Julien FONSART, membre du conseil central G.

ASSOCIATION JEAN-LOUIS MEGNIEN

Pr. Philippe HALIMI, président ;
M. François GUDIN, secrétaire.

ASSOCIATION THEMIS : ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE HARCELEMENT MORAL AU TRAVAIL

Mme. Agnès MAILLARD, présidente ;
Dr. Patrick SERRE, vice-président.

AIDE AUX SOIGNANTES DE RHONE-ALPES (ASRA)

Dr. Michel EVREUX*, président.

MISSION FIDES — AP-HP — HOPITAL PAUL BROUSSE

Pr. Amine BENYAMINA, PU-PH ;
Mme. Isabelle CHAVIGNAUD, coordinatrice ;
Dr. Geneviève LAFAYE, PH.

MOTS : ORGANISATION DU TRAVAIL ET SANTE DU MEDECIN

Dr. Jean THEVENOT*, président.

ASSOCIATION POUR LES SOINS AUX SOIGNANTS (APSS)

Dr. Yves LEOPOLD*, ancien président.

ASSOCIATION SOINS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE (SPS)

Dr. Eric HENRY, président.

ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX (ADRHESS)

M. Jean-Yves COPIN, membre du conseil d'administration ;
M. Julien ROSSIGNOL, membre du conseil d'administration.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Pr. Manuel TUNON DE LARA, président ;
Pr. Jean-Luc PELLEGRIN, directeur du collège sciences santé
Pr. Isabelle BALDI, responsable du service de santé au travail ;
M. Loïc LEROUGE, chargé de recherche CNRS.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Mme. Chantal LACHENAYE-LLANAS, directrice générale adjointe ;
M. Jean-Pierre LEROY, directeur du département des affaires médicales ;
Pr. Pierre BURBAUD, président de la "commission attractivité et accompagnement des carrières" de la commission médicale d'établissement ;
Dr. Laurence JOLY, vice-présidente de la "commission attractivité et accompagnement des carrières" de la commission médicale d'établissement ;
Dr. Catherine VERDUN-ESQUER, cheffe du service de médecine du travail et pathologies professionnelles ;
Mme. Nathalie GREARD, psychologue du travail au service de médecine du travail et pathologies professionnelles.

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA VALLEE D'ARVE

Mme. Florence QUIVIGER*, directrice ;
Mme. Elodie PELLETIER*, directrice des ressources humaines et des affaires médicales ;
Mme. Céline ROUX*, adjoint aux affaires médicales.

CONFERENCE REGIONALE PARITAIRE AUVERGNE-RHONE-ALPES

M. Hubert MEUNIER, directeur du centre hospitalier du Vinatier, membre du bureau ;
Dr. Raphaël BRIOT, MCU-PH, CHU de Grenoble, membre du bureau ;
Pr. Yves FRANCOIS, PU-PH, Hospices civils de Lyon, membre du bureau ;
Pr. Frédéric AUBRUN, PU-PH, Hospices civils de Lyon, membre du bureau ;
Dr. Nicole SMOLSKI, PH, Hospices civils de Lyon, membre du bureau.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SAINT-ETIENNE

Mme. Aurélie CHANNET, directrice des affaires médicales ;
Pr. François LANG, PU-PH.

HOSPICES CIVILS DE LYON

M. Patrick DENIEL, secrétaire général ;
Pr. Vincent PIRIOU, PU-PH, président de la commission des relations humaines médicales ;
Mme. Sophie GRANGER, directrice adjointe des affaires médicales.

CENTRE HOSPITALIER DE BRETAGNE SUD

M. Marc TAILLANDIER*, directeur des affaires médicales.

SOCIETE NATIONALE DES CHEMINS DE FER FRANÇAIS (SNCF)

M. Benjamin RAIGNEAU, directeur management et qualité sociale et directeur adjoint cohésion et ressources humaines ferroviaires
M. Loïc HISLAIRE, conseiller social du président ;
Mme. Florence MARACHE, responsable du programme mieux vivre au travail.

AUTRES PERSONNALITES

Pr. Florence THIBAUT, PU-PH, AP-HP ;
Dr. Jean-Jacques TANQUEREL, PH, CH Saint-Malo ;
Dr. Claudine CHRETIEN, PH, CH Charleville-Mézières ;
Dr. Pascal POLI, PH, CH Evreux-Vernon ;
Pr. Martial HAMON, PU-PH, CHU de Caen ;
Mme. Christine WELTY, directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) ;
Mme. Gwen PICHON-NAUDE, DOMU, AP-HP ;
Mme. Hélène CHARTIER, interne en médecine du travail, Paris ;
Pr. Philippe HUMBERT, PU-PH, CHU de Besançon ;
Pr. Bruno KASTLER, PU-PH, CHU de Besançon ;
Dr. Antoinette BERNABE GELOT, PH, AP-HP ;
Mme. Christelle MAZZA, Avocat au barreau de Paris, Armide Avocats ;
Dr. Dalia DIMITRI BOULOS, PH, AP-HP ;
Dr. Béatrice ALLARD-LATOURE, PH, CH Château-du-Loir ;
Dr. Donata MARRA, présidente du bureau interface professeurs étudiants (BIPE) ;
Dr. Hélène BERINGUIER, présidente de l'association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) ;
Mme. Leslie GRICHY, vice-présidente du syndicat des internes des hôpitaux de Paris (SIHP) ;
Dr. Marc LEVEQUE, PH ;
Pr. Bernard GRANGER, PU-PH, AP-HP ;
Dr. Nathalie CHEROT-KORNOBIS, CHRU de Lille ;
Pr. Dominique GERMAIN, PU-PH, AP-HP ;
Pr. Didier SICARD, président d'honneur du comité consultatif national d'éthique ;
Pr. Jean-Claude PAIRON, PU-PH, CHIC de Créteil ;
Dr. Pascal ANDUJAR, MCU-PH, CHIC de Créteil ;
Dr. Nicolas SANDRET, CHIC de Créteil ;
Dr. Madeleine ESTRYN-BEHAR, PH honoraire, médecin du travail, docteur en ergonomie ;
Pr. Franck J. BAYLE, PU-PH, CH Sainte-Anne ;

Pr. Alexis DESCATHA, PU-PH, AP-HP ;
Pr. Lionel VAN MALDERGEM, PU-PH, CHU de Besançon ;
Pr. Lionel COLLET, conseiller d'Etat, président de la juridiction disciplinaire des hospitalo-universitaires ;
Pr. Benoît SCHLEMMER, en charge des travaux de finalisation de la réforme du troisième cycle des études médicales ;
Dr. Nathalie CHEROT-KORNOBIS, PH, CHU de Lille ;
Dr. Anne-Catherine DELAVELLE*, PH, CHU de Reims ;
Dr. Sylvie TOUCHE*, PH, CHU de Reims ;
Pr. Marc BRAUN, doyen de médecine de Nancy ;
Dr. Philippe de VILLARTAY, PH, CH de Pontoise ;
Pr. Christophe LANCON, PU-PH, AP-HM ;
Dr. Laurent MORASZ, Coordonnateur unités interrégionales de soins des professions de santé (UISPS), CLINIPSY ;
Dr. Catherine CORNIBERT, présidente agence conseil santé (ACS) ;
M. Ghislain CRASSARD, directeur des exploitations, Ramsay Générale de santé ;
Pr. Eric GALAM, professeur associé au département de médecine générale, université Paris Diderot ;
Dr. Christophe DEJOURS, professeur au conservatoire national des arts et métiers (CNAM), responsable de l'équipe "Psychodynamique du travail et de l'action" ;
Dr. Emmanuel GRANIER*, clinique Belle-Rive, Villeneuve-Lès-Avignon ;
Pr. Philippe ICARD, PU-PH, CHU de Nice.

*Entretien téléphonique

ANNEXE 1

LE PERSONNEL MEDICAL HOSPITALIER

Effectifs d'étudiants et internes en filière médecine, année universitaire 2014-2015

Médecine	DFASM1	05 DFASM2	06 DFASM3	Total étudiants	07 TCEM1	08 TCEM2	09 TCEM3	10 TCEM4	11 TCEM5	Total internes	TOTAL	
		8 760	8 218	8 629	25 607	8 137	7 523	7 439	3 972	1 666	28 737	54 344
Pharmacie	04 DFASP1	05 DFASP2	06 TCCEP	Total étudiants	07 TCLEP1	08 TCLEP2	09 TCLEP3	10 TCLEP4		Total internes	TOTAL	
		3 219	2 835	3 338	9 392	430	296	297	340		1 363	10 755
Odontologie	04 DFASO1	05 DFASO2	06 TCCEO	Total étudiants	07 TCLEO1	08 TCLEO2	09 TCLEO3	10 TCLEO4		Total internes	TOTAL	
		1 305	1 232	1 108	3 645	107	94	78	32		311	3 956
TOTAL		13 284	12 285	13 075	38 644	8 674	7 913	7 814	4 344	1 666	30 411	69 055

Source MENESR / Sise, redressement DGOS

Effectifs hospitaliers titulaires 2015

HU	6 485	PU-PH	4 400
		MCU-PH	2 085
PH	47 133	temps plein	41 825
		temps partiel	5 308
Total			53 618

Source CNG

Personnels hospitalo-universitaires temporaires janvier 2016

Assistants hospitaliers universitaires	513
Chefs de clinique - assistants des hôpitaux	3 126
Praticiens hospitaliers universitaires	156
Total	3 795

Source DGRH MENESR

ANNEXE 2 : LES MISSIONS NATIONALES ET LA GRANDE CONFERENCE DE SANTE

Mission pacte de confiance pour l'hôpital

- [722] La Ministre des affaires sociales et de la santé, a engagé, le 7 septembre 2013, les travaux du Pacte de confiance pour l'hôpital. La lettre de mission adressée à Edouard COUTY souligne la nécessité de renforcer la dimension humaine et globale de la prise en charge des patients et des personnes accueillies et de restaurer des relations loyales et confiantes entre les institutionnels, les professionnels et l'Etat.
- [723] La synthèse du rapport indiquait en ce qui concerne le diagnostic : *"En une dizaine d'années, l'hôpital public a perdu progressivement ses repères, à l'instar de très nombreux professionnels qui y travaillent. Les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. L'immense majorité d'entre eux réalise des efforts conséquents pour concilier ces contraintes et leur éthique professionnelle, mais ils ont le sentiment que ces efforts ne sont pas toujours reconnus et que se dégradent leurs conditions de travail et d'exercice"*.
- [724] La santé au travail et les conditions de travail des praticiens sont apparues comme des demandes exprimées par les praticiens, internes, et étudiants. Aucune instance et aucun dispositif ne traite de ces questions au niveau des établissements, contrairement aux personnels de la fonction publique hospitalière.
- La mission pacte de confiance pour l'hôpital a donc proposé de créer une sous-section au sein du CHSCT, qui traiterait les questions de santé au travail des praticiens hospitaliers.
 - Les exercices professionnels sont présentés comme cloisonnés et hiérarchisés et les formations initiales et continues de chaque profession concourent à ces cloisonnements, induisant une vision partielle (et parfois partielle) de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement.
 - L'engagement d'une réflexion et d'une action sur les formations initiales et continues des différents professionnels concernés est préconisé dans la perspective d'assurer une plus grande interdisciplinarité et de leur permettre d'avoir une vision plus globale et plus transversale du fonctionnement du système hospitalier, de ses contraintes et de ses enjeux.
 - La promotion du droit à l'expression libre et collective est évoquée par les professionnels, en considérant que la liberté d'organisation de ce dialogue social de proximité devait être privilégiée.
 - Le rapport fait état de l'importance à recréer un espace de dialogue social, l'essentiel étant de disposer d'une structure adéquate pour traiter des activités des services ou des unités, pour en faire un véritable lieu d'information et d'échange. Ces modalités d'organisation devraient être fixées par le règlement intérieur de l'établissement.
 - L'accent est mis sur l'unanimité qui s'est dégagée pour promouvoir la notion d'équipes pluri professionnelles seules à même d'assurer la qualité de la prise en charge, la cohérence des actions et la cohésion interne et de favoriser le décroisement entre l'exercice des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière.
 - Quelques grands principes d'organisation et de management, ont été posés :
 - Le respect des compétences professionnelles et de la déontologie, en particulier à travers l'autonomie de la décision du professionnel, dans son champ de compétence ;

- Le rappel des responsabilités professionnelles liées à la prise en charge des patients ou des personnes accueillies ;
- La clarification des responsabilités respectives des chefs de pôles de fédération ou de département et des chefs de service ou d'unités de soins ;
- Une démarche participative à tous les niveaux, basée sur la reconnaissance des acteurs, et à travers des actions d'information et de concertation ;
- La pluridisciplinarité et la collégialité dans les décisions organisationnelles, voire de prise en charge des malades lorsque cela s'avère nécessaire ;
- L'évaluation des pratiques, la formation et l'innovation dans tous les domaines d'activité ;
- La sincérité des informations diffusées : informations financières, d'activité, d'emploi et d'affectation de moyens....

[725] Une charte du management et du dialogue social pourrait être élaborée pour guider les responsables dans leurs fonctions de direction, d'animation, d'arbitrage et d'encadrement. Une telle charte engagerait l'ensemble des acteurs hospitaliers pour un dialogue social loyal, ouvert, actif et opérant dans les établissements de santé.

Mission sur l'exercice médical à l'hôpital

[726] Une réflexion globale sur l'exercice médical à l'hôpital, dans toutes ses dimensions a été lancée et confiée au CNG, à la suite de la signature d'un protocole d'accord intervenu le 6 juillet 2010 entre la Ministre et trois organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers (la CMH, l'INPH et le SNAM-HP) et les représentants des internes (ISNI).

[727] *"Mesurer la qualité du travail effectué, reconnaître l'engagement de celles et ceux qui s'investissent dans des projets exigeants, offrir aux jeunes médecins des perspectives de carrière renouvelées, donner des possibilités de varier ses formes d'exercice ou d'aménager la fin de carrière pour celles et ceux qui le souhaitent : tels sont les principaux enjeux sur lesquels nous devons nous interroger"*. Tels ont été les objectifs assignés.

[728] Le rapport précise *"qu'il ne se veut pas un énième constat de ce qui a été fait et de ce qu'il faudrait faire"*. Une enquête réalisée sur un échantillon de 305 établissements publics de santé, auprès de praticiens de toutes disciplines et de tous statuts (1975 répondants sur un objectif fixé à 2401, taux de réponse à 82 %) a fourni de nombreux éléments de diagnostic sur lesquels la Mission s'est appuyée pour mesurer les attentes et les insatisfactions. Cette enquête a été complétée par des débats en interrégions.

[729] Parmi les dix indicateurs relatifs aux missions et aux conditions de l'exercice médical à l'hôpital, tous avaient été considérés comme importants par les répondants. Cinq se distinguent avec des taux d'importance supérieurs à 80 % :

- Les conditions de vie au travail ;
- La continuité des soins et la permanence médicale et pharmaceutique ;
- La prévention et la gestion des conflits ;
- Le dialogue social ;
- La prévention des autres risques professionnels.

[730] La prévention et la gestion des conflits emportent le taux d'insatisfaction le plus significatif, puisqu'il s'élève à 57,6 %. Considérées comme importantes la charge des activités administratives et la prévention des risques psychosociaux ont été soulignées. Le premier indicateur rassemble en effet 71,8 % d'insatisfaits. Le taux d'insatisfaits s'élève à 51 % pour le second indicateur.

- [731] Des idées-clefs structurantes sur l'exercice médical ont été émises telles que :
- L'amélioration nécessaire de l'accueil des jeunes internes dans l'hôpital ;
 - La recherche d'une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie privée/familiale ;
 - L'intérêt à susciter le plus tôt possible la vocation de praticiens pour une participation à la gestion administrative et au management ;
 - La prise en compte de la spécificité de l'exercice médical à l'hôpital en permettant une représentation des praticiens dans les CHSCT et un volet propre aux personnels médicaux dans le projet social de l'établissement à l'hôpital.
- [732] L'attachement à une équipe est apparu comme une ressource sociale favorisant l'échange et atténuant les risques psychosociaux (notamment burn-out).
- [733] Le besoin de lisibilité des parcours professionnels est réaffirmé, notamment la possibilité de se projeter tant en termes de responsabilité que d'affectation, quelle que soit l'étape dans la carrière du praticien.
- [734] La gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences est une source d'insatisfaction pour 56,8 % des praticiens, de fortes attentes ont été exprimées.
- [735] La désignation d'un référent médical a été préconisée au sein de chaque pôle pour les personnels médicaux, chargé de veiller, en relation avec la médecine du travail et toute instance utile au sein de l'établissement ou du territoire à ce que les conditions de vie au travail soient réunies pour permettre à chaque praticien de s'accomplir dans son exercice.
- [736] Il s'agit de mieux prendre en compte les attentes majeures en matière de conditions de vie au travail, de dialogue social, de prévention des risques psychosociaux. La prévention et la gestion des conflits doivent également trouver un sens au sein des équipes.
- [737] Toutefois, une instance de médiation ou de conciliation est préconisée, organisée autour du président de CME, du directeur des affaires médicales et du médecin du travail qui bénéficieront à ce titre d'une formation adaptée. Au-delà, la commission paritaire régionale assurera le soutien et l'accompagnement à cette démarche et le directeur général de l'ARS se substituera aux acteurs locaux, en cas de nécessité. Une voie de recours au niveau national (CNG) doit être ouverte afin d'arbitrer les conflits qui n'auront pas pu être réglés au niveau régional.
- [738] Le rapport a aussi recommandé que la CME élabore un code de bonne conduite pour soutenir la solidarité entre praticiens au travers d'un programme d'actions pluriannuel, évalué chaque année, pour instaurer ou restaurer la dynamique et la confiance entre pairs professionnels.
- [739] Pour soutenir cette approche, des indicateurs sociaux prioritaires permettant d'anticiper ou de repérer les situations à risque seront mis à disposition des établissements de santé par la direction générale de l'Offre de soins du ministère de la Santé, en lien avec le CNG.
- [740] Dans le prolongement, un programme d'actions pluriannuel sur la prévention des risques professionnels des praticiens devra être développé dans le cadre des travaux réalisés par un CHSCT mis en place spécifiquement pour les praticiens pour identifier les situations à risque, et en lien avec la CME, assurer l'élaboration et le suivi d'un programme local pluriannuel d'actions pour promouvoir la cohésion des équipes et la résolution des conflits.
- [741] Il s'agit principalement de prévenir et de gérer les conflits avec, comme maîtres mots, l'anticipation et la médiation-conciliation, localement au niveau de l'équipe ou de l'établissement et régionalement, par le biais des commissions régionales paritaires.

- [742] L'état des lieux et le diagnostic élaborés à l'appui des entretiens et des témoignages de la mission sur les RPS mettent en relief la nécessité d'une structuration lisible et opérationnelle pour les actions de promotion du dialogue collectif au sein des équipes, de prévention et de prise en charge des conflits, tant au niveau local, régional et national.
- [743] Cette mission a considéré que la mise en œuvre opérationnelle d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales constitue un impératif national, régional et territorial.
- [744] La carrière d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un odontologiste hospitalier s'étale sur environ 35 ans et évolue à l'ancienneté. Rien ne permet de connaître, d'accompagner ni de réguler les changements de projets du praticien, d'intégrer les besoins et/ou les souhaits d'évolution de ses compétences et encore moins de les harmoniser avec les choix stratégiques de l'hôpital dans lequel il exerce ou de ceux des hôpitaux voisins avec lesquels il coopère.
- [745] Une telle évolution doit s'accompagner d'une formation initiale des étudiants et des internes visant l'acquisition d'une vision globale du système de santé, dans une véritable approche de l'éthique et des sciences humaines pour bien appréhender leur futur environnement professionnel.
- [746] Outre les propositions déjà exprimées et notamment la présence d'un référent médical des ressources humaines au sein du pôle, s'impose également un volet social spécifique aux praticiens pour améliorer leurs conditions d'exercice et la prévention des risques médicaux et psychosociaux dans le cadre d'une organisation, notamment régionale, de la médecine du travail.
- [747] Ces axes relayés lors des entretiens, notamment par les Conférences et lors des visites sur site, font l'objet d'un approfondissement par la mission.

Mission attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public

- [748] La Ministre des affaires sociales et de la santé a engagé, le 25 novembre 2014, par lettre de mission adressée au sénateur Jacky LE MENN, les travaux relatifs à l'amélioration de l'attractivité de l'exercice médical associant les représentants des praticiens hospitaliers, des chefs de clinique et assistants, des internes et des étudiants ainsi que la fédération hospitalière de France (FHF) et les conférences des directeurs et des présidents de CME.
- [749] Cette mission avait pour objectif notamment *"d'approfondir les pistes portant sur les domaines que sont la diversification des modes d'exercice, le fonctionnement en équipe...l'amélioration des conditions de travail"*.
- [750] La synthèse du rapport soulignait : *"Des efforts particuliers doivent être consentis pour améliorer les conditions de travail et favoriser la qualité de vie au travail. Cela passe par l'amélioration de l'accueil des médecins dans l'hôpital et par diverses mesures favorisant la qualité de vie au travail"*.
- [751] *"Sans bouleverser l'ensemble des équilibres issus de la loi HPST, le rôle des médecins dans la gestion de l'hôpital doit être revalorisé en réaffirmant l'importance du corps médical et en reconnaissant les équipes médicales comme socles à partir desquels s'organise l'activité hospitalière, y compris à l'échelle du territoire."*
- [752] Un plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public a été élaboré et annoncé par la ministre¹⁵⁹, sur la base des préconisations formulées dans le rapport et dont plusieurs engagements vont accompagner la montée en puissance effective des groupements hospitaliers de territoire.

¹⁵⁹ Conférence de presse du 2 novembre 2015.

- [753] La mission a retenu cinq engagements en lien avec les thématiques traitées dans le rapport :
- Dynamiser les parcours professionnels par la diversification des missions confiées aux praticiens.
- [754] La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est considérée comme une opportunité de repenser la nature des missions et la répartition des activités entre les praticiens.
- Encourager l'animation des équipes et améliorer les conditions de travail à l'hôpital.
- [755] Par la promotion du management médical, l'importance est donnée à la notion d'équipe médicale, à son animation et au fonctionnement des espaces d'expression de proximité.
- [756] Le soutien apporté au management de proximité, aux responsables de service notamment, doit contribuer à renforcer la reconnaissance individuelle des praticiens et les outils de GRH développés (profils de postes) avec la mise en place de mesures d'accompagnement spécifiques (politique de formation et de détection des potentiels managériaux).
- Développer le volet "personnel médical" des projets sociaux des établissements de santé.
- [757] L'amélioration des conditions d'accueil des internes et des praticiens nouvellement recrutés est rappelée notamment en mettant en œuvre la charte d'accueil et de formation des internes et en favorisant des mesures spécifiques propres aux attentes exprimées par les praticiens.
- Impulser une nouvelle dynamique autour des conditions et de la qualité de vie au travail du personnel médical.
- [758] Une sous-commission dédiée "aux questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail dans le cadre de l'exercice médical" sera créée au sein des commissions médicales d'établissement (CME).
- [759] Cette évolution marquera la volonté de créer les conditions pour que les communautés médicales se les approprient.
- [760] Les démarches de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des praticiens aux facteurs de risques professionnels/psychosociaux devront être développées afin de permettre une meilleure prise en compte du stress, de l'épuisement professionnel, de l'entraide, de l'écoute et des pratiques collaboratives au sein des équipes médicales.
- Impliquer les professionnels médicaux dans les démarches d'actualisation de leurs connaissances, de développement de leurs compétences et d'amélioration des pratiques.
- [761] Il s'agit de renforcer les politiques de formation médicale permettant aux praticiens d'actualiser leurs connaissances et de développer leurs compétences tout au long de leurs parcours professionnels.

Grande conférence de santé

- [762] A l'initiative du Premier ministre, s'est tenue le 11 février 2016 la Grande Conférence de Santé (GCS). Celle-ci a été l'aboutissement d'un long travail de concertation avec les tous acteurs et professionnels de la santé qui ont souhaité y contribuer¹⁶⁰.

¹⁶⁰ La lettre de mission du 11 mai 2015 donnait aux deux copilotes Anne-Marie BROCAS et Lionel COLLET, des objectifs, fixait des thématiques, précisait le cadre d'organisation et les productions attendues de cette Grande conférence de la santé. Un comité de pilotage installé par les ministres des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, une "assemblée des parties prenantes", trois groupes de travail thématiques, correspondant aux trois axes définis par le Premier ministre ("formations", "métiers, compétences, responsabilités", "parcours professionnels"), des auditions, des contributions écrites, une large publicité aux productions ont "*permis une maturation collective de la réflexion*" et nourri des recommandations ou points de sortie qui ont été arbitrés, en réunions interministérielles, par le Premier ministre.

- [763] Celle-ci a débouché sur vingt-deux mesures dont la mise en œuvre dans le temps fait et fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation par le Comité de pilotage mis en place.
- [764] Quinze mesures concernent la formation des étudiants en médecine, pharmacie et odontologie, et des paramédicaux, dont certaines répondent clairement aux préoccupations exprimées d'une sélection accompagnée, de possibilités d'une réorientation adaptée et de passerelles entrantes plus diversifiées, de plus d'interprofessionnalité permettant aux étudiants des filières de santé de mieux connaître les métiers des uns et des autres, notamment dans un souci de meilleure coopération future.
- [765] Les autres mesures visent les conditions d'exercice, l'attractivité, l'articulation "formation" et "installation", l'accompagnement des pratiques avancées, ou encore les possibilités d'évolution de carrière. Figure, entre autres, le développement des démarches de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des professionnels médicaux aux facteurs de risques professionnels/psychosociaux.
- [766] A ce titre, l'objectif avancé est le développement de démarches de sensibilisation, de formation et d'accompagnement des professionnels médicaux aux facteurs de risques professionnels/psychosociaux afin de permettre une meilleure prise en compte du stress, de l'épuisement professionnel, de l'entraide, de l'écoute et des pratiques collaboratives au sein des communautés médicales. La question avait été évoquée et mise en avant par de nombreux professionnels lors des travaux de concertation et de préparation.
- [767] Opérationnellement, la "feuille de route" établie et suivie par la GCS prévoit d'une part, que le suivi individuel des personnels médicaux par les services de santé au travail seront précisées, d'autre part, que dans le cadre de la certification des établissements de santé pilotée par la Haute autorité de santé, les conditions de prise en compte de l'engagement des établissements de santé dans la prévention et le suivi des risques psycho sociaux seront précisées.
- [768] A ce titre l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) est chargée de coordonner des retours d'expérience sur ce thème et de diffuser les bonnes pratiques de prévention par les établissements de santé.
- [769] Enfin un rôle de médiation régionale et nationale par les pairs est envisagé, confié aux instances appropriées (fédération des spécialités médicales, collège de la médecine générale, centre national de gestion des praticiens hospitaliers et commission régionale paritaire placée auprès des agences régionales de santé).

ANNEXE 3 : DES DISPOSITIFS INITIÉS PAR LES UNIVERSITÉS EN DIRECTION DES ÉTUDIANTS

[770] A la suite d'une enquête menée auprès de plusieurs universités disposant d'UFR de médecine, d'odontologie et de pharmacie et les interrogeant sur la mise en œuvre à la fois de la réglementation générale applicable en matière de risques et/ou déclinée en matière de prévention et de gestion des RPS, notamment en direction des enseignants chercheurs et des étudiants de ces UFR, il apparaît que plusieurs dispositifs initiés en direction des étudiants des formations de santé par ces établissements méritent une attention.

L'exemple du Bureau Interface professeurs étudiants ou "BIPE" de l'UFR de Médecine de l'université Pierre et Marie CURIE - PARIS VI, une action large ; un dispositif de médiation des étudiants en difficultés en vue de solutions adaptées

[771] Un des exemples les plus aboutis de dispositifs "proactifs" en matière de détection des risques psychosociaux et de difficultés particulières pouvant aboutir à la réalisation de comportements de mise en danger chez les étudiants est celui de l'Université Pierre et Marie Paris VI.

[772] Dans cette université il existe un dispositif un Bureau dit "Interface professeurs étudiants" (BIPE) qui joue le rôle de lien entre enseignants et étudiants.

[773] Son rôle est défini de façon large allant d'"avoir des conseils pour les études" ou un entretien d'aide à l'orientation, à gérer le stress, en passant par l'aide en cas de difficultés sociales ou de problèmes de santé. Il est aussi le support pour la discussion de projets innovants en pédagogie ou la détection de dysfonctionnements pédagogiques en coordination avec le conseil des études au travers de "réunions de promotion".

[774] Son intervention au cas par cas peut se faire à la demande de l'étudiant, d'un tuteur ou du Doyen.

[775] Selon celui-ci, il n'est dépendant et "à la main" que du seul doyen si besoin est.

[776] Il ne s'agit pas de prendre en charge, mais de créer une médiation capable aussi de mobiliser les informations utiles pour la prise en charge. Les modalités de saisine et d'objet sont variées : un étudiant "inquiet pour un camarade", une demande pour voir directement l'un des psychiatres du BIPE ou un accompagnement vers un intervenant ou une structure adaptés.

[777] Les enseignants peuvent le contacter pour avoir des conseils pour un étudiant.

[778] Les enseignants qui y interviennent sont volontaires.

[779] La question posée est aujourd'hui celle de l'extension de ses conditions d'intervention notamment lors des stages hospitaliers les plus longs. Il s'agit en effet de faire en sorte que lors des stages les plus longs, l'intervention en accompagnement puisse mobiliser le BIPE, le chef de service, le doyen et les élus.

L'université Claude Bernard LYON 1 a développé un dispositif original à l'attention des étudiants, car imaginé et conçu par les étudiants eux-mêmes.

[780] Un dispositif d'identification des situations à risque conçu par les étudiants de médecine et travaillant avec le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).

- [781] Le service universitaire de médecine préventive (SUMPPS) travaille avec une structure de soutien pour les étudiants de la faculté de Médecine de Lyon Est désignée par l'acronyme ASPPiRE pour Accompagnement et Soutien Pédagogique, Personnalisé pour la Réussite des Etudiants.
- [782] Il s'agit d'une plate-forme "mail" créée par les étudiants de 4^{ème} année en médecine pour les étudiants de toutes les autres années. Grâce à ce réseau de signalement et de prise de contact, le service de médecine préventive reçoit des étudiants en médecine, en situation de souffrance.
- [783] Si la prévention des RPS pour les étudiants, notamment en santé n'a pas fait l'objet d'une évaluation spécifique formelle, le constat de leur présence est attesté par l'ensemble des professionnels du service : médecins, infirmières, psychologues, diététiciennes au cours des consultations ou lors des visites médicales "obligatoires" de mises à jour des vaccinations.
- [784] Il est à noter que le SUMPPS a répondu à un appel à projets "pratiques pédagogiques innovantes", en 2015, avec pour objet une sensibilisation aux difficultés psychiques des étudiants. L'objectif du projet a été de mettre à disposition des supports audiovisuels et numériques, pédagogiques dans un but de promotion de la santé à destination des personnels et des étudiants. A la suite, un protocole d'orientation et/ou signalement d'étudiant en difficulté a été conçu.

Un autre exemple de démarche proactive est le dispositif mis en place par l'université de TOURS.

- [785] Le suivi des étudiants en difficultés à l'université RABELAIS - TOURS : un dispositif général pour tous, une déclinaison particulière pour les étudiants en médecine
- [786] L'université de Tours a mis en place un formulaire de détection des étudiants en difficulté (sur tous les cursus). Opérationnellement il s'agit d'une application ou outil en ligne sur le site de l'université permettant à toute personne (famille, enseignant, personnel, étudiant) de signaler la situation d'un étudiant semblant en difficulté : le formulaire en ligne est lu par le médecin du Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPS). Ensuite la personne à l'origine du signalement est contactée par le SUMPS pour faire le point avec elle et en équipe sur ce qu'il convient de faire et le mettre en œuvre.
- [787] Parallèlement en 2015, une procédure relative au harcèlement "propre" à l'université (pour personnels et étudiants) a été mise en place. Cette procédure sera maintenue, mais avec des révisions envisagées dans les prochains mois.
- [788] Concernant les étudiants de l'UFR médecine, l'université a indiqué la mise en place en janvier 2015 de la CAED (commission d'aide aux étudiants en difficulté) suite à un repérage par les enseignants en cours ou en stage hospitalier d'un comportement inadéquat ou de problèmes particuliers (expression d'un mal-être, décrochage, absentéisme, redoublements...).
- [789] Les étudiants sont alors convoqués par ladite commission dont le rôle est de proposer en lien avec l'étudiant et les autres acteurs et instances des solutions concrètes pour améliorer la situation.
- [790] La commission est présidée par le vice-doyen de l'UFR de médecine, y participe le médecin de prévention du SUMPS et, selon l'université, un certain nombre d'enseignants de l'UFR Médecine.

Un autre exemple est donné par l'université de Nice.

- [791] Le suivi des étudiants en médecine à l'université de Nice Sophia Antipolis : un dispositif d'alerte mettant en œuvre une procédure de suivi par l'ensemble des acteurs
- [792] L'université de Nice Sophia Antipolis a indiqué recevoir les signalements des comportements ou des situations inadéquats (détection précoce) des étudiants. A la suite une rencontre avec le corps enseignant voire avec le doyen en vue d'une prise en charge des difficultés rencontrées (surtout pour les étudiants) est organisée.

- [793] Un suivi individualisé d'étudiants en possibles difficultés est fait par les enseignants responsables de la pédagogie (assesseur à la pédagogie, responsable du département de la pédagogie) et par l'administration elle-même. En effet les gestionnaires de scolarité sont très à l'écoute des étudiants à qui ils peuvent se confier. Ainsi pour ne mentionner que l'actualité dramatique de ces derniers mois, un suivi particulier a été organisé pour une étudiante ayant perdu quatre membres de sa famille dans les attentats de Nice.
- [794] Ces acteurs de la détection et de la gestion des personnes fragilisées peuvent solliciter l'assistante sociale et/ou le psychologue.
- [795] En conclusion des dispositifs existent, certains apparaissent très proactifs, d'autres, plutôt réactifs, certains, font l'objet d'une réelle intégration dans le cursus des études et la vie étudiante, d'autres paraissent moins systématiques et moins formalisés.
- [796] Cette observation recoupe une idée-force de la mission à savoir sortir d'une situation difficile et complexe en faisant appel à un regard extérieur, en formalisant les ressources de cette médiation et ses débouchés.
- [797] Pour en revenir à la prévention des RPS des personnels hospitalo-universitaires, eux-mêmes, les quelques réponses recueillies auprès des universités mettent néanmoins en évidence une absence d'évaluation spécifique ou de travail collectif particulier.

SIGLES UTILISES

AAPML	Association d'aide aux professionnels de sante et medecins libéraux
ACS	Agence conseil santé
ADH	Association des directeurs d'hôpital
ADRHESS	Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux
AHU	Assistant hospitalo-universitaire
AP-HP	Assistance publique Hôpitaux de Paris
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANEMF	Association nationale des étudiants en médecine de France
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANMTEPH	Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APSS	Association pour les soins aux soignants
ARACT	Agences régionales d'amélioration des conditions de travail
ARENE	Association régionale d'entraide du Nord Est
ARS	Agence régionale de santé
ASRA	Aide aux soignants de Rhône-Alpes
ASSPC	Association pour la santé des soignants du Poitou-Charentes
ASPPiRE	Accompagnement et soutien pédagogique, personnalisé pour la réussite des étudiants
AT-MP	Accident de travail-Maladie professionnelle
BIPE	Bureau interface professeurs étudiants
BM	Burn out Measure
CAED	Commission d'aide aux étudiants en difficulté
CBI	Copenhagen Burn out Inventory
CCA	chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CFAR	Collège français des anesthésistes réanimateurs
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CH	Centre hospitalier
CHIC	Centre hospitalier inter communal
CHR-U	Centre hospitalier régional et universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLD	Congé de longue durée
CLM	Congé de longue maladie
CME	Commission médicale d'établissement

CMH	Coordination médicale hospitalière
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNEH	Centre national de l'expertise hospitalière
CNG	Centre national de gestion
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNU	Conseil national des universités
CPH	Confédération des praticiens des hôpitaux
CPU	Conférence des présidents d'université
CRP	Commission régionale paritaire
CRM-santé	Crew resource management santé
CSP	Code de la santé publique
DAM	Direction des affaires médicales
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DES	Diplôme d'études spécialisées
DFASM	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales
DFASO	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales odontologie
DFASP	Diplôme de formation approfondie en sciences médicales pharmacie
DG	Directeur général
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGRH	Direction générale des ressources humaines
DGT	Direction générale du travail
DIU	Diplôme inter universitaire
DOMU	Directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités
DPC	Développement des compétences des personnels
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
ECN	Epreuves classantes nationales
ECNi	Epreuves classantes nationales informatisées
EESR	Enseignement supérieur et de recherche
EHESP	Ecole des hautes études en sante publique
EI	Evénement indésirables
EIG	Evénement indésirables graves
ENES	Education nationale et enseignement supérieur
EPS	Etablissement public de santé
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ERMB	Entraide régionale des médecins de Bretagne
ES	Enseignement supérieur
ESSEC	Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales

FHF	Fédération hospitalière de France
GCS	Grande conférence de santé
GH	Groupement hospitalier
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité de santé
HCERES	Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
HCL	Hospices civils de Lyon
HPST	Hôpital patient santé territoire
HU	Hospitalo-universitaire
IF	Impact factor
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG	Interne en médecine générale
INPH	Intersyndicat national des praticiens hospitaliers
INRS	Institut national de recherche en sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISMAR-MG	Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
ISNCCA	Inter syndicat national des chefs de clinique et assistants
ISNI	Intersyndicat national des internes
ISNIH	Intersyndicat national des internes des hôpitaux
ISST	Inspection santé et sécurité au travail
MASS	Ministère des affaires sociales et de la santé
MBI	Maslach Burn out Inventory
MCU-PH	Maître de conférence des universités – praticien hospitalier
MENESR	Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PACES	Première année commune aux études de santé
Pacte	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PAIMM	Programme d'aide aux médecins malades
PAMQ	Programme d'aide aux médecins du Québec
PAPRIPACT	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PCME	Président de la CME
PH	Praticien hospitalier
PHU	Praticien hospitalier universitaire
PREPS	Programme de recherche sur la performance du système de soins
PST	Plan santé au travail
PU-PH	Praticiens hospitalo-universitaires
QVT	Qualité de vie au travail

RPS	Risques psychosociaux
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SIAPS	Score individuel d'aptitudes pédagogiques en santé
SIGAPS	Indicateur d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIHP	Syndicat des internes des hôpitaux de Paris
SMART	Santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail
SNAM-HP	Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNPHAR-E	Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi
SPS	Association Soins aux Professionnels de Santé
SSU	Service de santé universitaire
SUMPS	Service Universitaire de Médecine Préventive
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
T2A	Tarifcation à l'activité
TCEM	Troisième cycle des études de médecine
TCLEO	Troisième cycle des études d'odontologie
TCLEP	Troisième cycle des études de pharmacie
UFR	Unités de formation et de recherche
UISPS	Unités interrégionale de soins des professions de santé
UNECD	Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire
URPS	Union régionale de professionnels de santé

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE EUROPEENNE POUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL ET EUROFOUND. Risques psychosociaux en Europe : prévalence et stratégies de prévention. Octobre 2014. 2 pages.

ARZALIER-DARET Ségolène, Santé au travail des professionnels d'anesthésie-réanimation : "avec la commission Smart : prenez soin de vous. Le praticien en anesthésie réanimation (2016) 20, 148-152.

AUBART François, DELMOTTE Didier, JACOB Alain, PRUVO Jean-Pierre, VERAN Olivier : Exercice médical à l'hôpital, un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. 2011. 118 pages.

ASSOCIATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE FRANCE : Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine. Chiffres & Ressentis. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. 2012. 36 pages.

http://anemf.net/conf/Enquete_Condition_de_travail_des_etudiants_en_medecine.pdf

ARZALIER-DARET Ségolène. Santé au travail des professionnels de l'anesthésie-réanimation : "avec la commission Smart : prenez soin de vous !". Le praticien en anesthésie réanimation, 2016, 20, 148-152.

BENOIT Christine. Manager un établissement de santé : la logistique au service de l'humain. Le Mans : Gereso Editions. 2^{ème} édition 2015. 189 pages.

BOUTEILLER Mathilde, CORDONNIER Delphine. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2013. 225 pages.

<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00835895/document>

BRAS Pierre-Louis : Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? Les Tribunes de la santé. Presses de Science Po. 2012/2 n°35. Pages 29-41.

CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland, PERON Sylvie : Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital. Presses de l'EHESP Avril 2013. 127 pages.

CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn-out à l'hôpital. Paris : Elsevier Masson. 2015. 192 pages.

CHENEVERT Denis, TREMBLAY Marie-Claude, Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés : le cas du PAMQ. Programme d'aide aux médecins du Québec. 28 pages.

<http://www.pamq.org/assets/pdf/Rapport-Chenevert-VF.pdf>

CHOCARD A, GOHIER B, JUAN F, et al. : Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2003 ; 65 : 23-9.

CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL (CESE), avis. BRUNET Sylvie : La prévention des risques psychosociaux. Mai 2013. 149 pages

COURAUD François, PRUVOT François-René : Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. 2014. 28 pages.

COURAUD François, PRUVOT François-René : Propositions pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie des spécialistes médicaux. Juin 2015. 43 pages.

COUTY Edouard, SCOTTON Claire : Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des travaux. Mars 2013. 76 pages.

DEJOURS Christophe : Aliénation et clinique du travail. 2006. Actuel Marx, 1 (39), 123-144.

DEJOURS Christophe : Conjurant la violence Travail, violence et santé. Editions Payot et Rivages janvier 2011. 350 pages.

DENIS Jean-Louis, GIBEAU Émilie, LANGLEY Ann, POMEY Marie-Pascale et VAN SCHENDEL Nicolas : Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif : état des connaissances. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), février 2012. 81 pages.

http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/parteneriat-medico-administratif/revue_de_litterature-Parteneriat_medico-administratif-Fevrier-2012.pdf

DESCARY Pascale : Rapport de l'ombudsman de l'Université de Montréal –soutien aux résidents en difficulté : constat et recommandations. Mars 2015. 39 pages.

http://www.ombuds.umontreal.ca/documents/Rapport_special_ombudsman_UdeM-Faculte_medecine-mars2015_000.pdf

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants : guide de prévention, repérage et prise en charge. 2016

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) : Le panorama des établissements de santé. 2014. 174 pages.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES) : Portrait des professionnels de santé. Edition 2016. 160 pages.

DOPPIA Max-André, TORRIELLI Richard, MION Georges, BONNET Francis et les membres de la commission SMART du collège français des anesthésistes-réanimateurs : Les associations de prise en charge des médecins en difficulté professionnelle. Les conditions de travail en anesthésie. Paris : JEPU ; 2011. p 65-76

DOUGLAS AM, MARCO AR, SRIJAN S et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2015 ; 314 ; 2373-2382.

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE : Quels indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier ? Pertinence et objectifs ? Module interprofessionnel de santé publique. 2012.

http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2013/02/DO_RisquePro_Hopital_20130226.pdf

ESTRYN-BEHAR M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris : Masson, 2002, 177 pages.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, PICOT Geneviève, "Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale", Revue française des affaires sociales 4/2010 (n° 4), p. 27-52.

ESTRYN-BEHAR Madeleine. Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé. Groupe Pasteur Mutualité. Septembre 2013. 58pages.

https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/risques_psychosociaux_bd.pdf

FRANCE STRATEGIE : Rapport Ligne de faille, une société à réunifier. Octobre 2016. 162 pages.

<http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-lignes-de-faille-ok.pdf>

GALAM Eric, BRAMI Jean, MAGNIER Anne-Marie, SOARES André. De l'erreur médicale à la sécurité du patient Un enseignement "moderne" et "sensible". Médecine Volume 11, numéro 9, Novembre 2015. p418-23.

GENEST Christian La souffrance éthique dans le travail des médecins 2012 Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat en sciences de l'orientation pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor 289 pages.

GEORGES Patrick M., SAMSON Julien. Gérer un hôpital, un pôle. Les meilleures méthodes de management au service des gestionnaires hospitaliers. Paris : Sauramps médical, 2012/09, 439 pages.

GHADI Véronique, LIAROUTZOS Olivier : De quels espaces de discussion les établissements de santé ont-ils besoin ? La revue des conditions de travail. ANACT. Mai 2016 N° 4. P57-65.

GOLLAC Michel Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail DARES DREES. 2009. 36 pages.

GRICHY Leslie. Prévention de la souffrance psychique chez les internes en médecine : étude sur le rôle des pairs. Mémoire scientifique pour le DES de psychiatrie. Avril 2016. 6 pages.

HAUTE AUTORITE DE SANTE : Simulation en santé fiche technique méthode de DPC. 2012. 6 pages.

HAUTE AUTORITE DE SANTE : Revue de la littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins; Janvier 2016, 54 pages.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins

INTER SYNDICAT NATIONAL DES INTERNES DES HOPITAUX Enquête internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail. Septembre 2012. 44 pages.

<http://internat-rennes.com/wp-content/uploads/2012/09/ENQUETE-ISNIH-sept-2012.pdf>

INTERSYNDICALE NATIONALE AUTONOME REPRESENTATIVE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE. La prévention du burn-out : guide pratique. Lyon : octobre 2011. 6 pages.

<http://www.isnar-img.com/guides-pratiques/prevention-burn-out>

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS : LE MAG n°8 août 2016 : l'insoutenable légèreté de l'être. p 24-26.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE : Risques psychosociaux et document unique. Vos questions, nos réponses. ED 6139. Février 2013. 20 pages.

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE : Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil RPS-DU. ED 6140. Février 2013. 44 pages.

JOURNAL DU SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHESISTES-REANIMATEURS ELARGIS : interview Prévention de la souffrance au travail : un peu de bon sens ! Rétablir les lieux de convivialité et les systèmes de régulation naturels. N° 58 – octobre 2011 p 16-20.

http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar58/7-ITW-phar-58.pdf

LAUDE Laetitia : Exploration des pôles : terra nova du management hospitalier EHESP. Institut du management 22 nov. 2011.

<http://fr.slideshare.net/EHESP/exploration-des-ples-terra-nova-du-management-hospitalier>

LARTIGAU Jérôme, BARBOT Jean-Marie, GIRIER Matthieu, MOCELLIN Marie-Cécile. Les nouveaux défis de la GRH à l'hôpital. Paris : Editions Infodium. 2015/09. 231pages.

LACHMANN Henri, LAROSE Christian, PENICAUD Muriel, MOLEUX Marguerite, Bien-être et efficacité au travail, Dix propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, Rapport au Premier ministre, La Documentation française, avril 2010. 19 pages.

LE MENN Jacky, CHALVIN Paul L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Novembre 2015. 274 pages

LE TOURNEUR Antoine, KOMLY Valériane. Burn-out des internes en médecine générale : Etat des lieux et perspectives en France métropolitaine. Médecine humaine et pathologie. 2011. 136 pages.

LEKADIR Perrine, Le burn-out des médecins hospitaliers : aspects historiques, cliniques et perspectives. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Lille. 2013. 215 pages.

LEOPOLD Yves, Suicide des médecins : un risque deux fois plus élevé. Le concours médical. Tome 130 – 8 du 17 avril 2008.

LEVEQUE Marc, L'hôpital français malade du mandarinat. Le Monde, 8 juin 2016.
http://www.lemonde.fr/sante/article/2016/06/06/1-hopital-francais-malade-du-mandarinat_4939385_1651302.html

MINTZBERG Henry : Le manager au quotidien. Les dix rôles du cadre. Montréal, Les Éditions Agence d'Arc, 1984, 220 pages.

NASSE Philippe, LEGERON Patrick : Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Mars 2008. 94 pages.

OLIE Jean-Pierre, LEGERON Patrick : Le burn-out. Académie nationale de médecine. 23 février 2016. 16 pages.

PARLEMENT EUROPEEN, DIRECTION GENERALE DES ETUDES. Le harcèlement moral au travail. Document de travail, août 2001. 39 pages.

http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/pdf/108_fr.pdf

PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU QUEBEC. Rapport annuel 2014/2015. 18 pages

http://www.pamq.org/assets/pdf/RA_2014-15_PAMQ_WEB.pdf

ROMAN Sandra, PREVOST Claude, La santé des médecins : état des connaissances et approches préventives. Programme d'aide aux médecins du Québec. 37 pages.

http://www.pamq.org/assets/pdf/revue_litterature_2015_fr.pdf

ROTAR A. M, BOTJE D., KLAZINGA N. S LOMBARTS K. M., GROENE O., SUNOL R., and PLOCHG T. : The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. BMC Health Serv Res. 2016; 16 (Suppl 2): 160.

TOUPILLIER Danielle, YAHIEL Michel : Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. 2011. 210 pages.

UGHETTO Pascale : Des transformations de la matérialité du travail aux expérimentations d'espaces de discussion ou de dialogue. La revue des conditions de travail, ANACT, 2015, p106-113.

UNIVERSITE DE MONTREAL. Faculté de médecine. Guide pratique du résident. Edition 2016-2017. 96 pages.

http://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/guide_du_resident.pdf

ZEGGAR Hayet, VALLET Guy : Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. 2010. 124 pages.

PIECES JOINTES TOME II

PIECE JOINTE N° 1 ADDENDA SPECIAL DES OBJECTIFS DE FORMATION CANMEDS 2015
PIECE JOINTE N° 2 REFERENCE DES COMPETENCES CANMEDS 2015 POUR LES MEDECINS
PIECE JOINTE N° 3 PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU QUEBEC RAPPORT ANNUEL 2014/2015
PIECE JOINTE N° 4 CFAR ECOUTE + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
PIECE JOINTE N° 5 COMMISSION REGIONALE PARITAIRE DE BRETAGNE : ENTRETIEN MI-CARRIERE.....
PIECE JOINTE N° 6 EPSM DE LA VALLEE D'ARVE : ENTRETIEN APRES 3/6 MOIS DU PERSONNEL MEDICAL
PIECE JOINTE N° 7 HCL : PROCEDURE DE RENOUVELLEMENT DES CHEFFERIES DE SERVICE
PIECE JOINTE N° 8 CHU DE NANCY : PROCEDURE DE MEDIATION MEDICALE
PIECE JOINTE N° 9 AP-HP : PLAN D'ACTION CONCERNANT LE PERSONNEL MEDICAL.....
PIECE JOINTE N° 10 CHU DE BORDEAUX : DETECTION ET PREVENTION DES RPS
PIECE JOINTE N° 11 CODE NATIONAL DE DEONTOLOGIE DU MEDIATEUR
PIECE JOINTE N° 12 CNU SANTE ET CNU DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : GRILLES D'EVALUATION
PIECE JOINTE N° 13 ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES : APPEL A PROJETS POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE



Inspection générale
des affaires sociales

Etablissements de santé Risques psychosociaux
des personnels médicaux : recommandations
pour une meilleure prise en charge Mise en
responsabilité médicale : recommandations pour
une amélioration des pratiques

**PIECES JOINTES
TOME II**

Établi par

Dr. Marie-Ange DESAILLY-CHANSON

Hamid SIAHMED

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution de Stéphane ELSHOUD - IGAENR

- Décembre 2016 -

2016-83R

Sommaire

PIECE JOINTE N° 1 ADDENDA SPECIAL DES OBJECTIFS DE FORMATION CANMEDS 2015	5
PIECE JOINTE N° 2 REFERENCE DES COMPETENCES CANMEDS 2015 POUR LES MEDECINS	11
PIECE JOINTE N° 3 PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU QUEBEC RAPPORT ANNUEL 2014/2015	31
PIECE JOINTE N° 4 CFAR ECOUTE + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE.....	51
PIECE JOINTE N° 5 COMMISSION REGIONALE PARITAIRE DE BRETAGNE : ENTRETIEN MI-CARRIERE.....	55
PIECE JOINTE N° 6 EPSM DE LA VALLEE D'ARVE : ENTRETIEN APRES 3/6 MOIS DU PERSONNEL MEDICAL	65
PIECE JOINTE N° 7 HCL : PROCEDURE DE RENOUVELLEMENT DES CHEFFERIES DE SERVICE	71
PIECE JOINTE N° 8 CHU DE NANCY : PROCEDURE DE MEDIATION MEDICALE.....	79
PIECE JOINTE N° 9 AP-HP : PLAN D'ACTION CONCERNANT LE PERSONNEL MEDICAL..	83
PIECE JOINTE N° 10 CHU DE BORDEAUX : DETECTION ET PREVENTION DES RPS	89
PIECE JOINTE N° 11 CODE NATIONAL DE DEONTOLOGIE DU MEDIATEUR	93
PIECE JOINTE N° 12 CNU SANTE ET CNU DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES : GRILLES D'EVALUATION.....	105
PIECE JOINTE N° 13 ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES : APPEL A PROJETS POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE	127

PIECE JOINTE N° 1
ADDENDA SPECIAL DES OBJECTIFS DE
FORMATION CANMEDS 2015

L'addenda spécial des objectifs de formation CanMEDS 2015 est un document générique qui complétera les objectifs de formation des 58 disciplines des cohortes 3 ou des cohortes suivantes (voir la liste à la fin du document) effectuant la transition à La compétence par conception (CPC). Il faut donc lire ce document de concert avec les objectifs de formation de chacune des disciplines dans la liste.

L'addenda est axé sur de NOUVEAUX domaines d'intérêt du Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins, qui feront partie des normes de formation de certains programmes de résidence canadiens le 1^{er} juillet 2016.

Les directeurs de programme devront montrer que l'addenda spécial des objectifs de formation CanMEDS 2015 a été intégré à l'enseignement et à l'évaluation des résidents.

Lorsqu'une discipline aura effectué la transition à la CPC et qu'elle commencera à admettre des stagiaires dans ses programmes de formation révisés et fondés sur les compétences, l'addenda ne s'appliquera plus, car ces programmes comprendront de nouvelles normes nationales basées sur CanMEDS 2015.

Veillez prendre note que la numérotation utilisée ci-dessous correspond à celle des capacités (compétences clés) et manifestations (compétences habilitantes) du référentiel CanMEDS 2015.

Sécurité des patients, amélioration de la qualité et gestion des ressources

Expert médical

5. Contribuer activement, à titre individuel et en tant que membre d'une équipe de soins, à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients

- 5.1. Reconnaître le préjudice pouvant résulter de la prestation des soins, y compris les incidents touchant la sécurité des patients et y remédier
- 5.2. Adopter des stratégies qui favorisent la sécurité des patients et qui tiennent compte des facteurs humains et systémiques

Communicateur

3. Informer le patient, sa famille et ses proches aidants quant aux soins de santé qui leur sont prodigués

- 3.2. Divulguer les événements indésirables ayant causé un préjudice, avec tact et précision, au patient, sa famille et ses proches aidants

Collaborateur

3. Assurer de manière sécuritaire la transition du patient vers un autre professionnel de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité

- 3.1. Déterminer quand effectuer un transfert des soins à un autre médecin ou professionnel de la santé

- 3.2. Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins

Leader

1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes

- 1.1. Appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients
- 1.2. Contribuer à une culture favorisant la sécurité des patients
- 1.3. Analyser les incidents qui mettent en cause la sécurité des patients afin d'améliorer les systèmes de soins

2. Participer à la gestion des ressources allouées aux soins de santé

- 2.1. Répartir les ressources afin d'optimiser les soins aux patients
- 2.2. Mettre en pratique des données probantes, portant notamment sur les processus de gestion qui permettent de dispenser des soins de qualité à un rapport coût-bénéfice approprié

Érudit

3. Enseigner aux étudiants, aux résidents, à d'autres professionnels de la santé et au public

- 3.3. Veiller à ce que la sécurité des patients soit assurée quand les apprenants participent aux soins

Professionnel

2. Démontrer un engagement envers la société en reconnaissant et en respectant ses attentes en matière de soins de santé

- 2.2. Démontrer leur engagement à participer à des initiatives liées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité

Cybersanté et technologie

Communicateur

4. Faire participer le patient, sa famille et ses proches aidants à l'élaboration d'un plan reflétant ses besoins et objectifs en matière de santé

- 4.2. Aider le patient, sa famille et ses proches aidants à utiliser les technologies de l'information et de la communication en appui aux soins qui lui sont prodigués et à la gestion de sa santé

5. Documenter l'information, en format papier et électronique, résumant la rencontre et la partager afin d'optimiser la prise de décision clinique, la sécurité des patients et le secret professionnel

- 5.2. Communiquer efficacement aussi bien lors de l'utilisation des dossiers médicaux écrits, que des dossiers électroniques (DSE) ou d'une autre technologie

5.3. Transmettre des informations aux patients de manière sécuritaire de façon à protéger le secret professionnel et la confidentialité pour parvenir à une meilleure compréhension mutuelle

Leader

1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes

1.4. Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la sécurité des patients

Professionnel

1. Démontrer un engagement envers les patients par l'application de pratiques exemplaires et le respect de normes éthiques élevées

1.5. Se comporter de manière professionnelle lors de l'utilisation des outils technologiques de communication

Leadership et santé des médecins

Leader

3. Faire preuve de leadership dans leur pratique professionnelle

- 3.1. Démontrer des habiletés de leadership afin d'améliorer les soins de santé
- 3.2. Faciliter le changement dans les soins de santé afin d'en améliorer les services et les résultats

Professionnel

4. Démontrer un engagement envers la santé et le bien-être des médecins afin de favoriser la prestation de soins optimaux aux patients

- 4.1. Démontrer une conscience de soi et gérer son bien-être et son rendement professionnel
- 4.2. Gérer les exigences personnelles et professionnelles pour une pratique durable tout au long du cycle de vie professionnelle
- 4.3. Promouvoir une culture favorisant l'identification des collègues en difficulté et offrant un soutien et une réponse à leurs besoins

Cet addenda s'applique aux cohortes suivantes :

Cohorte 3	Cohorte 4	Cohorte 5	Cohorte 6	Cohorte 7
<ul style="list-style-type: none"> • Neurochirurgie • Chirurgie cardiaque • Pédiatrie • Anatomopathologie • Pathologie générale • Radio-oncologie • Médecine d'urgence • Médecine de 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie générale • Chirurgie plastique • Obstétrique et gynécologie • Médecine physique et réadaptation • Médecine nucléaire • Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie orthopédique • Chirurgie vasculaire • Neuropathologie • Neurologie • Pathologie hématologique • Hématologie • Hématologie/oncologie pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie • Ophtalmologie • Radiologie diagnostique • Génétique médicale • Santé publique et médecine préventive • Médecine d'urgence pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie colorectale • Chirurgie générale oncologique • Chirurgie thoracique • Radiologie d'intervention • Médecine palliative • Médecine de la

soins intensifs • Médecine interne générale • Néphrologie	• Pneumologie • Cardiologie • Rhumatologie • Médecine gériatrique • Médecine néonatale et périnatale • Immunologie clinique et allergie	• Chirurgie pédiatrique • Pharmacologie clinique et toxicologie • Psychiatrie légale • Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent • Gériopsychiatrie • Médecine de l'adolescence	• Endocrinologie gynécologique de la reproduction et de l'infertilité • Médecine maternelle et fœtale • Oncologie gynécologique • Maladies infectieuses • Microbiologie médicale • Biochimie médicale	douleur • Pédiatrie du développement • Neuroradiologie • Radiologie pédiatrique • Médecine du travail • Endocrinologie et métabolisme
---	--	---	--	--

PIECE JOINTE N° 2
REFERENCE DES COMPETENCES
CANMEDS 2015 POUR LES MEDECINS

Référentiel de compétences

CanMEDS 2015

pour les médecins



COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

RÉDACTEURS

Jason R. Frank
Linda Snell
Jonathan Sherbino
Andrée Boucher

Ce référentiel est fièrement appuyé par 12 organisations médicales canadiennes

Comité consultatif francophone du Collège royal

Dre Andrée Boucher (présidente), Université de Montréal
Dr Paul Belliveau, Université Queen's
Dr José François, Université du Manitoba
Mme Lucie Hamelin, Collège des médecins de famille du Canada
Dr Jean Latreille, Université de Sherbrooke
Dr Jean-François Lemay, Université de Calgary
Dr Julien Poitras, Université Laval
Dr Serge Quérin, Université de Montréal
Dre Louise Samson, Collège des médecins du Québec
Dr Louis-George Ste-Marie, Université de Montréal

Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774, promenade Echo
Ottawa (Ontario) K1S 5N8
Canada

TÉLÉPHONE : 1 800-668-3740 ou 613-730-8177

TÉLÉCOPIEUR : 613-730-8262

SITE WEB : collegeroyal.ca

COURRIEL : canmeds@collegeroyal.ca

© Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en totalité à des fins éducatives, personnelles ou non commerciales seulement, en indiquant la source tel qu'indiqué dans la colonne de droite. Toute autre utilisation, y compris l'utilisation commerciale des illustrations CanMEDS ou de son référentiel, est interdite sans l'autorisation écrite du Collège royal.

Imprimé au Canada.

ISBN : 978-1-926588-30-8

COMMENT CITER CE DOCUMENT EN RÉFÉRENCE

Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

COMMENT CITER LES RÔLES

Expert médical

Bhanji F, Lawrence K, Goldszmidt M, Walton M, Harris K, Creery D, Sherbino J, Ste-Marie L-G, Stang A. Expert médical. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Communicateur

Neville A, Weston W, Martin D, Samson L, Feldman P, Wallace G, Jamouille O, François J, Lussier M-T, Dojeiji S. Communicateur. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Collaborateur

Richardson D, Calder L, Dean H, Glover Takahashi S, Lebel P, Maniate J, Martin D, Nasmith L, Newton C, Steinert Y. Collaborateur. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Leader

Dath D, Chan M-K, Anderson G, Burke A, Razack S, Lief S, Moineau G, Chiu A, Ellison P. Leader. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Promoteur de la santé

Sherbino J, Bonnycastle D, Côté B, Flynn L, Hunter A, Ince-Cushman D, Konkin J, Oandasan I, Regehr G, Richardson D, Zigby J. Promoteur de la santé. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Érudit

Richardson D, Oswald A, Chan M-K, Lang ES, Harvey BJ, Ackroyd-Stolarz S, Bhanji F, Campbell C, Cea ER, Clark M, Dawes M, Fon NC, Goertzen J, Goldstine I, Gordon J, Grad R, Haynes B, Henderson J, Horsley T, Kloda L, LeBlanc C, Lockyer J, Mann K, Parboosingh J, Powelson S, Ramsden VR, Sen M, Silver I, Streiner D, Walton J, Weston W, Wong BM. Érudit. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Professionnel

Snell L, Flynn L, Pauls M, Kearney R, Warren A, Sternszus R, Cruess R, Cruess S, Hatala R, Dupré M, Bukowskyj M, Edwards S, Cohen J, Chakravarti A, Nickell L, Wright J. Professionnel. Dans : Frank JR, Snell L, Sherbino J, Boucher A, rédacteurs. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Expert médical

DÉFINITION

En tant qu'experts médicaux, les médecins assument tous les rôles CanMEDS et s'appuient sur leur savoir médical, leurs compétences cliniques et leurs attitudes professionnelles pour dispenser des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient. Pivot du référentiel CanMEDS, le rôle d'expert médical définit le champ de pratique clinique des médecins.

DESCRIPTION

En tant qu'experts médicaux qui dispensent des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient, les médecins s'appuient sur un ensemble évolutif de connaissances, ainsi que sur leurs habiletés cliniques et leurs valeurs professionnelles. Ils recueillent et interprètent des informations, prennent des décisions cliniques et effectuent des interventions diagnostiques et thérapeutiques. Ils posent ces gestes dans les limites de leur champ de pratique et de leur expertise. Leur prise de décision éclairée basée sur les lignes directrices et les données probantes issues de la recherche tient compte de la situation du patient et de ses préférences, ainsi que des ressources disponibles. Leur pratique clinique est régulièrement mise à jour. Elle est respectueuse de l'éthique, et efficiente dans l'utilisation des ressources, conduite en partenariat avec le patient, sa famille et ses proches aidants,* d'autres professionnels de la santé et la collectivité. Le rôle d'expert médical constitue l'élément central de l'activité des médecins et s'appuie sur l'ensemble des compétences comprises dans les rôles CanMEDS transversaux (communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel).

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Amélioration de la qualité : 5.1, 5.2
 Application des sciences cliniques et biomédicales fondamentales : 1.3
 Compassion : 1.1
 Complexité, incertitude et ambiguïté dans la prise de décision clinique : 1.6, 2.2, 2.4, 3.2, 3.3, 3.4
 Conscience des limites de sa propre expertise : 1.4, 3.4
 Consentement : 3.2
 Continuité des soins : 2.4, 4.1
 Décision partagée quant aux objectifs de soins : 2.1, 2.3, 2.4, 3.2, 4.1
 Devoir de prodiguer des soins : 1.1, 1.5, 2.4
 Établissement des priorités en matière de responsabilités professionnelles : 1.4, 1.5, 2.1, 3.3, 5.1
 Évaluation et gestion cliniques axées sur le patient : 1.4, 2.2, 2.4, 3.1, 3.3, 3.4, 4.1, 5.2
 Expertise médicale : toutes les manifestations de cette compétence
 Intégration des rôles CanMEDS transversaux : 1.2
 Interprétation des tests diagnostiques : 2.2
 Maîtrise des compétences procédurales : 3.1, 3.3, 3.4
 Participation au sein de l'équipe de soins : 1.3, 1.4, 2.1, 2.4, 3.3, 4.1, 5.1
 Prise de décision clinique : 1.4, 1.6, 2.2
 Raisonnement clinique : 1.3, 1.4, 2.1, 3.1
 Sécurité des patients : 1.5, 3.4, 5.1, 5.2

* Dans le référentiel CanMEDS 2015 et celle du Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
1. Exercer la médecine selon leur champ d'activité et leur expertise clinique	1.1 S'engager à prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients 1.2 Intégrer les rôles CanMEDS transversaux dans leur exercice de la médecine 1.3 Appliquer les connaissances des sciences cliniques et biomédicales pertinentes à leur discipline 1.4 Réaliser des évaluations cliniques en temps utile et formuler des recommandations de manière structurée 1.5 S'acquitter des responsabilités professionnelles en dépit de multiples exigences concurrentes 1.6 Reconnaître la complexité, l'incertitude et l'ambiguïté inhérentes à l'exercice de la médecine et y réagir de façon appropriée
2. Procéder à une évaluation clinique centrée sur les besoins du patient et établir un plan de soins	2.1 Établir la priorité parmi les sujets qui devront être abordés au moment de la rencontre avec le patient 2.2 Obtenir l'anamnèse, procéder à l'examen physique, choisir les examens appropriés et interpréter leurs résultats aux fins de diagnostic et de traitement, de prévention de la maladie et de promotion de la santé 2.3 Établir, en partenariat avec le patient, sa famille et ses proches aidants les objectifs de soins, y compris de ralentir la progression de la maladie, le soulagement des symptômes, la guérison, l'amélioration fonctionnelle et la palliation 2.4 Établir un plan de soins centré sur les besoins du patient
3. Planifier et réaliser des interventions diagnostiques et thérapeutiques	3.1 Définir les interventions les plus appropriées 3.2 Obtenir et documenter le consentement éclairé, en expliquant les risques et les avantages de l'intervention proposée, et en la justifiant 3.3 Prioriser une intervention en tenant compte du degré d'urgence clinique et des ressources disponibles 3.4 Réaliser toute intervention avec habileté et de façon sécuritaire, en l'adaptant aux trouvailles imprévues ou aux changements du contexte clinique
4. Planifier la continuité des soins et, le cas échéant, des consultations en temps opportun	4.1 Mettre en œuvre un plan de soins centré sur les besoins du patient et qui assure la continuité des soins et un suivi de l'investigation, de la réponse au traitement et des autres consultations
5. Contribuer activement, à titre individuel et en tant que membre d'une équipe de soins, à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients	5.1 Reconnaître le préjudice pouvant résulter de la prestation des soins y compris les incidents touchant la sécurité des patients et y remédier 5.2 Adopter des stratégies qui favorisent la sécurité des patients et qui tiennent compte des facteurs humains et systémiques

Communicateur

DÉFINITION

En tant que communicateurs, les médecins développent des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants* ce qui permet l'échange d'informations essentielles à la prestation de soins de qualité†.

DESCRIPTION

Par la création d'une relation professionnelle centrée sur les besoins du patient, sa famille et ses proches aidants et d'une écoute active, les médecins sont capables d'identifier et analyser les symptômes qu'il présente. Ils explorent la perspective du patient, ce qui inclut ses craintes et perceptions au sujet de la maladie, les répercussions sur sa vie et ses attentes quant à la qualité des soins prodigués par les professionnels de la santé. Ces informations permettront de mieux saisir le contexte du patient, y compris ses antécédents personnels et familiaux, son mode de vie, ses conditions de vie et son statut socioéconomique, son milieu de travail ou scolaire ainsi que d'autres facteurs psychologiques et sociaux pertinents. Une décision partagée représente l'élément clé de l'approche centrée sur les besoins du patient : celle-ci consiste à élaborer un plan de soins en collaboration avec le patient, en abordant ses problèmes médicaux et ses objectifs de santé tout en tenant compte de ses besoins, de ses valeurs et de ses préférences. Ce plan doit être appuyé par des données probantes provenant de la littérature et des lignes de pratiques reconnues.

Parce que la maladie n'affecte pas que le patient, mais également sa famille et ses proches aidants, les médecins doivent communiquer efficacement avec tous ceux qui entourent la personne concernée lors d'un épisode de soins.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Annonce de mauvaises nouvelles : 1.5, 3.1
 Approche centrée sur les besoins du patient en matière de communication : 1.1, 1.6, 2.1, 3.1
 Attention accordée aux aspects psychosociaux de la maladie : 1.6, 2.1, 2.2, 4.1
 Collecte et synthèse des renseignements sur les soins au patient : 2.1, 2.2, 2.3
 Compétence relationnelle dans les interactions : 1.5
 Compréhension mutuelle : 1.6, 3.1, 4.1
 Concordance des buts et des attentes : 1.6, 2.2, 3.1, 4.3
 Confiance dans la relation médecin-patient : 1.1, 5.2, 5.3
 Consentement éclairé : 2.2
 Divulgence d'événements indésirables ayant causé un préjudice : 3.2
 Documentation pertinente : 2.1, 5.1, 5.2, 5.3
 Écoute active : 1.1, 1.3, 1.4, 1.5, 2.1, 2.2, 2.3, 4.1, 4.3
 Efficacité : 2.3, 4.2, 5.2
 Empathie : 1.1, 1.2, 1.3
 Éthique dans la relation médecin-patient : 3.2, 5.1
 Expertise en matière de communication verbale et non verbale : 1.1, 1.4
 Précision : 2.1, 3.1, 4.2, 5.1
 Prise de décision partagée : 1.6, 4.1, 4.3
 Relation professionnelle : 1.4
 Relations thérapeutiques avec le patient, sa famille et ses proches aidants : 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6
 Respect de la diversité : 1.1, 1.6, 2.2, 4.1
 Secret professionnel : 1.2, 5.1
 Transfert des soins : 5.1, 5.2, 5.3
 Transmission efficace d'informations orales et écrites quant aux soins à dispenser aux patients, quelle que soit la plateforme utilisée : 5.1, 5.2, 5.3

* Dans le référentiel CanMEDS 2015 et le Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

† On doit prendre note que dans le référentiel CanMEDS, le rôle de communicateur décrit les compétences liées à la rencontre médecin-patient. D'autres compétences en communication sont mentionnées ailleurs dans le référentiel, dont la communication au sein des équipes de soins de santé (rôle de collaborateur) et les exposés universitaires (rôle d'érudit).

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
1. Établir des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Démontrer, lors des échanges, de l'empathie, du respect et de la compassion envers le patient afin de favoriser sa confiance et son autonomie 1.2 Tirer le meilleur parti de l'environnement physique afin d'assurer le confort du patient, le respect de sa dignité, de sa vie privée, son engagement et sa sécurité 1.3 Reconnaître les circonstances dans lesquelles les valeurs, les principes, les perceptions et les préférences du patient ou des professionnels impliqués pourraient influencer la démarche clinique et la qualité des soins 1.4 Répondre aux comportements non verbaux d'un patient afin d'améliorer la communication 1.5 Gérer les désaccords et les conversations très émotives 1.6 S'adapter aux valeurs, aux principes, aux perceptions et aux préférences du patient, de même qu'à son état clinique en tenant compte du contexte général
2. Recueillir et synthétiser l'information pertinente, en tenant compte de la perspective du patient, sa famille et ses proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 Utiliser des techniques d'entrevue centrées sur les besoins du patient afin d'obtenir l'information pertinente sur les plans biomédical et psychosocial 2.2 Structurer le déroulement de la rencontre clinique et gérer le flux d'informations 2.3 Obtenir et résumer toute information pertinente provenant d'autres sources que le patient, dont sa famille et ses proches aidants, avec le consentement de celui-ci
3. Informer le patient, sa famille et ses proches aidants quant aux soins de santé qui lui sont prodigués	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 Fournir des informations et des explications claires, exactes et en temps opportun, et s'assurer que le patient, sa famille et ses proches aidants les ont bien comprises 3.2 Divulguer les événements indésirables ayant causé un préjudice, avec tact et précision, au patient, sa famille et ses proches aidants
4. Faire participer le patient, sa famille et ses proches aidants à l'élaboration d'un plan reflétant ses besoins et objectifs en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Entretenir avec le patient, sa famille et ses proches aidants des échanges respectueux, exempts de jugements de valeur et adaptés à leur culture 4.2 Aider le patient, sa famille et ses proches aidants à utiliser les technologies de l'information et de la communication en appui aux soins qui lui sont prodigués et à la gestion de sa santé 4.3 Utiliser leurs habiletés et stratégies de communication pour aider le patient, sa famille et ses proches aidants à faire des choix éclairés concernant sa santé
5. Documenter l'information, en format papier et électronique, résumant la rencontre et la partager afin d'optimiser la prise de décision clinique, la sécurité des patients et le secret professionnel	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 Documenter la rencontre clinique avec le patient de façon précise, complète et en temps opportun et la rendre accessible conformément aux exigences juridiques et réglementaires 5.2 Communiquer efficacement aussi bien lors de l'utilisation des dossiers médicaux écrits, que des dossiers électroniques (DSE) ou d'une autre technologie 5.3 Transmettre des informations aux patients de manière sécuritaire de façon à protéger le secret professionnel et la confidentialité pour parvenir à une meilleure compréhension mutuelle

Collaborateur

DÉFINITION

En tant que collaborateurs, les médecins travaillent efficacement avec d'autres professionnels de la santé pour prodiguer des soins sécuritaires et de grande qualité centrés sur les besoins du patient.

DESCRIPTION

Essentielle à la prestation de soins de grande qualité et sécuritaires centrés sur les besoins du patient, la notion de collaboration englobe le patient, sa famille et ses proches aidants,* les médecins, les autres professionnels de la santé, les partenaires de la collectivité et les autres intervenants du système de santé.

La collaboration requiert des liens qui s'appuient sur la confiance, le respect et une prise de décision partagée mettant à contribution une diversité de personnes possédant des habiletés complémentaires et œuvrant dans l'ensemble des milieux du continuum des soins. Ceci ne peut se réaliser sans le partage des connaissances, des perspectives et des responsabilités, et la volonté d'apprendre ensemble. Au préalable, la collaboration nécessite une compréhension du rôle de chacun, la poursuite des mêmes buts et la gestion des divergences.

Ces habiletés sont requises pour la réalisation d'activités autres que les soins cliniques, comme l'administration, la formation, la promotion de la santé et les travaux d'érudition.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Collaboration avec des organismes communautaires : 1.1, 1.2, 1.3

Collaboration entre collègues médecins (intraprofessionnelle ou intradisciplinaire) : toutes les manifestations

Collaboration entre professionnels de la santé (interprofessionnelle ou interdisciplinaire) : toutes les manifestations

Communautés de pratique : 1.3, 3.2

Conscience de la situation : 1.1, 1.2, 2.2, 3.1, 3.2

Consultations et orientation efficaces : 1.2, 1.3, 3.1, 3.2

Dynamique d'équipe : 1.1, 2.2, 3.1

Équipes de soins de santé efficaces : toutes les manifestations

Négociation constructive : 2.2

Partage de connaissances et d'informations : 1.3, 3.1, 3.2

Prise de décision partagée : 1.3

Reconnaissance de ses propres rôles et limites : 1.2, 3.1

Résolution, gestion et prévention des conflits : 2.2

Respect des autres médecins et membres de l'équipe de soins de santé : 2.1, 2.2

Respect et promotion de la diversité : 1.2, 2.1, 2.2

Soins centrés sur les aspects relationnels : toutes les manifestations

Transfert des soins : 3.1, 3.2

Transition du patient (entre les différents intervenants) : 3.1, 3.2

* Dans le référentiel CanMEDS 2015, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance d'un point de vue personnel pour le patient et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, d'après les circonstances de ce patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
<p>1. Travailler efficacement avec d'autres médecins ou professionnels de la santé</p>	<p>1.1 Établir et maintenir de saines relations de travail avec des médecins et autres professionnels de la santé aux fins d'une prestation de soins en collaboration</p> <p>1.2 Négocier le partage ou le chevauchement des responsabilités avec d'autres médecins et professionnels de la santé dans le contexte de soins épisodiques ou continus</p> <p>1.3 Participer à une prise de décision partagée qui soit respectueuse à la fois des médecins et d'autres professionnels de la santé impliqués</p>
<p>2. Travailler avec les médecins et autres professionnels de la santé pour favoriser une compréhension mutuelle, gérer les divergences et résoudre les conflits</p>	<p>2.1 Faire preuve de respect envers les collaborateurs</p> <p>2.2 Mettre en œuvre des stratégies afin de favoriser une compréhension mutuelle, de gérer les divergences et de résoudre les conflits dans un esprit de collaboration</p>
<p>3. Assurer de manière sécuritaire la transition du patient vers un autre professionnel de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité</p>	<p>3.1 Déterminer quand effectuer un transfert des soins à un autre médecin ou professionnel de la santé</p> <p>3.2 Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins</p>

Leader

DÉFINITION

En tant que leaders, les médecins veillent à assurer l'excellence des soins, à titre de cliniciens, d'administrateurs, d'érudits ou d'enseignants et contribuent ainsi, avec d'autres intervenants, à l'évolution d'un système de santé de grande qualité.

DESCRIPTION

Le rôle de leader du référentiel CanMEDS décrit l'intervention du médecin dans la prise de décision partagée quant au fonctionnement et à l'évolution continue du système de soins de santé. La société s'attend à ce que les médecins exercent un leadership de collaboration et un rôle de gestion au sein du système de santé. Sur le plan systémique, les médecins contribuent à l'évolution et à la prestation de soins de santé constamment améliorés, et incitent d'autres intervenants à travailler vers cet objectif commun. Les médecins maintiennent un équilibre entre leur vie personnelle et leurs responsabilités cliniques, administratives, de recherche et d'enseignement. Ils agissent à la fois comme cliniciens, comme professionnels au sein d'équipes et comme leaders au sein du système de santé à l'échelle locale, régionale, nationale et mondiale.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Administration : 4.1, 4.2

Amélioration de la qualité : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 3.2, 4.3

Complexité des systèmes : 1.1

Développement de carrière : 4.2

Établissement des priorités : 2.1, 3.2, 4.1

Gestion d'une pratique médicale de manière durable et en bonne santé : 4.1, 4.2, 4.3

Gestion du personnel : 4.2

Gestion du temps : 4.1, 4.2

Habilités personnelles de leadership : 3.1, 4.1

Intendance : 2.1, 2.2

Négociation : 3.1

Organisation, structuration, établissement du budget et financement : 2.1, 2.2, 4.1, 4.2, 4.3

Participation efficace au sein de comités : 3.2

Pensée systémique : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2

Prise en compte de l'équité, de l'efficacité et de l'efficacité dans l'attribution des ressources en santé en vue d'une prestation optimale des soins aux patients : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2

Rémunération des médecins : 4.2

Ressources humaines dans le domaine de la santé : 2.1, 4.2

Rôle actif de participant-architecte au sein du système de santé : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 3.2

Rôle de moteur de changement : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 3.2

Rôles et responsabilités des médecins au sein du système de santé : 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 2.2, 3.2

Supervision d'autres personnes : 4.2

Technologies de l'information au service des soins de santé : 1.4

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :	
<p>1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes</p>	<p>1.1 Appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients</p> <p>1.2 Contribuer à une culture favorisant la sécurité des patients</p> <p>1.3 Analyser les incidents qui mettent en cause la sécurité des patients afin d'améliorer les systèmes de soins</p> <p>1.4 Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la sécurité des patients</p>
<p>2. Participer à la gestion des ressources allouées aux soins de santé</p>	<p>2.1 Répartir les ressources afin d'optimiser les soins aux patients</p> <p>2.2 Mettre en pratique des données probantes, portant notamment sur les processus de gestion qui permettent de dispenser des soins de qualité à un rapport coût-bénéfice approprié</p>
<p>3. Faire preuve de leadership dans leur pratique professionnelle</p>	<p>3.1 Démontrer des habiletés de leadership afin d'améliorer les soins de santé</p> <p>3.2 Faciliter le changement dans les soins de santé afin d'en améliorer les services et les résultats</p>
<p>4. Gérer la planification de carrière, leurs finances et les ressources humaines au sein de leur pratique professionnelle</p>	<p>4.1 Établir leurs priorités et gérer leur temps de façon à maintenir un équilibre entre leur pratique médicale et leur vie personnelle</p> <p>4.2 Gérer leur carrière, leurs finances et les ressources humaines au sein de leur milieu de pratique</p> <p>4.3 Mettre en œuvre des processus afin d'améliorer leur pratique personnelle</p>

Promoteur de la santé

DÉFINITION

En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement.

DESCRIPTION

Les médecins reconnaissent leur responsabilité sociale. Ils doivent participer aux efforts d'amélioration de la santé et du bien-être des patients, des collectivités et des populations qu'ils servent.* Ils possèdent un savoir médical et des habiletés qui leur procurent une perspective spécifique et unique. Les médecins ont également un accès privilégié au vécu et à l'expérience des patients au regard de la maladie et du système de santé. L'amélioration de la santé ne se limite pas à atténuer l'impact des maladies ou de traumatismes, mais comprend également la prévention de la maladie ainsi que la promotion et le maintien de la santé. L'amélioration de la santé englobe aussi l'équité en santé, afin de permettre aux individus et populations d'atteindre leur plein potentiel sur le plan de la santé sans être pénalisés notamment par leur race, leur appartenance ethnique, leur religion, leur sexe, leur orientation sexuelle, leur âge, leur classe sociale, leur statut économique ou leur niveau de scolarisation.

Les médecins tirent parti de leur statut et de leur rôle au sein du système de santé, afin de soutenir les patients dans leur trajectoire de soins et de les épauler dans leurs démarches pour qu'ils aient accès aux ressources appropriées en temps voulu. Ils s'efforcent d'améliorer la qualité de leur pratique clinique et des organisations avec lesquelles ils transigent, afin de répondre aux besoins en santé des patients, des collectivités et des populations qu'ils servent. Ils favorisent le maintien en santé des collectivités et des populations en influençant ou en offrant leur appui à ceux qui influencent le système de santé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des milieux cliniques.

La promotion de la santé implique l'action. Les médecins mettent à profit leur connaissance des déterminants de la santé afin d'exercer une influence positive sur la santé de leurs patients, des collectivités ou des populations qu'ils servent. Ils acquièrent des informations et recueillent des perceptions quant aux problèmes vécus dans le système de santé, œuvrant avec le patient, sa famille et ses proches aidants[†] afin de comprendre ses besoins et d'identifier des mécanismes permettant potentiellement de répondre à ces besoins. Ils offrent leur soutien aux patients, aux collectivités ou aux populations en vue d'appeler au changement et ils jouent le rôle de porte-parole si nécessaire. Les médecins contribuent à conscientiser la société aux enjeux majeurs qui concernent la santé des patients, des collectivités et des populations. Ils appuient ou guident l'allocation de ressources (p. ex., financières, matérielles ou humaines), que ce soit à petite ou à grande échelle.

Les médecins œuvrent au sein de systèmes complexes. Ils doivent ainsi collaborer avec le patient, sa famille et ses proches aidants, les réseaux de soutien, de même qu'avec les organisations locales en santé et les organismes communautaires en vue d'agir sur les déterminants de la santé. De plus, la promotion de la santé nécessite souvent l'intervention d'autres professionnels de la santé, d'organismes communautaires, d'administrateurs et de décideurs.

* Dans le référentiel CanMEDS, une « collectivité » est un groupe de personnes ou de patients rattachés à la pratique d'un médecin, et une « population » est un groupe de personnes ou de patients partageant un enjeu ou une caractéristique commune.

† Dans le référentiel CanMEDS 2015 et le Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Adaptation de la pratique afin de répondre aux besoins des patients, des collectivités ou des populations servies : 2.1, 2.2

Amélioration continue de la qualité : 2.2, 2.3

Connaissance du système de santé : 1.1, 2.1

Déterminants de la santé, qu'ils soient d'ordre psychologique, biologique, social, culturel, environnemental, scolaire et économique, de même que les facteurs liés au système de soins de santé : 1.1, 1.3, 2.2

Équité en santé : 2.2

Mobilisation de ressources en fonction des besoins : 1.1, 1.2, 1.3

Obligations fiduciaires : 1.1, 2.2, 2.3

Potentiel d'intérêts divergents en matière de santé des patients, des collectivités ou des populations servies : 2.3

Prévention de la maladie : 1.3, 2.1

Principes des politiques de la santé et leurs retombées : 2.2

Promotion de la santé : 1.1, 1.2, 1.3, 2.1

Promotion de la santé en partenariat avec les patients, les collectivités ou les populations servies : 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3

Protection de la santé : 1.3

Responsabilité sociale des médecins : 2.1, 2.3

Utilisation responsable du statut et de l'influence : 2.1, 2.3

Capacités (Compétences clés)

Manifestations (Compétences habilitantes)

LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :

1. Répondre aux besoins d'un patient en défendant, avec celui-ci, ses intérêts au sein du milieu clinique et à l'extérieur de celui-ci

- 1.1 Collaborer avec le patient afin de prendre en compte les déterminants de la santé qui le concernent et qui limitent son accès aux services de santé ou aux ressources dont ils ont besoin
- 1.2 Collaborer avec le patient, sa famille et ses proches aidants pour modifier ses comportements et adopter de saines habitudes de vie
- 1.3 Intégrer les principes de prévention de la maladie, de promotion et de maintien de la santé dans les échanges avec chaque patient

2. Répondre aux besoins des collectivités ou des populations servies en collaborant avec celles-ci pour promouvoir d'une manière socialement responsable des changements systémiques

- 2.1 Collaborer avec des collectivités ou des populations afin de caractériser les déterminants de la santé qui s'appliquent
- 2.2 Améliorer la pratique clinique en appliquant un processus d'amélioration continue de la qualité à des activités de prévention de la maladie et de promotion et maintien de la santé
- 2.3 Participer à une initiative d'amélioration de la santé dans une collectivité ou une population qu'ils servent

Érudit

DÉFINITION

En tant qu'érudits, les médecins font preuve d'un engagement constant envers l'excellence dans la pratique médicale par un processus de formation continue, en enseignant à des tiers, en évaluant les données probantes et en contribuant à l'avancement de la science.

DESCRIPTION

Les médecins acquièrent des habiletés en matière d'érudition afin d'améliorer leur pratique et la prestation de soins. Ils visent l'excellence en misant sur une évaluation continue des processus et des résultats de leur travail quotidien, en partageant et en comparant leurs travaux avec d'autres, et en sollicitant activement une rétroaction dans un souci de qualité et de sécurité des patients. À l'aide de multiples moyens d'apprentissage, ils s'efforcent de répondre aux besoins du patient, sa famille et ses proches aidants*, ainsi que de la société.

Les médecins s'appliquent à maîtriser leur domaine d'expertise et à partager leur savoir. En tant que tenants d'un processus de formation continue, ils adoptent une démarche planifiée d'apprentissage afin de s'améliorer dans chaque rôle CanMEDS. Ils reconnaissent la nécessité d'apprendre continuellement et de devenir des modèles pour leurs pairs et autres professionnels à cet égard. En tant qu'enseignants, ils facilitent, autant sur une base individuelle qu'au sein d'équipes, la formation et l'apprentissage d'étudiants et de résidents, de collègues médecins et d'autres professions, du public et d'autres intervenants.

Les médecins savent trouver des données probantes pertinentes, les évaluer au moyen de critères précis et les appliquer dans leurs activités d'érudition et leur pratique. Par leur participation à une prise de décision partagée et fondée sur des données probantes, ils reconnaissent l'existence d'incertitude dans l'exercice de leurs fonctions médicales et formulent des questions de recherche pour combler les lacunes dans les connaissances. Grâce à leurs habiletés à naviguer dans les sources d'information, ils repèrent des synthèses sur les données probantes liées à ces questions et prennent des décisions cliniques qui s'appuient sur des faits tout en tenant compte des valeurs et des préférences du patient, sa famille et ses proches aidants.

Enfin, le médecin contribue à l'application, à la diffusion, à la création et à l'essor de connaissances et de pratiques nouvelles dans le domaine de la santé et des soins de santé.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Apprenant à vie

Amélioration de la qualité : 1.1, 1.2, 1.3

Apprentissage en collaboration : 1.3

Auto-amélioration : 1.1, 1.2, 1.3

Communautés de pratique : 1.3

Évaluation du rendement : 1.2

Plan personnel d'apprentissage : 1.1

Recherche de rétroaction : 1.2

Réflexion sur la pratique : 1.2

Sécurité des patients : 1.3

Enseignant

Curriculum caché : 2.1

Curriculums formel et informel : 2.1

Enseignement et apprentissage : 2.2, 2.4, 2.5

Évaluation des apprenants : 2.5, 2.6

Évaluation des besoins : 2.4

Évaluation des enseignants, des stages et des programmes : 2.5, 2.6

Formulation d'une rétroaction : 2.5, 2.6

Mentorat : 2.2, 2.5

Modèles de rôle : 2.1, 2.5

Optimisation de l'environnement d'apprentissage : 2.2

Principes de l'évaluation : 2.6

Résultats des apprentissages : 2.4, 2.5, 2.6

Supervision et responsabilité progressive : 2.3

Prise de décision fondée sur des données probantes

Ampleur des effets : 3.3, 3.4

Application des connaissances : 3.3, 3.4, 4.2

Évaluation critique structurée : 3.3

Généralisabilité : 3.3

Incertitude dans la pratique : 3.1

Lacunes dans les connaissances : 3.1

Maîtrise de l'information : 3.2

Médecine factuelle : 3.1, 3.2, 3.3, 3.4

Reconnaissance du risque de biais en recherche : 3.3

Services de signalement rapide de données probantes de qualité : 3.2, 3.4

Synthèse de données probantes : 3.2, 3.3

Validité externe : 3.3

Validité interne : 3.3

Recherche

Confit d'intérêts : 4.2, 4.5

Confidentialité : 4.1, 4.2

Consentement éclairé : 4.1

Enquête scientifique : 4.1, 4.2, 4.4, 4.5

Érudition : 4.1, 4.2

Éthique de la recherche : 4.2

Méthodes de recherche : 4.4

Principes scientifiques : 4.1

Recherche : 4.1, 4.2, 4.3, 4.5

* Dans le référentiel CanMEDS 2015 et le Guide des jalons, l'expression « le patient, sa famille et ses proches aidants » inclut toutes les personnes qui ont une importance pour le patient d'un point de vue personnel et qui se préoccupent des soins qui lui sont prodigués, y compris, selon la situation du patient, les membres de sa famille, les partenaires, les aidants naturels, les tuteurs et représentants légaux.

Capacités (Compétences clés)	Manifestations (Compétences habilitantes)
<p>LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :</p>	
<p>1. S’engager dans l’amélioration continue de leurs activités professionnelles par un processus de formation continue</p>	<p>1.1 Élaborer, mettre en œuvre, suivre et réviser un plan personnel d’apprentissage en vue d’améliorer la pratique professionnelle</p> <p>1.2 Identifier les occasions d’apprentissage et d’amélioration en évaluant périodiquement leur rendement d’une manière réflexive à l’aide de diverses données internes et externes</p> <p>1.3 Participer à l’apprentissage en collaboration afin d’améliorer constamment leur pratique personnelle et de contribuer à l’amélioration collective des pratiques</p>
<p>2. Enseigner aux étudiants, aux résidents, à d’autres professionnels de la santé et au public</p>	<p>2.1 Reconnaître l’influence que peut avoir un modèle de rôle et les effets des curriculums formel, informel et caché sur les apprenants</p> <p>2.2 Favoriser un environnement d’apprentissage sécuritaire</p> <p>2.3 Veiller à ce que la sécurité des patients soit assurée quand les apprenants participent aux soins</p> <p>2.4 Planifier et mener une activité d’apprentissage</p> <p>2.5 Fournir une rétroaction afin d’améliorer l’apprentissage et le rendement</p> <p>2.6 Évaluer les apprenants, les enseignants et les programmes selon les principes pédagogiques</p>
<p>3. Appliquer les données probantes disponibles dans leurs activités professionnelles</p>	<p>3.1 Reconnaître l’incertitude et les lacunes dans les connaissances à l’occasion des activités cliniques ou professionnelles d’autre nature, et formuler des questions ciblées afin d’y apporter des solutions</p> <p>3.2 Trouver, sélectionner et parcourir les ressources ayant fait l’objet d’une évaluation préalable</p> <p>3.3 Évaluer de façon critique l’intégrité, la fiabilité et l’applicabilité de la recherche et de la littérature médicales dans le domaine de la santé</p> <p>3.4 Intégrer les données probantes à la prise de décision dans la pratique</p>
<p>4. Contribuer à la diffusion et à la création de savoirs et de pratiques applicables à la santé</p>	<p>4.1 Faire preuve d’une compréhension des principes scientifiques de la recherche et de l’enquête scientifique, de même que du rôle des données probantes issues de la recherche dans les soins de santé</p> <p>4.2 Reconnaître les principes éthiques de la recherche et les intégrer dans l’obtention d’un consentement éclairé de la part du patient, évaluer les avantages et risques possibles de cette recherche pour lui, en portant une attention particulière aux populations vulnérables</p> <p>4.3 Contribuer aux travaux d’un programme de recherche</p> <p>4.4 Poser des questions de recherche pertinentes et choisir les méthodes appropriées pour y répondre</p> <p>4.5 Résumer et communiquer à d’autres professionnels et au grand public, y compris le patient, sa famille et ses proches aidants, les résultats de recherches et enquêtes scientifiques pertinentes</p>

Professionnel

DÉFINITION

En tant que professionnels, les médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société. De plus, les médecins contribuent à l'autoréglementation de la profession et voient au maintien de leur santé.

DESCRIPTION*

Les médecins jouent un rôle essentiel dans la société en tant que professionnels responsables de la prestation de soins. Leur travail requiert la maîtrise de l'art, de la science et de l'exercice de la médecine. L'identité professionnelle du médecin est un élément fondamental de ce rôle. En effet, ce rôle de professionnel reflète les attentes de la société envers la profession, y compris la compétence clinique, l'engagement envers le maintien de la compétence, la promotion de l'intérêt public, le respect des normes éthiques, et des valeurs telles

l'intégrité, l'honnêteté, l'altruisme, l'humilité, le respect de la diversité et la transparence relativement aux éventuels conflits d'intérêts. On admet généralement que, pour optimiser les soins aux patients, les médecins doivent veiller à leur propre santé et bien-être qu'à ceux de leurs collègues. Le professionnalisme des médecins constitue la base du contrat social entre la société et la profession médicale. En retour, la société reconnaît aux médecins le privilège de l'autoréglementation de leur profession, pourvu qu'ils restent redevables envers la société, la profession et eux-mêmes.

CONCEPTS FONDAMENTAUX

Identité professionnelle : 1.1, 4.1, 4.2

Engagement envers les patients

Altruisme : 1.1

Compassion et bienveillance : 1.1

Comportement moral et éthique : 1.1, 1.3

Connaissance de soi : 1.1, 1.3, 1.4, 2.1

Divulgation des convictions personnelles qui ont une incidence sur les soins : 1.1

Engagement envers l'excellence dans la pratique clinique et la maîtrise de la discipline : 1.2

Intégrité et honnêteté : 1.1

Limites professionnelles : 1.1

Principes et théories bioéthiques : 1.3

Respect de la diversité : 1.1

Secret professionnel : 1.1, 1.5

Engagement envers la société

Attentes de la société envers les médecins et la profession médicale : 2.1, 2.2

Contrat social dans le domaine des soins de santé : 2.1, 2.2

Engagement envers la promotion de l'intérêt public en matière de soins de santé : 2.1, 2.2

Responsabilité sociale : 2.1, 2.2

Engagement envers la profession

Cadres médico-légaux régissant la pratique : 3.1, 3.3

Codes de déontologie : 3.1

Conflits d'intérêts (d'ordre personnel, financier, administratif, etc.) : 1.4

Engagement envers les normes professionnelles : 3.1

Engagement envers la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité des soins : 2.1, 4.1

Responsabilité à l'égard des organismes de réglementation de la profession médicale : 3.1

Responsabilité envers la profession, y compris l'évaluation par des pairs, le mentorat, la collégialité et le soutien : 3.2, 3.3, 4.3

* La description du rôle est adaptée de Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": A working definition for medical educators. *Teach Learn Med.* 2004;16(1):74-6 et de Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and medicine's social contract with society. *Virtual Mentor.* 2004; 6(4).

Engagement envers soi-même

Approche consciencieuse et réfléchie par rapport à la pratique médicale : 4.2

Développement et transitions dans la carrière : 4.1, 4.2

Divulgarion d'incidents de sécurité des patients potentiellement préjudiciables et leurs conséquences : 4.2, 4.3

Recours au privilège d'autoréglementation, en tenant compte de ses réflexions, comportements, émotions et attention en vue d'un rendement et d'un bien-être optimaux : 4.1

Résilience pour une pratique médicale durable : 4.2

Responsabilité envers soi-même, y compris la nécessité de prendre soin de soi, afin de s'occuper des autres : 4.1

Capacités (Compétences clés)

Manifestations (Compétences habilitantes)

LES MÉDECINS SONT CAPABLES DE :

1. Démontrer un engagement envers le patient par l'application des pratiques exemplaires et le respect des normes éthiques

- 1.1 Agir et se comporter selon les règles déontologiques de la profession médicale, reflétant l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect, l'altruisme, le respect de la diversité et du secret professionnel
- 1.2 Se vouer à l'excellence dans tous les aspects de l'exercice de la médecine
- 1.3 Reconnaître les problèmes éthiques qui surgissent dans l'exercice de la médecine et y répondre adéquatement
- 1.4 Reconnaître et gérer les conflits d'intérêts
- 1.5 Se comporter de manière professionnelle lors de l'utilisation des outils technologiques de communication

2. Démontrer un engagement envers la société en reconnaissant et en respectant ses attentes en matière de soins de santé

- 2.1 Assumer sa responsabilité sociale envers les patients, la société et la profession et répondre aux attentes de la société à l'endroit des médecins
- 2.2 Démontrer leur engagement à participer à des initiatives liées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité

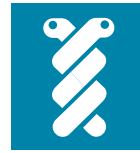
3. Démontrer un engagement envers la profession par le respect des normes et la participation à l'autoréglementation de la profession

- 3.1 Satisfaire et se conformer au code de déontologie, aux normes de pratique et aux lois régissant l'exercice de la médecine
- 3.2 Reconnaître les comportements non professionnels et contraires au code de déontologie des professionnels de la santé et y réagir
- 3.3 Participer à l'évaluation des pairs et à l'élaboration des normes

4. Démontrer un engagement envers la santé et le bien-être des médecins afin de favoriser la prestation de soins optimaux aux patients

- 4.1 Démontrer une conscience de soi et gérer son bien-être et son rendement professionnel
- 4.2 Gérer les exigences personnelles et professionnelles pour une pratique durable tout au long du cycle de vie professionnelle
- 4.3 Promouvoir une culture favorisant l'identification des collègues en difficulté et offrant un soutien et une réponse à leurs besoins

PIECE JOINTE N° 3
PROGRAMME D'AIDE AUX MEDECINS DU
QUEBEC RAPPORT ANNUEL 2014/2015



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL

2014 / 2015

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4
MISSION DU PAMQ	4
DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE	5
L'évolution de la santé des médecins	5
L'évolution des motifs de consultation	6
L'histoire s'écrit	7
L'ESSENTIEL À SAVOIR SUR LA SANTÉ DES MÉDECINS	7
La santé des médecins / État des connaissances et approches préventives	7
LA STRUCTURE DU PAMQ	8
Conseil d'administration	8
Équipe	8
Médecins-conseils	9
Interventions et services	10
Éducation et partage des savoirs	11
Banque de ressources	11
Principes	11
La Fondation du PAMQ	12
ANALYSE DES STATISTIQUES	13
Total annuel des clients aidés / 2006 à 2015	13
Demandes d'aide de groupe	13
Répartition de la clientèle - nouvelles demandes	14
Total annuel des clients aidés	14
Tableau comparatif	15
Taux de prévalence annuel des nouveaux clients	16
Âge moyen de la clientèle	17
Taux de prévalence sur 3 ans - comparatif par régions	18
Répartition des dépenses	18

Soutenir
les médecins
dans tous
les enjeux
susceptibles
d'affecter leur
fonctionnement
professionnel.

PRÉAMBULE

Le PAMQ est un service essentiel dédié à la santé des médecins. Aux consultations des premières années en lien avec leur santé mentale s'ajoutent de plus en plus des motifs reliés aux enjeux de la profession. La nature des demandes d'aide s'est peu à peu transformée et le Programme, dans l'esprit de sa mission, est invariablement resté engagé à soutenir les médecins dans tout ce qui peut affecter leur fonctionnement professionnel.

Le présent rapport-anniversaire dresse non seulement le portrait de ce qu'est le PAMQ, il met aussi en lumière les principaux ferments de l'évolution de la santé des médecins durant les 25 dernières années.

MISSION DU PAMQ

Il y a 25 ans, dans l'esprit de soutenir les médecins dans tous les enjeux susceptibles d'affecter leur fonctionnement professionnel, le PAMQ a énoncé sa mission en ces termes :

1 VENIR EN AIDE AUX MÉDECINS, AUX RÉSIDENTS, AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET, DANS DES CAS PARTICULIERS, AUX MEMBRES DE LEUR FAMILLE IMMÉDIATE QUI ONT DES PROBLÈMES :

- de santé mentale dans le sens le plus large du terme, allant de la simple réaction émotive à la maladie psychiatrique grave
- de consommation inappropriée ou abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illégales
- d'inconduite sexuelle

2 ÉTABLIR DES PROGRAMMES QUI VISENT À :

- prévenir, chez les médecins, les résidents et les étudiants en médecine, certains problèmes de santé mentale, ainsi que l'abus d'alcool et de drogues
- favoriser l'identification précoce et le traitement approprié des médecins, des résidents ainsi que des étudiants qui présentent des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie
- leur prêter assistance dans leur insertion ou leur réinsertion à l'exercice professionnel

3 FAVORISER LA RECHERCHE DANS CE DOMAINE

DE L'OMBRE À LA LUMIÈRE

L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DES MÉDECINS

La santé des médecins n'était pas un sujet très couru il y a 25 ans. En fait, leurs problèmes de santé constituaient plutôt une réalité que la culture médicale de l'époque s'efforçait d'occulter.

Vingt-cinq ans plus tard, les choses ont considérablement changé. Les mentalités ont évolué et force est d'admettre que la santé des médecins est devenue une préoccupation majeure qui intéresse de nombreux chercheurs et experts ayant accumulé et partagé un savoir spécialisé.

La notion du « patient d'abord » continue de guider l'exercice de la profession, mais aujourd'hui, le médecin commence à pouvoir introduire dans sa vie les termes « moi aussi ». La recherche a révélé que le médecin qui voit à sa santé soigne mieux son patient.

Cette notion est maintenant admise dans les hautes instances de la communauté médicale et la santé des médecins, dans une perspective de maintien d'une pratique sécuritaire et durable, figure depuis 2009 dans les compétences CanMEDS du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Qualifiée de changement majeur et de compétence à part entière dans la version 2015 des CanMEDS, cette aptitude que doit acquérir tout médecin vise entre autres la reconnaissance de ses propres indicateurs de santé. Le milieu médical est également invité à développer une culture professionnelle soucieuse de la santé du médecin et des équipes de travail.

À Moscou en octobre 2015 lors de son assemblée générale, l'Association médicale mondiale s'est également prononcée en faveur de la santé des médecins, dans une perspective de santé publique. Elle recommande la prévention et le traitement de leurs maladies aiguës et chroniques dont les maladies mentales, les handicaps et blessures liés aux dangers du travail, le stress professionnel et l'épuisement. « Les médecins sont enclins à avoir des habitudes saines, mais il est essentiel de favoriser leur santé en tant que moyen d'améliorer la santé de la population entière », écrit-elle.

Au Québec, le PAMQ publiait à l'automne 2015 l'ouvrage *La santé des médecins, État des connaissances et approches préventives*, une revue exhaustive de littérature qui fournit des assises scientifiques à l'intervention et à la prévention entourant la santé des médecins.

La recherche a permis un changement majeur de paradigme. En plus d'être un individu ayant des besoins de santé, le médecin doit aussi être considéré comme faisant partie d'une population à risque de maladies professionnelles ciblées. Les soins et les approches préventives qu'on développe à son intention doivent donc aller au-delà des besoins individuels et englober la sphère populationnelle.

« Les médecins sont enclins à avoir des habitudes saines, mais il est essentiel de favoriser leur santé en tant que moyen d'améliorer la santé de la population entière. »

Depuis
15 ans,
les enjeux
reliés à la
pratique
sont en
augmentation
chez la
clientèle
du PAMQ
et affectent
aujourd'hui
une grande
partie des
médecins qui
consultent.

L'ÉVOLUTION DES MOTIFS DE CONSULTATION

En parallèle de la recherche qui travaille à mieux saisir les besoins singuliers des médecins en matière de santé et les approches les plus appropriées pour prévenir la maladie, les motifs de consultation au Programme ont également évolué au cours des 25 dernières années.

Au début, les médecins consultaient au Programme essentiellement pour des problèmes de santé mentale et pour des problèmes de dépendance incluant l'alcoolisme et la toxicomanie.

Ces motifs de consultation initiaux font encore aujourd'hui l'objet de demandes d'aide. Mais depuis 15 ans environ, moment où le système de santé commence à fonctionner avec des effectifs réduits, les enjeux reliés à la pratique sont en augmentation chez la clientèle du PAMQ et affectent aujourd'hui une grande partie des médecins qui consultent.

Ces enjeux concernant des événements reliés au travail se concentrent essentiellement dans trois catégories :

1 LES STRESSEURS INHÉRENTS À LA PRATIQUE MÉDICALE :

- événements indésirables
- erreur réelle ou perçue
- poursuite
- enquête professionnelle

2 LES ENJEUX RELIÉS AU MILIEU DE TRAVAIL :

- surcharge de travail
- enjeux systémiques (coupures, réorganisations, fusions)
- baisse des effectifs médicaux et paramédicaux
- lourdeur administrative (organisation du travail, dossiers, formulaires)
- rôles pour lesquels il y a peu de formation (administrateurs, gestionnaires)
- inflexibilité des milieux pour les accommodements en raison des diminutions d'effectifs
- fortes pressions sur la relève dans un contexte de vieillissement ou de pénurie des effectifs
- structures d'accueil ou de coaching insuffisantes

3 LES CONFLITS AU SEIN DE L'ÉQUIPE ET LES ÉVÉNEMENTS DE LA VIE POUR LESQUELS L'ABSENCE DE SOUPLESSE DES MILIEUX DE TRAVAIL POSE PROBLÈME :

- périodes de transition (naissance, retraite, enfant ou conjoint avec problèmes de santé)
- handicap, maladie ou limitation

L'HISTOIRE S'ÉCRIT

Les histoires des milliers de médecins venus au Programme parler de leurs problèmes et de leurs besoins ont également nourri les connaissances et contribué à raffiner l'intervention des médecins-conseils. En d'autres mots, la première tranche d'histoire de la santé des médecins, jeune d'un quart de siècle, s'est aussi écrite au PAMQ.

L'essentiel à savoir sur la santé des médecins

LA SANTÉ DES MÉDECINS État des connaissances et approches préventives

Synthèse et reflet actualisé des connaissances sur la santé des médecins, cet ouvrage paru en 2015 condense le savoir accumulé depuis une vingtaine d'années. Ce qui fait maintenant école dans la littérature scientifique internationale représente la réalité des problématiques qui se vivent au Québec.

En plus d'en être l'éditeur, le PAMQ en est aussi l'acteur puisque l'une des médecins-conseils du Programme, **D^{re} Sandra Roman**, a co-signé l'ouvrage avec **D^r Claude Prévost**, médecin spécialiste en santé publique.

Son lancement a immédiatement intéressé la communauté médicale. Entre les mains des médecins, il sert à la fois d'outil de référence et de guide de prévention.

Il est accessible gratuitement pour lecture sous forme électronique ou papier dans les deux langues. Il s'agit de le demander par courriel à info@pamq.org ou de le lire directement sur le site du PAMQ au www.pamq.org, onglet documentation.



LA STRUCTURE DU PAMQ

Le Programme d'aide aux médecins du Québec est un organisme à but non lucratif fondé en 1990 par le biais d'une entente entre la **FMOQ**, la **FMSQ**, la **FMRQ**, le **CMQ** et l'**AMLFC**. Ces partenaires, conjointement avec la Fondation du PAMQ, ont toujours assuré le financement du Programme.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration du PAMQ est constitué de cinq membres désignés par chacun des organismes fondateurs et de la Directrice générale du PAMQ. Le Conseil définit l'orientation et les politiques du Programme pour en assurer l'essor et la saine gestion. Il n'intervient jamais dans les demandes d'aide, qui restent de nature strictement confidentielle.

Membres du Conseil pour l'exercice 2014 / 2015

PRÉSIDENT :

D^r William J. Barakett

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec (FMOQ)

D^r Serge Lenis

Fédération des médecins
spécialistes du Québec (FMSQ)

D^{re} Anne Magnan

Programme d'aide aux médecins
du Québec (PAMQ)

Mme Céline Monette

Médecins francophones
du Canada (MdFC)

D^r Yves Robert

Collège des médecins
du Québec (CMQ)

D^{re} Annie Trépanier

Fédération des médecins
résidents du Québec (FMRQ)

ÉQUIPE

Sous l'autorité de la Directrice générale, 9 médecins-conseils travaillent à temps partiel (pour un équivalent de 4 individus à temps plein). L'équipe du PAMQ se compose également de cinq employés à temps complet, soit un directeur de l'administration, une directrice des communications, une adjointe à la direction générale et deux secrétaires administratives et à l'accueil.

MÉDECINS-CONSEILS

Un médecin préfère s'adresser à un autre médecin en raison de son savoir médical et de sa connaissance de tous les aspects entourant la pratique de la médecine. C'est pourquoi le PAMQ travaille depuis son origine sur le principe de médecins-conseils au service des médecins. Cette approche réduit au minimum les obstacles à la consultation et assure un maximum d'impact sur le rétablissement du médecin.

L'expertise des médecins-conseils repose sur leur expérience et sur une formation spécifique en santé des médecins, notamment sur :

- ▲ les stress professionnels caractéristiques chez les médecins
- ▲ les risques typiques rattachés à la profession
- ▲ les stratégies pour gérer le stress et détecter les risques
- ▲ les interventions optimales pour rétablir le fonctionnement professionnel d'un médecin
- ▲ la culture médicale
- ▲ les aspects déontologiques et médicologiques de la profession
- ▲ les structures universitaires et organisationnelles de la santé au Québec

Les médecins-conseils du PAMQ :

D^r Richard Boulé

D^{re} Sophie Collins

D^{re} Suzanne Cummings

D^{re} Adrienne Gaudet

D^{re} Micheline Héroux

D^{re} Claude Johnson

D^{re} Anne Magnan

D^r Claude Rajotte

D^{re} Sandra Roman

D^{re} Marie-France Villiard

Le PAMQ n'est pas un service d'urgence, mais traite chaque demande comme pouvant être potentiellement urgente.

INTERVENTIONS ET SERVICES

La médecine est une profession à haut risque comportant un niveau élevé de responsabilité et d'importants standards de qualité. C'est pourquoi chaque demande d'aide au Programme importe tant.

Déterminé à enclencher rapidement la coordination, le PAMQ :

- ▲ accueille chaque appelant, en toute discrétion, dans les deux langues
- ▲ propose des points de service dans les villes de Montréal, Québec et Sherbrooke
- ▲ répond 365 jours par année aux demandes des médecins
- ▲ donne accès à un médecin-conseil généralement le jour même ou à l'intérieur de 24 h

Les médecins-conseils fournissent des services de consultation à des individus, des tiers et des groupes.

L'intervention individuelle des médecins-conseils inclut :

- ▲ le parcours professionnel et personnel du médecin
- ▲ son fonctionnement au travail
- ▲ ses facteurs de stress professionnels et personnels
- ▲ sa capacité à affronter la situation qui l'amène à consulter
- ▲ l'identification des éléments susceptibles d'affecter son aptitude au travail et la qualité des soins qu'il prodigue
- ▲ l'identification des risques liés à l'abus de substances
- ▲ le dépistage de la dangerosité et du risque suicidaire
- ▲ la référence, au besoin, à des ressources validées et reconnues dans un délai approprié à la situation pour une prise en charge médicale
- ▲ la planification du retour au travail dans une perspective de pratique durable
- ▲ l'évaluation des options qui s'offrent à un médecin souhaitant réorienter sa pratique

Les services d'évaluation et de soutien à des groupes ou à des tiers comme les collègues, gestionnaires, enseignants ou équipes en difficulté concernent des situations telles que :

- ▲ comportements perturbateurs au sein d'une équipe
- ▲ soupçon d'abus d'alcool ou de drogue
- ▲ présence de troubles cognitifs ou d'un problème de santé mentale
- ▲ détection d'un résident en difficulté ou en échec scolaire

ÉDUCATION ET PARTAGE DES SAVOIRS

L'équipe du PAMQ assume un rôle de partage des connaissances en santé des médecins par le biais d'activités telles que :

- ▲ soutien conseil
- ▲ formations spécifiques et adaptées aux besoins s'adressant aux médecins à tous les niveaux de leur parcours professionnel
- ▲ partage des connaissances via différentes plateformes afin de faire connaître les meilleures pratiques en santé des médecins.

BANQUE DE RESSOURCES

Lorsque requis, le médecin-conseil en appelle à des ressources externes familières avec une clientèle de médecins pour compléter son offre de service.

Ces médecins de famille, psychiatres, psychologues et avocats détiennent des expertises pointues et sont au fait des enjeux de santé et des milieux de travail spécifiques aux médecins. La collaboration avec ces ressources permet de dénouer des situations parfois hautement complexes.

La disponibilité, la célérité, la compréhension fine des enjeux, l'esprit collégial et l'engagement durable envers la communauté médicale dont ils font preuve sans exception sont dignes de mention.

CONFIDENTIALITÉ

Le Programme d'aide aux médecins du Québec est autonome et entièrement indépendant des organismes médicaux, du Collège des médecins et des facultés de médecine. Son objectif est de maintenir les plus hauts standards de confidentialité et de discrétion pour protéger l'identité et les renseignements personnels de ses clients.

PRINCIPES

La consultation du PAMQ par un médecin repose sur le principe de la confidentialité, incluant même le fait d'avoir consulté ou non le Programme.

Quel que soit le contexte, le PAMQ estime que le client doit connaître le contenu de son dossier avant de signer toute autorisation de divulgation.

Le Programme d'aide aux médecins du Québec est autonome et entièrement indépendant des organismes médicaux, du Collège des médecins et des facultés de médecine.

LES ACTIVITÉS DE LA FONDATION SONT :

- LA CAMPAGNE DE SOUSCRIPTION
– une sollicitation postale annuelle auprès de tous les médecins du Québec
- LE TOURNOI DE GOLF DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES incluant depuis 2015 un volet vélo. L'événement, qui a célébré son dixième anniversaire en 2015, constitue l'une des rares occasions, pour la communauté médicale, de se rassembler dans une ambiance festive.

LA FONDATION DU PAMQ

La Fondation du PAMQ existe depuis 2004. Les fonds recueillis par ses diverses activités de financement sont exclusivement dédiés au Programme d'aide aux médecins et représentaient, en 2014-2015, un versement au Programme de 300 000 \$.

Le Conseil d'administration de la Fondation est composé des personnes suivantes :

D^r William J. Barakett

Médecin reconnu pour son engagement envers ses confrères en difficulté

D^r Charles Bernard

Collège des médecins du Québec (CMQ)

D^r Joseph Dahine

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

D^{re} Diane Francœur

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

D^r Louis Godin

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

D^{re} Anne Magnan

Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Mme Céline Monette

Médecins francophones du Canada (MdFC)

D^{re} Muriel Narjoz-Mury

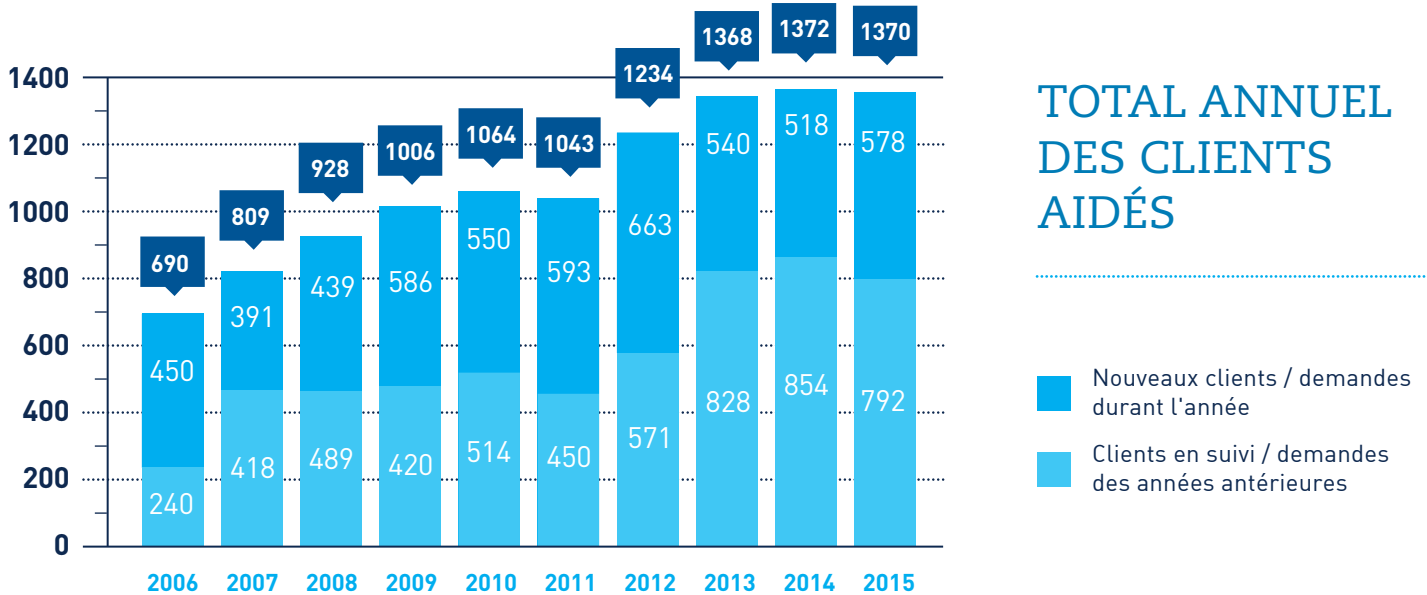
Médecin reconnue pour son engagement envers ses confrères en difficulté

D^r Claude Thibeault

Médecin reconnu pour son engagement envers ses confrères en difficulté

Par la présence de leur président ou de leur délégué au sein de ce Conseil, les grandes fédérations et autres partenaires de la communauté médicale réaffirment leur appui à la cause de la santé des médecins en participant aux décisions qui contribuent à l'essor de la Fondation et en soutenant ses activités de financement.

ANALYSE DES STATISTIQUES



TOTAL DES CLIENTS AIDÉS

Alors qu'on notait une augmentation constante antérieurement, on observe de 2013 à 2015 une stabilisation du nombre de clients aidés. Depuis sept ans, la moyenne des nouvelles demandes d'aide se maintient autour de 575 demandes.

Les trois dernières années se distinguent par une hausse significative des clients en suivi. Malgré l'absence d'études pouvant expliquer ce phénomène, la situation n'est pas sans soulever un questionnement. Outre la complexité des cas, qui pourrait en partie expliquer la nécessité d'un suivi prolongé, les médecins-conseils observent que la mobilité dans les milieux de travail est plus réduite qu'auparavant. Dans le passé, les médecins qui vivaient des situations difficiles dans leur milieu de travail pouvaient plus facilement changer d'endroit et ainsi trouver une solution à leur problème. Depuis quelque temps, on observe que le milieu n'offre plus cette flexibilité, que les possibilités de transferts sont très restreintes et que les médecins sont contraints de rester dans leur milieu, même s'il est peu propice à des aménagements ou qu'il demeure conflictuel.

DEMANDES D'AIDE DE GROUPE

À chaque année, le PAMQ intervient auprès d'équipes en difficulté aux prises avec des conflits, une surcharge de travail ou des situations inhabituelles (décès subit ou suicide d'un collègue, deuils, etc.). Pour ces demandes d'aide de groupe, l'intervention se fait sur les lieux de travail. Les médecins et résidents rencontrés lors de ces interventions sont comptabilisés avec l'ensemble des nouvelles demandes d'aide.

RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE / NOUVELLES DEMANDES

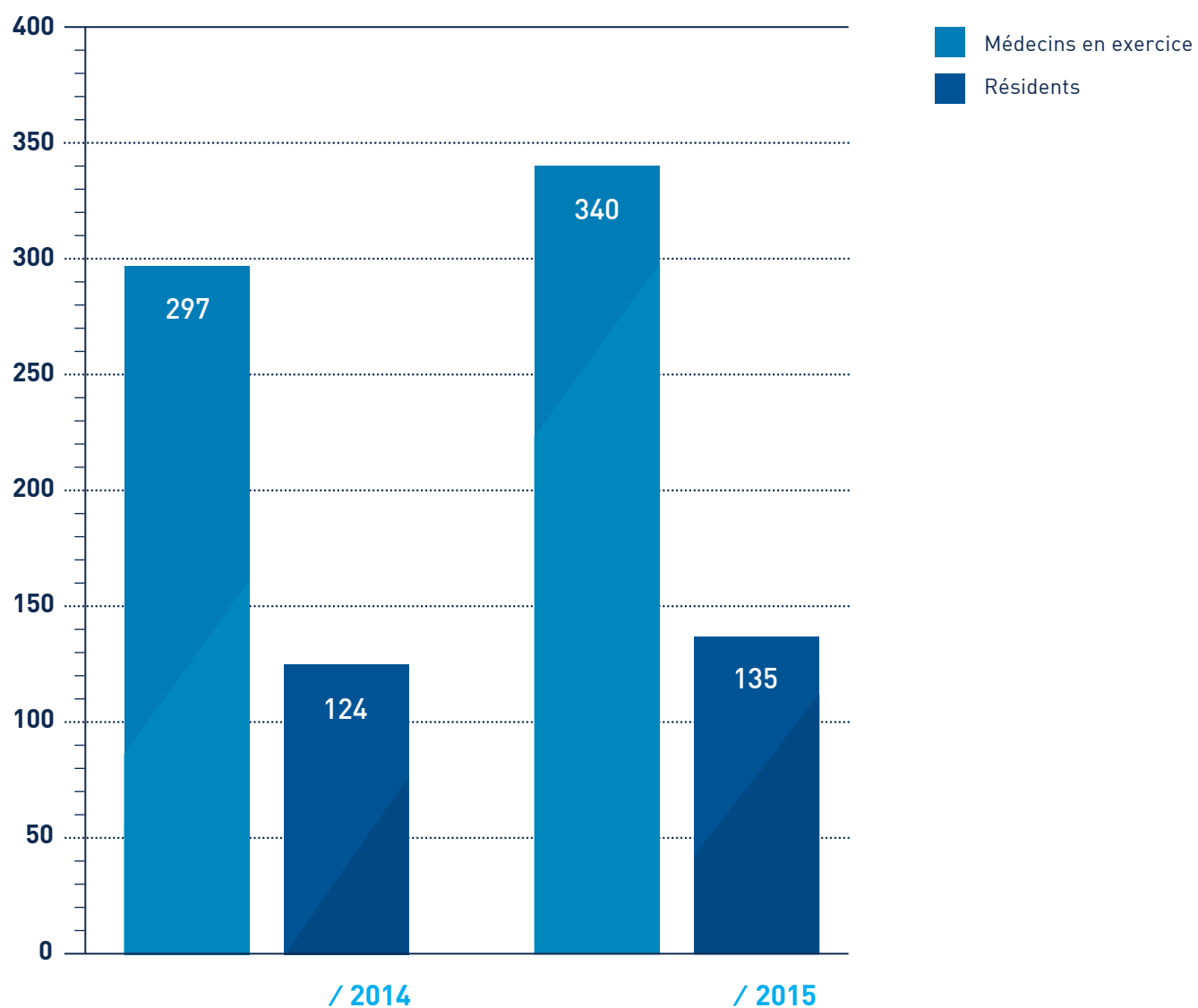
	2013 / 2014	2014 / 2015
Médecins de famille	160	179
Spécialistes	137	161
Résidents	124	135
Étudiants	22	25
Anonymes	0	3
Famille du médecin	1	1
Clients ayant demandé de l'aide pour un collègue	74	74
TOTAL DES NOUVEAUX CLIENTS	518	578

TOTAL ANNUEL DES CLIENTS AIDÉS

	2013 / 2014	2014 / 2015
NOUVEAUX CLIENTS / DEMANDES DURANT L'ANNÉE	518	578
CLIENTS EN SUIVI / DEMANDES DES ANNÉES ANTÉRIEURES	854	792
TOTAL ANNUEL DES CLIENTS AIDÉS	1 372	1 370

COMPARAISON DES NOUVEAUX CLIENTS

Médecins en exercice et résidents



La figure 2 illustre que les deux tiers des clients du Programme sont des médecins en exercice, que les résidents constituent l'autre tiers et que cette proportion est stable dans le temps.

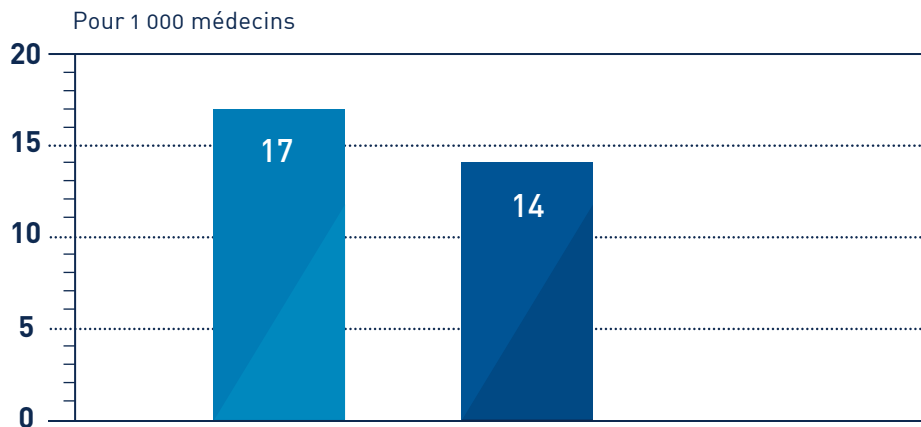
TAUX DE PRÉVALENCE ANNUEL DES NOUVEAUX CLIENTS

Médecins de famille
Spécialistes

Médecins de famille et spécialistes

/ 2015

SUR LE TOTAL DES MÉDECINS DANS LE RÉSEAU* SELON LE GROUPE AUQUEL ILS APPARTIENNENT



* Selon les données du CMQ au 31 décembre 2014

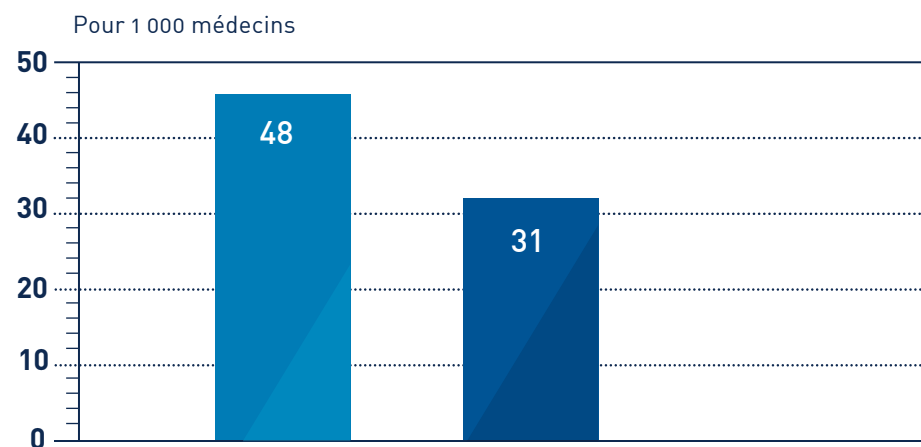
TAUX DE PRÉVALENCE ANNUEL DES NOUVEAUX CLIENTS

Médecine familiale
Spécialités

Résidents

/ 2015

SUR LE TOTAL DES MÉDECINS DANS LE RÉSEAU* SELON LE GROUPE AUQUEL ILS APPARTIENNENT



* Selon les données du CMQ au 31 décembre 2014

PRÉVALENCE

Les figures 3 et 4 permettent d'observer que la prévalence annuelle des demandes d'aide est similaire chez les médecins de famille et les spécialistes. Toutefois, en comparaison avec la cohorte des médecins, la prévalence chez les résidents est beaucoup plus importante.

Le phénomène soulève plusieurs questionnements. Par exemple, les critères de sélection des futurs médecins, où certains traits de caractère (perfectionnisme, doute, besoin d'exercer un contrôle sur les situations) sont valorisés dans la profession médicale, pourraient-ils être à l'origine de certaines vulnérabilités? Ou encore, comment expliquer que des individus dont le parcours académique s'est toujours distingué par la performance et l'excellence présentent des difficultés lorsque confrontés au système?

ÂGE MOYEN DE LA CLIENTÈLE*

	PAMQ		QUÉBEC **
	2013 / 2014	2014 / 2015	2014 /
Médecins de famille	46,2	45,5	51,9
Spécialistes	44,0	43,9	54,0
Résidents	30,4	30,4	—
Étudiants	24,0	26,1	—

* Nouveaux clients

** Âge moyen pour le Québec / Données du CMQ au 31 décembre 2014

ÂGE MOYEN

Ce tableau indique que les médecins de famille et spécialistes qui consultent au PAMQ sont en deçà de l'âge moyen de leur groupe respectif. Les médecins en mi-carrière sont donc plus représentés dans la clientèle du Programme que les autres tranches d'âge. Notons que les données de recherche en santé des médecins confirment ce phénomène¹.

1. Roman, S. et C. Prévost. *La santé des médecins, État des connaissances et approches préventives*. PAMQ, 2015.

TAUX DE PRÉVALENCE SUR 3 ANS / COMPARATIF PAR RÉGIONS**

Spécialistes et médecins de famille seulement*

PRÉVALENCE DE PÉRIODE (3 ANS)

2009 / 2012

2012 / 2015

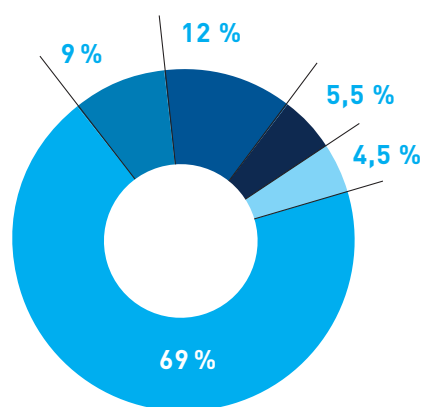
	2009 / 2012	2012 / 2015
Bas-St-Laurent - Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	4,30 %	4,15 %
Saguenay - Lac-St-Jean	5,11 %	3,29 %
Québec	4,67 %	4,91 %
Mauricie - Centre du Québec (Bois-Francs)	5,14 %	3,63 %
Estrie	6,51 %	6,11 %
Laval	3,87 %	3,85 %
Montréal	4,16 %	4,42 %
Outaouais	5,14 %	3,31 %
Abitibi-Témiscamingue	4,65 %	3,33 %
Côte-Nord - Nord-du-Québec	4,90 %	5,26 %
Chaudière-Appalaches	4,09 %	2,24 %
Laurentides - Lanaudière	5,61 %	4,22 %
Montérégie	4,68 %	4,31 %
Hors-Québec	0,22 %	0,12 %
PRÉVALENCE PROVINCIALE	4,44 %	4,14 %

* Nouveaux clients

** Selon les données du CMQ au 31 décembre 2014

RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS

2014 / 2015



RÉPARTITION DES DÉPENSES

Les activités de prévention et d'intervention, reliées directement à la clientèle, représentent 78 % des dépenses du PAMQ. Sur le total des médecins en exercice et des résidents², le coût du Programme d'aide représentait, pour l'exercice se terminant en 2015, 73 \$ per capita par année pour un budget annuel de 1,9 M\$.

2. Selon les données du CMQ



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

WWW.PAMQ.ORG

PIECE JOINTE N° 4
CFAR ECOUTE + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE



Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe
Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

→ Certains événements peuvent altérer votre bien-être, votre qualité de vie et votre exercice professionnel. → Si vous rencontrez des difficultés professionnelles ou personnelles (épuisement professionnel, conduites addictives, idées noires, isolement, situations de harcèlement, crises, perturbations dans la sphère privée...). → Un professionnel de l'écoute* vous répond de manière entièrement anonyme et confidentielle. Vous pouvez appeler à tout moment, dès que vous en ressentez le besoin, de votre lieu de travail ou de votre domicile.

* Psychologue clinicien diplômé soumis au code de déontologie de la profession

↘ Accessible
par téléphone
24h/24 et 7j/7
un service d'écoute,
de soutien et d'orientation
est mis gratuitement à votre
disposition par le *Collège
Français des Anesthésistes
Réanimateurs*

↗ www.cfar.org

↓ CARTE À DÉTACHER ET À CONSERVER



Écoute + Soutien psychologique

N° Vert

0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe / Tarif selon opérateur depuis un téléphone mobile

www.psy.a.fr

espace bénéficiaires

Pour obtenir le login et mot de passe connectez vous au site du CFAR onglet SMART

24^h
/ 24

7 jours
/ 7



En partenariat avec



Si besoin : une orientation secondaire personnalisée

- Vers un psychologue qualifié du réseau PSYA (ou tout autre thérapeute), au choix de l'appelant, pour une prise en charge plus approfondie,
- Vers un médecin traitant,
- Vers un réseau d'addictologie,
- Vers un service de santé au travail,
- Vers un contact syndical,
- ou toute autre ressource mise en place par le CFAR

Qui peut appeler ?

- Tout professionnel en anesthésie-réanimation (médecin, interne ou infirmier(e), du secteur public ou libéral),
- un proche, un conjoint, un collègue...

PsyA est certifié AFAQ ISO 9001 pour son « Centre d'Ecoute Psychologique »

7 jours
/ 7

24h
/ 24

Service accessible



À l'origine de ce service : les organisations composantes du CFAR et le SNIA



Pour en savoir +
sur les services
proposés par le CFAR
rendez-vous sur :
www.cfar.org



COLLÈGE
FRANÇAIS
DES ANESTHÉSISTES
RÉANIMATEURS

PIECE JOINTE N° 5
COMMISSION REGIONALE PARITAIRE DE
BRETAGNE : ENTRETIEN MI-CARRIERE

Bilan professionnel de mi-carrière Commission Régionale Paritaire (CRP)

Présentation des
éléments de réflexion
du CHBS/CHQ
21 mars 2016

Objectifs de cet entretien de mi-carrière

- Identifier les situations de difficultés et de vulnérabilité
- Libérer la parole sur ce thème du bien-être au travail auprès des PH des services
- Donner des informations sur le fonctionnement de l'institution

Les écueils

- Défiance vis-à-vis de l'établissement
 - Intention supposée d'une évolution professionnelle contrainte
 - Démarche perçue comme un gadget « administratif »
- Déception en l'absence de résultat
- Dénier sur la réalité des questions de RPS pour les praticiens hospitaliers

Principes méthodologiques proposées

- Volontariat
- Echange bienveillant, sur le mode de l'entretien compréhensif
- Pas de présence du PCME et du médecin du travail lors de ces entretiens
- Un binôme pour les entretiens :
 - Le DAM
 - Un PH expérimenté ou récemment retraité « incontestable » au plan clinique, éthique et relationnel

Trame de questions

- Niveau d'épanouissement professionnel
 - Votre exercice au CHBS, CHQ correspond-il à vos attentes initiales ?
 - Vos objectifs initiaux ont-ils été satisfaits ?
 - Quels projets avez-vous porté ?
 - Quelles formations avez-vous réalisé ?

Trames de question

- Projection sur les prochaines années
 - Quel champ de votre spécialité semble-t-il important de développer au chbs ?
 - Comment voyez-vous l'hôpital évoluer ?
 - Seriez-vous intéressés par des missions institutionnelles, des missions transversales ou de compagnonnage (accompagnement des internes, des jeunes médecins, tutorat) ?
 - Avez-vous des souhaits de changement de modes d'exercice (temps partiel, exercice libéral, disponibilité, humanitaire) ?

Trames de question

- Conditions de travail / Ambiance de travail
 - Avez-vous propositions d'améliorations de fonctionnement ?
 - Connaissez-vous les différents interlocuteurs et les modalités d'accès aux informations qui concernent votre exercice à l'hôpital ?
 - Quels sont les principaux problèmes de communication dans l'hôpital

PIECE JOINTE N° 6
EPSM DE LA VALLEE D'ARVE : ENTRETIEN
APRES 3/6 MOIS DU PERSONNEL MEDICAL

PRATICIEN
DATE RDV :
NOM/PRENOM :
DATE D'ENTREE A L'EPSM :
STATUT :
TEMPS DE TRAVAIL :
AFFECTATIONS :

ACCUEIL	Oui	Non
Connaissance du site principal		
Connaissance de l'ensemble des sites de l'EPSM		
Besoin d'une visite complémentaire		
Le poste est-il conforme à ce qui vous a été présenté ? *		

* Si non, expliquez pourquoi :

.....

.....

Les points positifs qui ont facilité votre intégration :

.....

.....

Les difficultés rencontrées lors de votre intégration :

.....

.....

Points positifs dans l'exercice de votre mission :

.....

.....

Les difficultés rencontrées dans l'exercice de votre mission :

.....

.....

Besoins matériels, conditions de travail :

.....

.....

Suggestions :

.....

.....

.....

.....

CONNAISSANCE DES PROCEDURES	Oui	Non
Accident de travail/arrêt maladie		
Accident d'exposition au sang		
Fiche d'événement indésirable		
Procédures de sécurité/appels à l'aide		
Permanence des soins (gardes/astreintes, présence minimale)		
Soins sans consentement		
Logiciel de gestion du temps de travail Octime médica		
Utilisation d'intranet		
Formation / DPC		
Frais de déplacements/ ordre de mission		

Observations sur la permanence des soins :

Besoins et souhaits de formation :

CONNAISSANCE DES INSTANCES	Oui	Non	Participation aux réunions	oui	Non
CME					
CLUD					
CLIN/CLAN					
CONSEIL DE SURVEILLANCE					
DIRECTOIRE					
COPS					
CSIRMT					
CONSEIL DE PÔLE					

Observations sur vos relations avec le chef de pôle/ le chef de secteur :

Observations sur vos relations avec vos confrères :

Observations sur vos relations avec le cadre de santé de l'unité :

Observations sur vos relations avec les AMA au secrétariat médical :

Observations sur vos relations avec l'équipe soignante :

Observations sur le projet de service / projet médical d'établissement :

.....

.....

.....

Observations générales du praticien :

Remarques/observations de la DAM :

Remarques/observations du président de CME :

PIECE JOINTE N° 7
HCL : PROCEDURE DE RENOUVELLEMENT DES
CHEFFERIES DE SERVICE



Hospices Civils de Lyon

**Service :
DAM**

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT DU 29 FEVRIER 2016

PROCEDURE DE RENOUELEMENT DES CHEFFERIES DE SERVICE (Missions – modalités de désignation)

Pour avis

Missions des chefs de service pour le mandat 2016 – 2020

Ce document a pour but d'informer et de guider les nouveaux chefs de service sur leurs missions.

La fonction de chef de service constitue une responsabilité confiée en fonction de compétences, soumise à évaluation régulière. Elle n'est pas attribuée selon un grade, ni en reconnaissance à des services rendus.

1. Définition des missions du chef de service au sein des HCL

Compétences et aptitudes requises :

- Une légitimité médicale reconnue par son équipe et l'Institution
- Le souci du Service Public et du sens collectif
- L'esprit d'ouverture et d'écoute des équipes
- L'aptitude au management des ressources humaines et à la gestion des conflits potentiels
- Une aptitude à la gestion des ressources qui lui sont confiées
- Un intérêt pour la formation des personnels du service.

Le chef de service peut proposer la désignation (avec information de la CME) d'un chef de service adjoint, auquel il délègue certaines de ses fonctions. Cette organisation permet aussi d'assurer la continuité de la responsabilité médicale.

Il peut déléguer certaines missions (« responsable d'UF ») ou l'animation de groupes de travail à des praticiens du service en fonction de leur affectation ou de leurs compétences.

Les missions du chef de service peuvent être ainsi recensées.

En matière d'organisation et de qualité des soins :

Le chef de service est appelé à :

- présenter un projet médical du service (mêlant conjointement le projet médical et le projet de soins paramédical) dans le but de participer à la réalisation des objectifs fixés au Pôle dans le cadre du contrat passé avec la gouvernance des HCL. Dans ce cadre, il organise le fonctionnement global du service, discute les objectifs et les ressources du service. Il s'assure de la mise en œuvre dans le service du projet de Pôle,
- collaborer étroitement au quotidien avec le cadre de santé pour définir les conditions de travail des équipes de personnel non médical et l'ambiance dans chaque unité de soins, dans le souci d'une amélioration constante de la qualité et de la sécurité des soins. Dans les suites du séminaire de l'encadrement de santé, le binôme chef de service/cadre de santé est appelé à mettre en œuvre les prescriptions en matière de « *Prescription et organisation des soins* » et de « *Tour médical* »,

- être responsable du management des ressources humaines médicales :
 - o organisation du service en distribuant les fonctions au sein de l'équipe médicale (tableau de service...), en garantissant la continuité de la couverture médicale, en veillant à une répartition équilibrée de la charge de travail entre les médecins et au respect des règles associées au temps de travail (repos de sécurité, temps de formation..);
 - o gestion prévisionnelle des présences et des absences des personnels médicaux en articulation avec celles des personnels non médicaux et en fonction des objectifs de maintien de l'ouverture des lits ;
 - o suivi de la prise régulière des congés pour minimiser le flux des CET : planification annuelle avant le 30 avril pour atteindre un niveau global suffisant, organisation adaptée permettant aux praticiens de solder la totalité de leurs congés
 - o gestion des carrières et de l'évolution de l'équipe (anticipation des remplacements, parcours professionnels...), en liaison avec le Chef de Pôle ;
 - o mise en place d'un management de service avec un entretien annuel individuel pour chacun des médecins du service et le cadre, selon une méthode à définir,

- promouvoir les objectifs institutionnels en matière de qualité et sécurité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles, avec notamment l'analyse des événements indésirables et des plaintes, des séances régulières de Revues Morbi-Mortalité (RMM) et la réalisation au moins une fois par an d'un patient traceur,

- organiser les éventuelles coopérations territoriales,

- organiser l'enseignement des étudiants et des praticiens en formation affectés au service et, notamment, leurs stages hospitaliers en lien avec les directeurs des UFR,

- assurer l'accueil et la bonne intégration des nouveaux praticiens arrivants (information, intégration...), notamment lors des regroupements de services.

En matière de recherche et de formation :

La recherche fait intégralement partie des missions d'un service de centre hospitalo-universitaire.

Le chef de service :

- est garant de la diffusion de la culture de recherche auprès du personnel médical et paramédical et de l'encouragement au développement de cette activité ;
- organise les modalités de participation à des travaux de recherche clinique académiques ou industriels en encourageant les jeunes praticiens à participer aux projets de recherche ;
- veille à la validation des scores SIGAPS et SIGREC par toute l'équipe médicale ;
- organise la formation par le retour d'informations en staff pour les participations aux congrès et aux publications ;
- veille à la mise en œuvre des actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens du service : déploiement du DPC...
- assure une formation par l'information et la formation des équipes paramédicales au cours de réunions sur les questions médicales, sur les actes à effectuer, sur les problèmes rencontrés en matière de fonctionnement du service.

En matière d'information et de communication :

Le chef de service :

- est garant de la bonne diffusion de l'information au sein du service en organisant régulièrement des réunions de service d'une part pour les personnels médicaux, d'autre part pour l'ensemble des personnels (en collaboration avec les cadres),
- transmettre à son équipe les informations reçues, notamment en Bureau de Pôle,

- s'assure de la bonne visibilité institutionnelle dans toutes les actions de communication conduites par le service : les documents ou supports de communication, mails et courriers, interventions extérieures... devront mentionner l'appartenance du service ou de ses membres aux Hospices Civils de Lyon et respecter la charte graphique (ou a minima présenter le logo de l'établissement),
- est garant de la promotion de l'activité du service auprès des partenaires et des médecins du réseau de ville adressant les patients : entre autres, disponibilité téléphonique d'un sénior ou respect du délai réglementaire pour la transmission obligatoire d'un compte rendu pour toute hospitalisation,
- se rapproche de la direction de la communication dans les cas de sollicitation de la presse et pour tout projet de communication externe.

En matière d'inscription dans la démarche institutionnelle :

Le chef de service doit :

- être responsable de la prise en charge médicale des patients dans son service et veiller à la mise au point et à l'application des protocoles médicaux,
- travailler en étroite collaboration avec le Chef de Pôle et participer (ou se faire représenter par un praticien titulaire du service) aux réunions du Bureau de Pôle ou à celles organisées dans chaque groupement par la gouvernance locale,
- mettre en œuvre un projet de service qui soit la déclinaison locale du Projet d'établissement,
- réaliser le suivi de l'activité et des dépenses déléguées et en rendre compte au chef de pôle,
- s'assurer de la continuité des activités du service : mise au point du règlement intérieur de l'astreinte senior ou junior (s'il y en a une dans le service) ou de la « continuité des soins », contrôle des horaires de déplacements annoncés et de la pertinence du recours à l'astreinte,
- s'assurer de la réalisation de tâches transversales : codification des actes, déclaration administrative des congés médicaux,
- proposer au Pôle une priorisation en matière de renouvellement des équipements médicaux

Le chef de service sera incité à participer aux formations au management qui seront proposées et financées par l'Institution pour améliorer les compétences des chefs de service dans ce domaine.

2. Modalités de désignation des chefs de service à partir du printemps 2016

La plupart des chefs de service des HCL (130 sur 185) ont été nommés à compter du 23 avril 2012 pour une durée de 4 ans. Une décision de la gouvernance a décidé le report de cette échéance jusqu'au 31 mai 2016. Les chefs de service seront donc nommés ou renouvelés à compter du 1^{er} juin 2016.

Quatre ans après la définition de l'organisation médicale des HCL, il a paru souhaitable de préciser de manière plus détaillée les missions d'un chef de service au sein de l'Institution, en rapport avec les missions attribuées réglementairement aux Chefs de Pôle.

Celles-ci ont été rappelées ci-dessus. Elles constituent ainsi la base de l'engagement que prendront tous les candidats aux fonctions de chefs de service.

S'agissant des chefs de service qui ont été nommés après 2012, et dont le mandat n'arrive donc pas à échéance en 2016, ils sont invités à déposer dans les mêmes délais un projet de management de service pour la fin de leur mandat.

Il est précisé que tout praticien titulaire (hospitalo-universitaire ou non) peut se porter candidat à la fonction de chef de service.

Qu'il s'agisse d'un renouvellement de fonctions, d'une première nomination ou d'une poursuite du mandat de chef de service, **il est demandé aux candidats à cette fonction de transmettre à la gouvernance des HCL** (par l'intermédiaire de la Direction des Affaires Médicales : catherine.labarde@chu-lyon.fr) **avant le 12 avril 2016**, avec copie au directeur de groupement (ou directeur référent pour les activités médico-techniques), au Président de CMEL et au Chef de PAM :

- Un engagement personnel à assurer les missions définies ci-dessus.
- **Un projet de management de service (3 pages maximum)** qui se concentrera sur la proposition de 5 actions à mener dans les prochains 24 mois en matière de management, d'organisation du service et de projet médical (développement d'activité) en reprenant les missions recensées ci-dessus. Il sera établi à partir du diagnostic posé sur le fonctionnement actuel du service (fonctionnement de l'équipe médicale et paramédicale, qualité de prise en charge du patient et services à la clientèle, activité, situation du CREO)... Il devra être conforme au projet d'établissement.
- Une proposition de quelques indicateurs (élaborés et suivis avec l'administration) permettant, à mi-parcours et en fin de mandat, d'évaluer la bonne réalisation de ces actions.

Ces documents seront transmis aux directeurs des groupements, présidents de CMEL et chefs de pôle pour qu'ils apprécient l'adéquation de ce projet avec les orientations institutionnelles et le contrat passé avec le PAM. Après analyse conjointe avec la gouvernance locale, le Chef de Pôle proposera un nom de chef de service à la gouvernance.

De façon préférentielle, les nominations devront concerner des praticiens susceptibles d'exercer pendant 18 mois au moins les fonctions de chefs de service.

Ce document servira comme outil du « dialogue de gestion » annuel entre le chef de service et le binôme « Directeur référent – Chef de Pôle », qui dépassera les thématiques d'activités et de ressources pour évoquer plus globalement le management du service.

En fin de mandat, le chef de service présentera un bilan sur la base des engagements pris et des contraintes de fonctionnement rencontrées. Celui-ci sera soumis à l'appréciation du directeur de groupement (ou directeur référent pour les activités médico-techniques) du Président de CMEL et du Chef de Pôle.

En synthèse, le calendrier du renouvellement pour les mandats se terminant en 2016 :

- Validation du document par la CME : 29 février 2016
- Appel à candidatures : 2 mars
- Dépôt des dossiers de candidature : 12 avril
- Etudes des projets par les groupements (aboutissant à une proposition officielle par le chef de PAM): 12 avril au 15 mai 2016
- Avis de la CME : 30 mai
- Décision du Directeur général : 31 mai
- Prise d'effet : 1^{er} juin.

Ce dossier est présenté :

- **à l'avis de la Commission Médicale d'Etablissement du 29 Février 2016**
- **au Comité Technique Central d'Etablissement du 1^{er} Mars 2016 (pour information)**

ANNEXE

L'organisation médicale des HCL est définie conformément aux articles L 6146-1 et R 6146-1 à R 6146-8 du Code de la Santé Publique : elle a été adoptée par la CME dans sa séance du 5 mars 2012.

Il y est ainsi précisé « que :

- les pôles hospitalo-universitaires (ou Pôles d'activité médicale – PAM) sont les structures de base de l'organisation médicale.
- les pôles comportent des structures internes : les services et les unités médicales.

Les services sont les structures de prise en charge des patients ou de réalisation des actes médico techniques par les médecins, les pharmaciens et les odontologistes affectés au pôle. Les ressources sont affectées aux services par le responsable du pôle sur la base du projet de pôle.

Les responsables des services et unités médicales sont nommés par le directeur général sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de service ou unité médicale par décision du directeur général, à son initiative, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Cette décision peut également intervenir sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement. Dans ce cas, le directeur général dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de la demande du chef de pôle pour prendre sa décision. A l'expiration de ce délai, la proposition est réputée rejetée.

Les praticiens candidats aux fonctions de responsable de service proposent au chef de pôle un projet de service conforme au projet et au contrat du pôle d'activité. Ces projets sont communiqués au directeur général et au président de la commission médicale d'établissement. La CME en est informée.

Au terme de leurs mandats, les chefs de service peuvent être candidats au renouvellement de leurs fonctions concurremment avec les autres praticiens titulaires du pôle.

Dans ce cas, ils établissent un bilan de leur mandat sur la base duquel le renouvellement sera apprécié.

La durée du mandat des responsables de service est de quatre ans.

Le responsable de service organise le fonctionnement du service. Il assume cette fonction par « délégation du responsable de pôle ».

PIECE JOINTE N° 8
CHU DE NANCY : PROCEDURE DE MEDIATION
MEDICALE

Séance du 26 mars 2012

- - -

◀ *Question n° III.2* ▶

PROCEDURE DE MEDIATION MEDICALE

Suite à la présentation en séance CME du 26 mars 2012, il est créé au sein de la Commission Médicale d'Établissement, une cellule de médiation médicale lorsque des conflits entre praticiens au sein de l'établissement persistent.

La procédure s'établit comme suit :

- Médiation de 1er niveau s'il y a échec de médiation au niveau du pôle :
 - ✓ Demande auprès du Président de la CME qui la valide et lance l'instruction
 - ✓ Constitution du dossier

- Composition de la cellule :
 - ✓ Président de la CME ou Vice –Président et Responsable Vie Médicale
 - ✓ 1 représentant de chaque catégorie médicale concernée par la médiation (nommé par le Président de CME)
 - Membre de la CME en priorité, hors conflit d'intérêt
 - Instruction du dossier

- Audition :
 - ✓ Exposé des différentes parties
 - ✓ Recherche d'une conciliation

- Compte-rendu :
 - ✓ Modalités de conciliation, délai de mise en œuvre et suivi

- Si échec :
 - ✓ Médiation possible de 2^{ème} niveau avec participation de la Direction des affaires médicales et/ou de la Direction des services juridiques.

PIECE JOINTE N° 9
AP-HP : PLAN D'ACTION CONCERNANT LE
PERSONNEL MEDICAL

Paris, le 05 JUL. 2016

3, avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
Standard : 01 40 27 30 00
Télécopie : 01 40 27 55 77
secrétariat.dg.sap@aphp.fr

Note
à l'attention de
Mesdames et Messieurs les Directeurs de GH
Mesdames et Messieurs les Présidents de CMEL

2016-3456

PRESIDENT DE LA CME

Objet : Mise en œuvre du plan d'action RHPM

DIRECTEUR GENERAL

Le plan d'action du directoire relatif à la prévention et au traitement des situations particulières concernant le personnel médical, adopté en directoire et voté en CME, vous a été adressé le 3 mai 2016.

Il convient donc désormais de mettre en œuvre les préconisations de ce plan dans chaque GH et à l'échelle de l'Institution, ce qui demande une implication forte des gouvernances.

Dès 2016, chaque GH doit mettre en œuvre le dispositif d'analyse et de traitement des situations particulières (i) :

- **Le comité de suivi des situations individuelles complexes et de prévention des RPS.** Celui-ci est composé du PCMEL, du président de la CVH locale, du DGH, du DAM, d'un chef de pôle, du doyen (si la situation analysée concerne un praticien hospitalo-universitaire), du médecin du travail, d'un représentant du conseil départemental de l'Ordre en tant que de besoin. Ce comité peut être saisi par la gouvernance du GH de toute situation particulière. Il est alors chargé de l'analyser et de préconiser des solutions de résolution et/ou des actions de prévention. Un bilan annuel de son action doit être établi et adressé au PCME et à la DOMU.
- **L'identification de personnes ressources susceptibles de mener des missions d'analyse, d'accompagnement et/ou de médiation.** Divers profils peuvent être recherchés, qu'il s'agisse de personnel médical ou non médical, mais tous doivent pouvoir se prévaloir d'une autorité morale au sein du GH et pourra se voir proposer une formation spécifique à ce type de mission. Parmi ces personnes volontaires, il conviendra d'identifier celles qui le seraient également pour des missions dans d'autres GH, et d'en informer la DOMU.
Il conviendra d'éviter les conflits d'intérêts des membres du comité de suivi et des personnes missionnées avec les parties en cause.

Ainsi que des actions de prévention (ii) :

- **Organiser des journées d'accueil des nouveaux séniors** : le contenu est libre dans chaque GH mais devra permettre aux intéressés de connaître le projet d'établissement, la gouvernance du GH, les interlocuteurs à la Direction des affaires médicales et à la médecine du travail.
- **Informier l'ensemble de la communauté médicale des prises de fonctions** des nouveaux PH.
- **Mettre en place dans chaque GH la commission de sélection des responsables de services, de départements et d'UF directement rattachées aux pôles**. Celle-ci est composée du PCMEL, du doyen, du DGH, du chef de pôle concerné, de personnalités qualifiées. Il conviendra d'éviter les conflits d'intérêts entre les membres de la commission et les candidats aux postes de responsables de services, de départements et d'UF directement rattachées aux pôles.
- Cette même commission est constituée pour les nominations après appel à candidatures.
- Chaque candidat présentera le projet médical et universitaire de service à l'équipe.
- Il convient également dans chaque GH de définir le contenu attendu du bilan de mandature que devront établir les candidats à leur propre succession à l'issue des 4 ans de mandat.

En 2017, les actions devront se poursuivre, en matière de prévention par :

- **L'organisation des entretiens annuels** pour l'ensemble des praticiens travaillant au moins à mi-temps. Ces entretiens doivent être systématiques : chaque senior avec le chef de service (ou avec le responsable d'UF), chaque chef de service avec le chef de pôle et chaque chef de pôle avec le DGH, le doyen et le PCMEL. Les entretiens feront l'objet d'un court compte-rendu signé des participants. Un suivi statistique des entretiens doit être réalisé et transmis pour information au comité de suivi des situations individuelles complexes et de prévention des RPS.
- **L'installation des conseils de service**, dans la forme prévue par le règlement intérieur de l'AP-HP qui aura alors été modifié.

Le Siègre est aussi partie prenante dans la concrétisation du dispositif d'analyse et de traitement prévu dans plan RHPM et doit dès l'année 2016 :

- Préciser les modalités de nomination des chefs de service, dans le cadre du règlement intérieur. A cette fin, dès l'adoption du nouveau règlement intérieur, la nouvelle procédure de nomination intégrant les préconisations du plan vous sera adressée.

- Elaborer une charte du management hospitalier coordonnée par la CME et la Domu avec l'appui d'un groupe de travail composé de membres de la DOMU, de directeurs des affaires médicales, de directeurs des ressources humaines et de membres de la CVH. Celle-ci comprendra notamment le guide de l'entretien annuel, qui sera mis à votre disposition en décembre 2016.
- Coordonner la formalisation des liens entre les services de santé au travail hospitaliers et universitaires et fournir à la médecine du travail hospitalière une liste de médecins susceptibles de prendre en charge des praticiens en dehors de leur GH voire de l'AP-HP.
- Créer un vivier de consultants et de praticiens volontaires pour mener des missions d'analyse, d'accompagnement de personnels ou de médiation.

S'agissant des actions de prévention, il sera instauré dès 2016 :

- **Une journée d'accueil des nouveaux PH.** Cette journée se déroulera en octobre 2016, en notre présence. Elle sera organisée par la DOMU, en lien avec le département du développement professionnel continu médical, et permettra une présentation du plan stratégique et du projet médical de l'AP-HP, de l'organisation de l'institution, de l'offre de formation et du statut de PH. Nous souhaitons que cette journée constitue un véritable temps d'échange avec les nouveaux PH de l'Institution, et constitue un temps fort de leur intégration.
- **Un parcours d'intégration pour les PH,** qui sera défini en lien avec la CVH, avec l'appui du groupe de travail précédemment évoqué. Ce parcours prévoira notamment un entretien avec le DAM du GH d'affectation 6 ou 9 mois après l'installation et devra être articulé avec l'évaluation de fin de période probatoire prévue par le statut.
- **La proposition d'une offre de formation au management** adaptée aux différentes étapes du parcours professionnel. Cette offre doit notamment s'adresser aux CCA qui s'orientent vers la carrière hospitalière, aux seniors mais également aux responsables de structures internes conformément à la réglementation. Elle viendra compléter l'EMAMH qui reste la formation de référence pour les futurs responsables de structures internes. L'objectif de cette offre globale de formation est tout à la fois de préparer les praticiens à leurs responsabilités managériales, de favoriser la détection des potentiels en management, mais également la prévention d'éventuelles difficultés.

Enfin, en 2017, le Siège mettra en place une journée d'accueil des nouveaux praticiens hospitalo-universitaires en lien avec les UFR, et développera des actions de prévention en lien avec le RESPADD (Réseau de prévention des addictions).

Nous vous remercions de votre implication sur ce sujet crucial pour faire évoluer la culture et les pratiques managériales des praticiens au service de notre Institution.

Le Directeur général de l'AP-HP



Martin HIRSCH

Le Président de la CME



Noël GARABEDIAN

PIECE JOINTE N° 10
CHU DE BORDEAUX : DETECTION ET
PREVENTION DES RPS

DISPOSITIFS	PREVENTION	DETECTION COLLECTIVE	DETECTION INDIVIDUELLE	ACTION CORRECTIVE
Projet social	X			X
Convergence médico-soignante	X	X		X
Sous commission CME	X			X
Dispositif pré-crise	X	X		X
Suivi des EI et EIG	X	X	X	X
Actes de malveillances et CSPB		X	X	X
Gestion des conflits médicaux				X
Gestion de crise				X
Régulations / APP		X	X	X
Suivis d'équipes	X	X	X	X
Diagnostics RPS	X	X	X	X



PIECE JOINTE N° 11
CODE NATIONAL DE DEONTOLOGIE DU
MEDIATEUR

CODE NATIONAL DE DÉONTOLOGIE DU MÉDIATEUR

Rédigé par le Rassemblement des
Organisations de la Médiation
(R.O.M.)
Présenté au Palais Bourbon le 5 février 2009

LE RASSEMBLEMENT DES ORGANISATIONS DE LA MÉDIATION (R.O.M.)

Contexte

La médiation a toujours existé sous des formes et dans des domaines très variés.

Elle représente dans la démocratie une autre voie utile et moderne de prévention et de gestion des conflits, et de résolution des différends. Elle conduit les personnes en présence à prendre conscience de leur capacité à trouver par elles-mêmes une issue au conflit qui les oppose, à restaurer un dialogue, à construire ensemble un projet.

En France, elle émerge à partir des années 1980 avec le développement des modes non juridictionnels de règlement des conflits (appelés M.A.R.C¹) en marge des procédures judiciaires, mais aussi en les accompagnant.

La médiation prend ainsi une importance qui en fait l'un des leviers des changements sociaux.

L'Europe aussi a compris l'importance de la médiation et le parlement européen a adopté, le 21 Mai 2008, une directive portant sur certains aspects de la médiation en matière civile et commerciale.

Cette directive a pour but d'inciter à recourir à la médiation, notamment dans les litiges transfrontaliers.

Le développement de la médiation est d'abord apparu dans la société civile.

Aujourd'hui, l'entreprise, les relations commerciales, la famille, le social, la consommation... sont autant de domaines où un médiateur est de plus en plus sollicité.

- 1 M.A.R.C (Mode Alternatif de Règlement des Conflits)

2008 : la médiation se structure

Trois événements ont marqué le monde de la médiation en 2008.

La **commission GUINCHARD**, mise en place par le Garde des Sceaux, a travaillé sur la déjudiciarisation des litiges.

La **commission MAGENDIE** a réfléchi, durant le premier semestre, sur l'état des lieux de la médiation judiciaire et la mise en place d'un dispositif la favorisant au sein de la Cour d'appel de Paris.

La **directive européenne 2008/52** du 21 mai 2008 a ouvert des perspectives avec, notamment, une harmonisation des différentes réglementations des pays membres.

Bruxelles encourage le recours à la médiation et le développement de celle-ci est aujourd'hui incontournable.

Les principales organisations représentatives de la médiation en France ont souhaité se rassembler pour travailler ensemble. Si les différences culturelles, de méthodologies et de domaines d'intervention sont indéniables, toutes ces organisations, cependant, se retrouvent sur les principes et les valeurs de la médiation.

Le chantier ouvert par le R.O.M. autour de l'élaboration du Code de déontologie est le reflet de cette identité commune.

Et après...

Le développement de la médiation va entraîner des exigences qualitatives à l'égard des médiateurs : quelle formation ? quelles compétences ? quel encadrement ?

Plus globalement, quelles garanties les médiateurs seront-ils capables d'apporter aux personnes qui font appel à eux et aux prescripteurs de médiations ?

Ces questions vont conduire, immanquablement, à l'encadrement de la fonction de médiateur, ce qui ne peut se faire sans les médiateurs eux-mêmes.

CODE NATIONAL DE DÉONTOLOGIE DU MÉDIATEUR

Les signataires de ce code se placent dans la mouvance européenne, au sens de la Directive 2008/52 du 21 mai 2008.

Ils considèrent que le « Code de conduite européen pour les médiateurs » de 2004, référencé en annexe du présent code, est perfectible parce que n'incluant pas les avancées actuelles de la pratique de la médiation.

En conséquence, le présent Code constitue le socle de référence éthique de la pratique de la médiation en France et la contribution des signataires à l'amélioration du Code de conduite européen pour les médiateurs.

Le présent Code s'applique sans préjudice des dispositions spécifiques régissant le domaine d'exercice de chaque médiateur.

Préambule

Définition de la médiation

La médiation, qu'elle soit judiciaire ou conventionnelle, est un processus structuré reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants qui, volontairement, avec l'aide d'un tiers neutre, impartial, indépendant et sans pouvoir décisionnel ou consultatif, favorise par des entretiens confidentiels, l'établissement et/ou le rétablissement des liens, la prévention, le règlement des conflits.

Les organisations et les personnes physiques, signataires du présent Code de Déontologie, affirment leur attachement aux Droits Humains et aux valeurs que sont : la liberté, l'indépendance, la neutralité, l'impartialité, la confidentialité, la responsabilité.

L'éthique s'entend comme la réflexion du médiateur sur sa pratique et ses actes par rapport à ces valeurs.

La déontologie fixe l'ensemble des règles et obligations dans les relations entre les professionnels, entre les professionnels et les personnes sollicitant leurs services et entre les professionnels et les institutions.

Le recours à la médiation peut intervenir dans le cadre :

- conventionnel, à la demande d'une ou plusieurs personnes concernées, agissant individuellement ou conjointement,
- d'une procédure judiciaire, à la demande du magistrat, des avocats ou des personnes concernées.

La médiation est confiée à une personne physique : le médiateur.

Outre le préambule ci-dessus, le présent Code se compose de trois parties :

- les règles garantant de la qualité de médiateur,
- les règles garantant du processus et des modalités de la médiation,
- les responsabilités du médiateur et les sanctions éventuellement encourues.

LES RÈGLES GARANTANT DE LA QUALITÉ DE MÉDIATEUR

Le Médiateur agit dans le cadre de la loi et le respect des personnes. Il doit maintenir sa position de tiers et vérifier, en permanence, que les conditions éthiques et déontologiques sont respectées tout au long de la médiation.

La formation

- Le médiateur doit avoir suivi, et posséder, la qualification spécifique à la médiation, en fonction notamment des normes ou critères d'accréditation en vigueur dans chaque organisation.
- Le médiateur, outre la participation à des séances d'analyse de la pratique, actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques par une formation continue (symposiums, colloques, ateliers professionnels, etc...).

La posture de médiateur

Le médiateur est un tiers. Il doit respecter les exigences suivantes :

► L'indépendance

Le médiateur doit être détaché de toute pression intérieure et/ou extérieure à la médiation, même lorsqu'il se trouve dans une relation de subordination et/ou institutionnelle.

Le médiateur s'engage notamment à refuser, suspendre ou interrompre la médiation chaque fois que les conditions de cette indépendance ne sont pas réunies.

► La neutralité

Le médiateur accompagne les personnes dans leur projet, sans faire prévaloir le sien.

Pour ce faire, le médiateur s'engage, impérativement, à un travail sur lui-même et sa pratique. Il s'engage à participer de manière régulière à des séances collectives d'analyse de la pratique. Il est recommandé d'y associer une supervision.

► L'impartialité

Le médiateur s'oblige à ne pas prendre parti ni privilégier l'une ou l'autre des personnes en médiation. Il s'interdit d'accepter une médiation avec des personnes avec lesquelles il a des liens d'ordre privé, professionnel, économique, de conseil ou autre.

Le médiateur s'interdit d'avoir un intérêt financier direct ou indirect dans l'issue de la médiation. Il doit refuser la mission si l'un des membres de son équipe a agi, et/ou agit, en qualité autre pour l'une des personnes concernées par la médiation.

► La loyauté

Le médiateur s'interdit par éthique de remplir des fonctions de représentant ou de conseil de l'un et/ou l'autre des participants au processus de médiation. Il ne peut davantage être arbitre.

Le médiateur devra orienter ou réorienter les personnes si la demande n'est pas ou plus du champ de la médiation.

LES REGLES GARANTES DU PROCESSUS ET DES MODALITES DE LA MEDIATION

Règles garanties du processus de la médiation

► Le consentement

Le médiateur doit veiller à ce que le consentement des personnes soit libre et éclairé. Il refusera toute mission où le consentement peut être altéré. Il s'oblige à donner des informations claires et complètes sur les valeurs et principes de la médiation ainsi que sur les modalités pratiques de celle-ci. Il doit vérifier que les informations données ont bien été comprises.

Le médiateur doit rappeler que la médiation peut être interrompue à tout moment sans justification par les participants, ou par lui-même s'il considère que les conditions de la médiation ne sont plus réunies.

► La confidentialité

Le médiateur ne divulgue ni ne transmet à quiconque le contenu des entretiens ni aucune information recueillie dans le cadre de la médiation, sauf s'il en a l'obligation légale ou s'il y a non-respect d'une règle d'ordre public.

Le médiateur ne peut notamment pas faire état des éléments dont il a eu connaissance lors de son intervention et ne doit fournir aucun rapport à ce sujet.

En cas de médiation judiciaire, il peut, tout au plus, indiquer au juge s'il y a eu accord ou non.

Règles garanties des modalités de la médiation

► L'information

Le médiateur délivre aux personnes, préalablement à l'engagement de médiation, une information présentant la médiation et ses modalités d'une façon complète, claire et précise.

Il informe notamment les participants de l'existence du présent Code de déontologie, auquel il se réfère.

► Le consentement

Comme il a été dit plus haut, le médiateur doit obligatoirement recueillir le consentement, libre et éclairé, des personnes, préalablement à leur entrée en médiation.

Une convention de médiation constatera ce consentement.

► La convention de médiation

La convention de médiation est écrite.

Cette convention comprendra notamment les éléments qui participent à l'organisation de la médiation :

- déroulement du processus,
- durée des rencontres,
- lieu de la médiation,
- coût de la médiation,
- liberté de prendre conseil auprès d'autres professionnels,
- comportement en médiation (respect, non-violence, etc.).

Elle comportera obligatoirement l'engagement des participants sur la confidentialité des informations dévoilées en médiation : celles-ci ne pourront en particulier être utilisées dans une procédure en cours ou à venir.

Par cette convention, les parties prennent acte de l'engagement du médiateur de respecter le présent Code.

► Le déroulement de la médiation

La médiation se déroule dans un lieu neutre.

► La fin de la médiation

La médiation peut se terminer par un accord écrit (protocole), ou non écrit, entre les personnes.

Un protocole est la transcription des points d'accord que les personnes ont décidé de faire apparaître. Les documents écrits sont signés par les seules personnes concernées.

Les accords écrits sont la propriété des personnes concernées. Elles ont la possibilité de les faire homologuer par un juge.

LES RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Le médiateur a, en plus des responsabilités déjà citées dans ce texte, les responsabilités suivantes :

► Responsabilités du médiateur

- Il n'a pas d'obligation de résultat.
- Il est le garant du déroulement apaisé du processus de médiation.
- Il informe les personnes de ce que, tout au long du processus de médiation, elles ont la possibilité de prendre conseil auprès des professionnels qu'elles souhaitent. S'il a un doute sur la faisabilité et/ou l'équité d'un accord, connaissance d'un risque d'une atteinte à l'ordre public... il invite expressément les personnes à prendre conseil auprès du professionnel compétent avant tout engagement.
- Il doit s'efforcer d'aider la ou les personnes dont il aurait reçu des informations au cours d'entretiens individuels à les exprimer, si elle(s) l'estime(nt) indispensable à la progression du processus.
- Il ne doit pas avoir fait l'objet d'une condamnation, d'une incapacité ou d'une déchéance encore mentionnée sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire.

► Sanctions

Le médiateur signataire du présent code s'engage à le respecter. En cas de manquement, le médiateur s'expose à être exclu de la liste des médiateurs du centre ou de l'association dont il est membre.



CMAP

Résolvez sereinement vos conflits
avec le Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris



Association des Médiateurs Européens
créée à l'initiative de barreau de Paris



PIECE JOINTE N° 12
CNU SANTE ET CNU DISCIPLINES
PHARMACEUTIQUES : GRILLES D'EVALUATION

CNU Santé - Grille d'évaluation

Principes généraux

La grille d'évaluation des personnels par les sous-sections et sections du CNU Santé prend en compte l'ensemble des missions des PU-PH et MCU-PH; elle s'applique à toutes les étapes de la carrière hospitalo-universitaire: nominations, promotions aux différentes classes.

L'unité d'évaluation est la sous-section qui fixe les modalités d'utilisation de la grille d'évaluation, la responsabilité de l'évaluation appartient au CNU.

Les règles suivantes sont précisées:

- tous les membres du CNU reçoivent tous les dossiers des candidats
- les MCU-PH n'ont pas compétence pour l'évaluation des PU-PH
- chaque dossier est évalué par 2 rapporteurs, désignés par le Président du CNU selon des critères géographiques et de compétence
- lorsqu'un dossier est évalué 2 années de suite, un rapporteur peut être identique à l'année précédente mais le second doit être nouveau et différent
- le rapport établi par chaque rapporteur est littéral et reprend tous les éléments de la grille; il est daté et signé
- afin de respecter la déontologie et de prévenir tous conflits d'intérêts, il est recommandé que candidat et rapporteurs n'aient pas de travail en commun, ni de co-directions de Thèses ou HDR, ni de participations concurrentes directes, ni de communauté d'intérêts
- lorsqu'un membre du CNU est concerné par sa propre évaluation, il ne participe pas à la discussion ni à la délibération le concernant; les mêmes règles s'appliquent s'il s'agit d'un élève direct de son équipe ou d'un membre de son équipe; dans ces situations, le jury délibère candidat par candidat
- les résultats globaux de l'évaluation sont communiqués à tous les membres de la sous-section; les résultats de l'évaluation du candidat sont communiqués à l'autorité de tutelle universitaire du candidat et au candidat sur sa demande
- toutes ces règles et la grille d'évaluation sont diffusées à tous les membres de la sous-section

CNU Santé - Grille d'évaluation

1 - Activités de Recherche

- Publications dans des revues indexées

Score SIGAPS personnel (*des 10 dernières années pour les PU-PU et des 5 dernières années pour les MCU-PH, joindre la copie du tableau*)

Score SIGAPS de l'équipe (*des 10 dernières années, joindre la copie du tableau*)

- Implication dans des PHRC/STIC/contrats de Recherche/essais cliniques/gestion de cohortes (*uniquement en tant que investigateur principal*)

PHRC nationaux

PHRC régionaux

STIC

Essais cliniques multicentriques / cohortes

- Subventions obtenues pour des projets de recherche

- Appartenance à une structure de Recherche Labellisée

INSERM / CNRS

autres

- Direction/animation d'une équipe de recherche

- Encadrement de Masters et de doctorants (*préciser le nombre, le pourcentage de l'encadrement et l'année*)

- Valorisation de la Recherche: brevets, logiciels, financements publics/privés, transferts vers l'industrie, partenaires industriels, expertise, prix

- Rayonnement:

conférences comme invité

internationales

nationales

responsabilités éditoriales

jurys de Thèses/HDR

organisation de congrès/journées d'étude

- Appartenance à des Comités de lecture/Comité de rédaction (*préciser les revues et les fonctions exercées*)

revues internationales

revues nationales

2 - Activités d'Enseignement

1- Formation à la pédagogie

- Formation personnelle à la pédagogie :
diplôme de type DU, DIU,
lors de congrès (participation à des ateliers ou à des modules de formation)
mobilité à objectifs pédagogiques (préciser, date, lieu, durée)
- Contribution à la formation pédagogique des enseignants :
par des communications orales ou affichées lors de congrès pédagogiques,
par le développement de dossiers types : APP, ECOS, LCA, TCS
- Formation personnelle: DU, congrès, participation à des ateliers, mobilité à objectifs
pédagogiques
- Contribution à la formation pédagogique des enseignants: communications orales
lors de congrès pédagogiques, APP, ECOS, LCA, TCS

2- Enseignement

Ces activités concernent la formation initiale et le DPC.

- Enseignement théorique local (Facultés, Ecoles)
nombre d'enseignants dans la discipline (HU+H chargés d'enseignement+U)
nombre d'heures (*sur les 5 dernières années, à insérer dans le tableau*)

	n-5	n-4	n-3	n-2	n-1
de la discipline du candidat dont en PACES					

- Enseignement théorique interrégional/national
nombre d'heures: DES, DESC, Master, jury d'examens

- Enseignement pratique:
certification des compétences des étudiants
participation ECOS, simulation, ateliers pratiques
stages cliniques hospitaliers: référent de stage

encadrement de travaux pédagogiques:
mémoires, Thèses, Doctorants

-Evaluations

une évaluation des enseignants par les étudiants est-elle disponible?

oui non
si oui (*joindre ces éléments*)

d'autres évaluations des enseignements théoriques et pratiques (coordonnateur,
Collège Universitaire, responsable de discipline) sont-elles disponibles?

oui non
si oui (*joindre ces éléments*)

3- Innovation et recherche pédagogiques

- Création de supports pédagogiques :
livres, chapitres de livres,
monographies,
documents multimédia ou par e-learning,
simulateur ou développement d'enseignement par simulation
publications de pédagogie
- Obtention de financements au titre de la pédagogie: bourses, subventions, contrats

4- Responsabilités administratives d'enseignement

Facultés, Ecoles certifiées par le Doyen ou l'autorité compétente

Préciser le niveau local, inter régional, national, international

- Type de responsabilité
coordonnateur de DES/DESC
responsable de l'organisation de DU/DIU/Master
responsable ou appartenance à une commission pédagogique
autre responsabilité académique
- Pour chaque type de responsabilité, préciser :
la structure (Faculté, Ecole)
le niveau (local, régional, national, international)
le ou les année(s) concernée(s)
le module ou le cycle concerné

3 - Activités de diagnostic et de soins

- Activités cliniques ou médico-techniques

indicateurs d'activité personnelle (*source SIH, PMSI*)

nombre de consultations (/an)

nombre de visites (/an)

nombre d'actes (/an)

nombre de gardes/astreintes (/an)

description qualitative et quantitative de l'activité

des 3 dernières années

n-3	n-2	n-1

indicateurs d'activité du service

nombre de consultations/actes/séjours...

nombre de praticiens seniors

HU

H (*préciser en ETP*)

- Activités de référence

thématiques de compétence

activités de recours (*préciser les pathologies*)

appartenance à un réseau régional/centre de référence/centre maladies rares

labellisations

- Activités nouvelles et innovantes (*en clair*)

- Notoriété

visibilité de l'activité et reconnaissance:

locale/nationale/internationale

attractivité (*accueil internes hors-CHU/médaille d'or de l'internat, mobilité, stagiaires étrangers...*)

capacité à former les juniors

- Contribution à la reconnaissance et à la pérennité de la discipline au niveau local/national (*gestion d'une équipe, nomination /promotion d'élèves, succession*)

- Gestion médico-économique et management

formation à la gestion

responsabilités (*unité de soins, unité fonctionnelle, service, pôle*)

4 - Responsabilités collectives

Les fonctions non citées seront évaluées par assimilation

- Au sein de l'Université

Doyen-Président CNU

Président Collège-Fédération

Vice-Doyen

Membre Conseil Faculté-CNU

- Au sein de l'Hôpital

Président CME-commission nationale

Président commission CME

Membre CME

Responsabilités régionales (réseaux)

- Au sein des Sociétés savantes

Président - Secrétaire

Membre CA - Président commission

- Au sein des agences sanitaires

Expert HAS, INCa

5 - Collaborations internationales

- Soins

- Enseignement

- Recherche

<p style="text-align:center">MODALITES DE RECRUTEMENT ET D'AVANCEMENT DU CNU-HU DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES 80^{ème} section "SCIENCES PHYSICO-CHIMIQUES ET INGENIERIE APPLIQUEE A LA SANTE"</p>

I – Les critères pour les candidats au Concours de Recrutement

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques doit avoir la volonté clairement affichée de recruter des candidats de qualité sur les plans Recherche, Enseignement et Activités Hospitalières.

L'engagement indiscutable dans la discipline doit être la règle (projets Recherche, Pédagogie et Hospitalier).

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques s'est donné pour objectif d'accompagner et de conseiller, avant les nominations des PU-PH ou MCU-PH, les différentes instances locales, dans l'élaboration des profils à la fois sur le plan hospitalier, pédagogique et recherche.

1 – Pour les candidats PU – PH :

- **Activité de Recherche** : Le postulant doit démontrer sa capacité d'intégration, d'animation, de participation dans une équipe de Recherche labellisée au sein de l'Université dans laquelle il sera nommé, à la fois sur les activités de publications passées ou en cours, et sur ses projets.

Un niveau de publications minimum requis c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier, deuxième, avant dernier ou dernier auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé. La Liste de Travaux permettra d'analyser l'intégration du candidat au sein d'une équipe de recherche, et de juger de sa capacité d'animer une équipe de recherche (direction de thèses d'université, attribution de contrats de recherche, dépôt de brevets...)

L'originalité des travaux, leur pertinence, la dynamique personnelle et l'investissement (participations et/ou conférences sur invitation aux Congrès Nationaux et Internationaux) ainsi que l'obtention de la Prime d'Excellence Scientifique (P.E.S.), seront à prendre en compte.

- **Activités hospitalières** :

A l'appui de l'organigramme du Service, détaillant le nombre de PU-PH, de MCU-PH, de PH, d'AHU et d'internes, la nature et le volume d'activité global du postulant, y-compris l'encadrement de mémoires de DES, seront pris en considération.

- **Activités pédagogiques** :

Les activités seront appréciées en détaillant le volume horaire (cours, TD, TP), la responsabilité d'enseignements (filière, UE, Master, DU, etc...), la

participation à des actions de formation continue, la création d'articles, d'ouvrages didactiques ou autres conception et développement de pratiques pédagogiques innovantes, le pilotage de projets pédagogiques...

- ***Responsabilités collectives :***

La participation des candidats à des activités administratives au sein de la Faculté ou de l'Université (Conseil de Faculté ou d'Université, Conseil Scientifique, CEVU...) ou dans le CHU (CME...) sera précisée. Il en est de même de leur implication au sein d'instances nationales.

- ***Mobilité :***

Le but de la mobilité est l'ouverture du candidat à des horizons nouveaux qui diffèrent de ces structures habituelles et lui permettent d'acquérir savoir faire et connaissances nouvelles qui seront autant d'atouts pour les activités futures et le renom de la discipline et de son Université. Les publications effectuées au cours de cette période seront à identifier. Si idéalement elle sera d'une année à l'étranger dans une structure hospitalière ou d'enseignement ou de recherche, cette mobilité peut être fractionnée par périodes minimales de trois mois et se faire en France.

La validité de la mobilité sera évaluée par le Bureau de la section compétente.

2 – Pour les candidats MCU-PH :

Un niveau de publication minimum requis, c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier auteur dans des revues internationales sera exigé.

Les critères concernant l'activité hospitalière, l'Enseignement et la Recherche sont qualitativement les mêmes que pour les PU-PH.

Note : Le respect des critères ne préjuge en rien des décisions qui seront prises par le jury après audition des candidats.

II – Concours pour le titre hospitalo-universitaire (Recrutement)

1- Modalités du concours :

Les rapporteurs sont désignés par le Président de la section : 2 PU-PH pour les candidats à un emploi de PU-PH ; 1 PU-PH et 1 MCU-PH pour les candidats à un emploi de MCU-PH.

Les candidats adressent aux rapporteurs et à tous les membres de la section, les épreuves de titres et travaux et se mettent à la disposition des rapporteurs pour tout complément d'information nécessaire pour évaluer leurs activités pédagogiques, hospitalières et de recherche.

2 - Organisation du concours (décret n° 2008-308 du 2 avril 2006) : pour tous les candidats

- ① - examen des rapports écrits des rapporteurs et audition des rapporteurs.
- ② - présentation orale des titres et travaux et projets professionnels (enseignement, recherche et hospitalier) par le candidat, d'une durée de 15 minutes, suivie d'une discussion de 15 minutes.
- ③ - exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat, dont le thème est fixé par le jury, en rapport avec ses travaux personnels.

Concours PU-PH : Le candidat propose 6 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le jury retiendra 3 de ces sujets et le candidat en tirera un au sort. Il disposera de deux heures de préparation suivi d'un exposé oral qui durera 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Concours MCU-PH : Le candidat propose 3 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le candidat tirera un de ces sujets au sort. Il disposera de 2 heures de préparation, suivi d'un exposé de 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'exposé oral peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

- ④ - épreuve pédagogique pratique, portant sur l'analyse et commentaires d'articles du candidat, avec une orientation hospitalière si possible, d'une durée de 20 minutes.

Concours PU-PH : le candidat propose 6 publications. Le jour de la présentation, le jury retiendra 3 de ces publications et le candidat en tirera une au sort. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Concours MCU-PH : le candidat propose 3 publications. Le jour de la présentation, il tirera au sort une de ces publications. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'épreuve pédagogique pratique, sous forme d'exposé oral, peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

3 – La présentation du dossier de titres et travaux :

Les candidats s'efforceront de suivre le plan suivant pour présenter leurs titres et travaux.

- a- Un résumé de 2 à 3 pages avec les titres universitaires, les titres hospitaliers, les activités universitaires, hospitalières, de recherche et les 5 publications les plus importantes.
- b- Un curriculum vitae comprenant :
 - L'état civil...
 - Les titres universitaires et les fonctions universitaires
 - Les titres hospitaliers et les fonctions hospitalières
 - Appartenance à une formation labellisée et obtention de la P.E.S.
 - Action de valorisation (brevets, contrats industriels, création de start up...)
 - Les activités d'intérêt collectif
 - Les obligations en matière de mobilité
- c- Un exposé des travaux de recherche en quelques pages, accompagné d'une fiche d'évaluation bibliométrique, (outils possibles : SIGAPS, ISI web of Knowledge) comprenant en particulier le nombre de publications indexées, le nombre total de citations, l'indice h, etc...(maximum 4 pages).
- d- Les perspectives et projets du candidat en quelques pages concernant les activités pédagogiques, de recherche et hospitalières (maximum 3 pages).
- e- Une liste des publications doit être présentée en respectant la classification en cinq parties :
 - e 1 - Publications originales scientifiques (Le candidat identifiera les publications qu'il souhaite sélectionner pour l'épreuve pédagogique pratique – 6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH)
 - e 2 - Brevets
 - e 3 - Revues et chapitres d'ouvrages
 - e 4 - Conférences sur invitation.
 - e 5 - Communications (orales ou affichées)
 - e 6 - Contrats de recherche (PHRC, ANR, Programmes européens, ...)
- f- Une liste des masters recherche et thèses encadrés avec l'insertion professionnelle des doctorants.
- g- Liste des sujets de leçon proposés par le candidat, pour l'exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat (6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH).

4 - Le suivi des nouveaux nommés :

Le CNU se préoccupera de connaître le devenir de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés dans les mois qui suivent la nomination administrative.

II – Les avancements de classe

Les avancements de classe font partie des responsabilités du CNU.

Le corps des PU-PH comprend 3 classes (2^{ème}, 1^{ère} et exceptionnelle CE1 et CE2), le corps des MCU-PH aussi (2^{ème}, 1^{ère} et hors classe). Chaque classe est divisée en échelons.

Le passage d'un échelon à l'autre est automatique et se fait à l'ancienneté. Le changement de classe est contingenté et nécessite un avis du CNU.

Compte tenu du nombre limité de postes accordés chaque année relativement au nombre d'enseignants dans la discipline, des critères consensuels seront à définir.

Les critères suivants seront privilégiés :

- analyse de la Liste de Titres et Travaux : qualité scientifique des publications, valorisation de la Recherche (contrats), appartenance à une structure labellisée...
- nombre de Thèses et masters encadrés ou co-encadrés,
- notoriété nationale et internationale (invitations pour conférences, expertises, et autres activités d'Enseignement),
- conférences sur invitation et organisation de congrès,
- investissement dans les structures locales (Universités, CME, Direction de Recherche), membre de Commissions Locales et Nationales (AFSSAPS, HAS, ARS, CNU), services rendus à la discipline,
- contribution à l'aura de la discipline.

Chaque dossier sera évalué dans les quatre domaines d'activités : pédagogie, recherche, activités hospitalières et activités d'intérêt général.

**MODALITES DE RECRUTEMENT ET D'AVANCEMENT
DU CNU-HU
DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES
81^{ème} section
"SCIENCES DU MEDICAMENT ET DES AUTRES PRODUITS DE
SANTÉ"**

I – Les critères pour les candidats au Concours de Recrutement

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques doit avoir la volonté clairement affichée de recruter des candidats de qualité sur les plans Recherche, Enseignement et Activités Hospitalières.

L'engagement indiscutable dans la discipline doit être la règle (projets Recherche, Pédagogie et Hospitalier).

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques s'est donné pour objectif d'accompagner et de conseiller, avant les nominations des PU-PH ou MCU-PH, les différentes instances locales, dans l'élaboration des profils à la fois sur le plan hospitalier, pédagogique et recherche.

1 – Pour les candidats PU – PH :

- **Activité de Recherche** : Le postulant doit démontrer sa capacité d'intégration, d'animation, de participation dans une équipe de Recherche labellisée au sein de l'Université dans laquelle il sera nommé, à la fois sur les activités de publications passées ou en cours, et sur ses projets.

Un niveau de publications minimum requis c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier, deuxième, avant dernier ou dernier auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé. La Liste de Travaux permettra d'analyser l'intégration du candidat au sein d'une équipe de recherche, et de juger de sa capacité d'animer une équipe de recherche (direction de thèses d'université, attribution de contrats de recherche, dépôt de brevets...)

L'originalité des travaux, leur pertinence, la dynamique personnelle et l'investissement (participations et/ou conférences sur invitation aux Congrès Nationaux et Internationaux) ainsi que l'obtention de la Prime d'Excellence Scientifique (P.E.S.), seront à prendre en compte.

- **Activités hospitalières** :

A l'appui de l'organigramme du Service, détaillant le nombre de PU-PH, de MCU-PH, de PH, d'AHU et d'internes, la nature et le volume d'activité global du postulant, y-compris l'encadrement de mémoires de DES, seront pris en considération.

- **Activités pédagogiques** :

Les activités seront appréciées en détaillant le volume horaire (cours, TD, TP), la responsabilité d'enseignements (filière, UE, Master, DU, etc...), la

participation à des actions de formation continue, la création d'articles, d'ouvrages didactiques ou autres conception et développement de pratiques pédagogiques innovantes, le pilotage de projets pédagogiques...

- ***Responsabilités collectives :***

La participation des candidats à des activités administratives au sein de la Faculté ou de l'Université (Conseil de Faculté ou d'Université, Conseil Scientifique, CEVU...) ou dans le CHU (CME...) sera précisée. Il en est de même de leur implication au sein d'instances nationales.

- ***Mobilité :***

Le but de la mobilité est l'ouverture du candidat à des horizons nouveaux qui diffèrent de ces structures habituelles et lui permettent d'acquérir savoir faire et connaissances nouvelles qui seront autant d'atouts pour les activités futures et le renom de la discipline et de son Université. Les publications effectuées au cours de cette période seront à identifier. Si idéalement elle sera d'une année à l'étranger dans une structure hospitalière ou d'enseignement ou de recherche, cette mobilité peut être fractionnée par périodes minimales de trois mois et se faire en France.

La validité de la mobilité sera évaluée par le Bureau de la section compétente.

2 – Pour les candidats MCU-PH :

Un niveau de publication minimum requis, c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier auteur dans des revues internationales sera exigé.

Les critères concernant l'activité hospitalière, l'Enseignement et la Recherche sont qualitativement les mêmes que pour les PU-PH.

Note : Le respect des critères ne préjuge en rien des décisions qui seront prises par le jury après audition des candidats.

II – Concours pour le titre hospitalo-universitaire (Recrutement)

1- Modalités du concours :

Les rapporteurs sont désignés par le Président de la section : 2 PU-PH pour les candidats à un emploi de PU-PH ; 1 PU-PH et 1 MCU-PH pour les candidats à un emploi de MCU-PH.

Les candidats adressent aux rapporteurs et à tous les membres de la section, les épreuves de titres et travaux et se mettent à la disposition des rapporteurs pour tout complément d'information nécessaire pour évaluer leurs activités pédagogiques, hospitalières et de recherche.

2 - Organisation du concours (décret n° 2008-308 du 2 avril 2006) : pour tous les candidats

① - examen des rapports écrits des rapporteurs et audition des rapporteurs.

② - présentation orale des titres et travaux et projets professionnels (enseignement, recherche et hospitalier) par le candidat, d'une durée de 15 minutes, suivie d'une discussion de 15 minutes.

③ - exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat, dont le thème est fixé par le jury, en rapport avec ses travaux personnels.

Concours PU-PH : Le candidat propose 6 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le jury retiendra 3 de ces sujets et le candidat en tirera un au sort. Il disposera de deux heures de préparation suivi d'un exposé oral qui durera 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Concours MCU-PH : Le candidat propose 3 sujets de leçon en rapport avec ses travaux et s'inscrivant dans la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Ces sujets sont validés par les rapporteurs et le Président de la section. Le jour de l'audition, le candidat tirera un de ces sujets au sort. Il disposera de 2 heures de préparation, suivi d'un exposé de 30 minutes. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'exposé oral peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

④ - épreuve pédagogique pratique, portant sur l'analyse et commentaires d'articles du candidat, avec une orientation hospitalière si possible, d'une durée de 20 minutes.

Concours PU-PH : le candidat propose 6 publications. Le jour de la présentation, le jury retiendra 3 de ces publications et le candidat en tirera une au sort. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Concours MCU-PH : le candidat propose 3 publications. Le jour de la présentation, il tirera au sort une de ces publications. Il disposera de deux heures de préparation, suivies d'un exposé oral de 10 minutes et de 10 minutes de discussion.

Les candidats sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur. L'épreuve pédagogique pratique, sous forme d'exposé oral, peut s'accompagner de projections sur vidéo-projecteur.

3 – La présentation du dossier de titres et travaux :

Les candidats s'efforceront de suivre le plan suivant pour présenter leurs titres et travaux.

- a- Un résumé de 2 à 3 pages avec les titres universitaires, les titres hospitaliers, les activités universitaires, hospitalières, de recherche et les 5 publications les plus importantes.
- b- Un curriculum vitae comprenant :
 - L'état civil...
 - Les titres universitaires et les fonctions universitaires
 - Les titres hospitaliers et les fonctions hospitalières
 - Appartenance à une formation labellisée et obtention de la P.E.S.
 - Action de valorisation (brevets, contrats industriels, création de start up...)
 - Les activités d'intérêt collectif
 - Les obligations en matière de mobilité
- c- Un exposé des travaux de recherche en quelques pages, accompagné d'une fiche d'évaluation bibliométrique, (outils possibles : SIGAPS, ISI web of Knowledge) comprenant en particulier le nombre de publications indexées, le nombre total de citations, l'indice h, etc...(maximum 4 pages).
- d- Les perspectives et projets du candidat en quelques pages concernant les activités pédagogiques, de recherche et hospitalières (maximum 3 pages).
- e- Une liste des publications doit être présentée en respectant la classification en cinq parties :
 - e 1 - Publications originales scientifiques (Le candidat identifiera les publications qu'il souhaite sélectionner pour l'épreuve pédagogique pratique – 6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH)
 - e 2 - Brevets
 - e 3 - Revues et chapitres d'ouvrages
 - e 4 - Conférences sur invitation.
 - e 5 - Communications (orales ou affichées)
 - e 6 - Contrats de recherche (PHRC, ANR, Programmes européens, ...)
- f- Une liste des masters recherche et thèses encadrés avec l'insertion professionnelle des doctorants.
- g- Liste des sujets de leçon proposés par le candidat, pour l'exposé oral destiné à évaluer les aptitudes didactiques du candidat (6 pour les candidats au concours PU-PH, 3 pour les candidats au concours MCU-PH).

4 - Le suivi des nouveaux nommés :

Le CNU se préoccupera de connaître le devenir de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés dans les mois qui suivent la nomination administrative.

II – Les avancements de classe

Les avancements de classe font partie des responsabilités du CNU.

Le corps des PU-PH comprend 3 classes (2^{ème}, 1^{ère} et exceptionnelle CE1 et CE2), le corps des MCU-PH aussi (2^{ème}, 1^{ère} et hors classe). Chaque classe est divisée en échelons.

Le passage d'un échelon à l'autre est automatique et se fait à l'ancienneté. Le changement de classe est contingenté et nécessite un avis du CNU.

Compte tenu du nombre limité de postes accordés chaque année relativement au nombre d'enseignants dans la discipline, des critères consensuels seront à définir.

Les critères suivants seront privilégiés :

- analyse de la Liste de Titres et Travaux : qualité scientifique des publications, valorisation de la Recherche (contrats), appartenance à une structure labellisée...
- nombre de Thèses et masters encadrés ou co-encadrés,
- notoriété nationale et internationale (invitations pour conférences, expertises, et autres activités d'Enseignement),
- conférences sur invitation et organisation de congrès,
- investissement dans les structures locales (Universités, CME, Direction de Recherche), membre de Commissions Locales et Nationales (AFSSAPS, HAS, ARS, CNU), services rendus à la discipline,
- contribution à l'aura de la discipline.

Chaque dossier sera évalué dans les quatre domaines d'activités : pédagogie, recherche, activités hospitalières et activités d'intérêt général.

**MODALITES DE RECRUTEMENT ET D'AVANCEMENT
DU CNU-HU
DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES
82^{ème} section
"SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES "**

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques a la volonté, clairement affichée, de recruter des candidats de qualité sur les plans Recherche, Enseignement et Activités Hospitalières. L'engagement indiscutable dans la discipline sera la règle (Projet de Recherche, Projet Pédagogie et Projet Hospitalier).

Le CNU-HU des disciplines pharmaceutiques s'est donné pour objectif d'accompagner et de conseiller, avant les nominations des PU-PH ou MCU-PH, les différentes instances locales, dans l'élaboration des profils à la fois sur les plans hospitaliers, pédagogiques et de recherche.

De même, le CNU-HU entend s'assurer du devenir et de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés à la suite des concours de recrutement.

I – Les critères pour les candidats au Concours de Recrutement

1 – Pour les candidats PU – PH :

- **Activité de Recherche** : Le postulant doit démontrer sa capacité d'intégration, d'animation, de participation dans une équipe de Recherche labellisée au sein de l'Université dans laquelle il sera nommé, à la fois sur les activités de publications passées ou en cours, et sur ses projets.

Un niveau de publications minimum requis c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier, deuxième, avant-dernier ou dernier auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé. La Liste de Travaux permettra d'analyser l'intégration du candidat au sein d'une équipe de recherche, et de juger de sa capacité d'animer une équipe de recherche (direction de thèses d'université, attribution de contrats de recherche, dépôt de brevets...)

L'originalité des travaux, leur pertinence, la dynamique personnelle et l'investissement (participations et/ou conférences sur invitation aux Congrès Nationaux et Internationaux) ainsi que l'obtention de la Prime d'Excellence Scientifique (P.E.S.), seront à prendre en compte.

- **Activités hospitalières** :

A l'appui de l'organigramme du Service, détaillant le nombre de PU-PH, de MCU-PH, de PH, d'AHU et d'internes, la nature et le volume d'activité global du postulant, y-compris l'encadrement de mémoires de DES, seront pris en considération.

La responsabilité d'un secteur de laboratoire ou transversal hospitalier doit être indiquée. La qualité du projet hospitalier est un critère important de l'évaluation.

- **Activités pédagogiques :**

Les activités seront appréciées en détaillant le volume horaire (cours, TD, TP), la responsabilité d'enseignements (filière, UE, Master, DU, DES de Biologie médicale etc...), la participation à des actions de formation continue, la création d'articles, d'ouvrages didactiques ou autres conception et développement de pratiques pédagogiques innovantes, le pilotage de projets pédagogiques...

- **Responsabilités collectives :**

La participation des candidats à des activités administratives au sein de la Faculté ou de l'Université (Conseil de Faculté ou d'Université, Conseil Scientifique, CEVU, Ecoles Doctorales,...) ou dans le CHU (CME...) sera précisée. Il en est de même de leur implication au sein d'instances nationales (CS, CA, ...).

- **Mobilité :**

Le but de la mobilité est l'ouverture du candidat à des horizons nouveaux qui diffèrent de ses structures habituelles et lui permettent d'acquérir savoir faire et connaissances nouvelles qui seront autant d'atouts pour les activités futures et le renom de la discipline et de son Université. Les publications effectuées au cours de cette période seront à identifier. Si idéalement elle sera d'une année à l'étranger dans une structure hospitalière ou d'enseignement ou de recherche, cette mobilité peut être fractionnée par périodes minimales de trois mois et se faire en France.

La validité de la mobilité sera évaluée par le Bureau de la section compétente.

2 – Pour les candidats MCU-PH :

Les critères concernant l'activité hospitalière, l'Enseignement et la Recherche sont qualitativement les mêmes que pour les PU-PH.

Un niveau de publication minimum requis, c'est-à-dire un nombre d'articles originaux en premier ou deuxième auteur dans des revues internationales, à facteur d'impact significatif, sera exigé.

II – Concours pour le titre hospitalo-universitaire (Recrutement)

1- Modalités du concours :

Les rapporteurs sont désignés par le Président de la section : 2 PU-PH pour les candidats à un emploi de PU-PH ; 1 PU-PH et 1 MCU-PH pour les candidats à un emploi de MCU-PH.

Les candidats adressent aux rapporteurs, les épreuves de titres et travaux et se mettent à la disposition des rapporteurs pour tout complément d'information nécessaire pour évaluer leurs activités pédagogiques, hospitalières et de recherche.

2 - Organisation du concours (décret n° 2008-308 du 2 avril 2006) : pour tous les candidats

- ① - examen des rapports écrits des rapporteurs et audition des rapporteurs.
- ② - présentation orale des titres et travaux et projets professionnels (enseignement, recherche et hospitalier) par le candidat, d'une durée de 15 minutes, suivie d'une discussion de 15 minutes.
- ③ - Un exposé de 15 minutes destiné à des étudiants de 3^e cycle « Master 2 », sur un sujet choisi à l'avance par le jury et communiqué plusieurs semaines avant le concours au candidat, dans une de ses thématiques de prédilection. Cet exposé est préparé au préalable par le candidat qui apporte avec lui les documents nécessaires et devra ainsi faire la preuve de ses capacités pédagogiques. Cet exposé n'est suivi d'aucune question.
- ④ - Une épreuve pédagogique pratique différenciée, pour les candidats PU-PH ou MCU-PH.

Pour les candidats PU-PH :

Cette épreuve portera sur un exposé oral de 30min traitant d'un sujet tiré au sort parmi une liste de questions issues essentiellement du programme de la formation commune de base du cursus pharmaceutique et choisies dans l'orientation principale du candidat (hématologie, immunologie, biologie cellulaire, biochimie, biologie moléculaire, génétique, bactériologie, virologie, parasitologie, biotechnologies, biothérapies, ..).

Une liste thématique comportant des questions possibles est préalablement fournie au candidat. Le niveau doit être celui d'un enseignement destiné à des étudiants de la formation commune de base du cursus pharmaceutique. Les candidats disposent de 2 heures de préparation et sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent. Cet exposé oral n'est suivi d'aucune question.

Pour les candidats MCU-PH:

L'épreuve pédagogique pratique porte sur l'analyse et commentaire d'un document, rapport ou article, ou cas clinique, choisi dans une des thématiques de prédilection du candidat.

Les candidats disposent de 2 heures de préparation, sont libres d'apporter tous les documents qu'ils désirent et d'utiliser un ordinateur.

Cette épreuve a une durée de 30 minutes : un exposé oral de 15 minutes et 15 minutes de discussion.

3 – La présentation du dossier de titres et travaux :

Les candidats s'efforceront de suivre le plan suivant pour présenter leurs titres et travaux.

- a- Un résumé de 2 à 3 pages avec les titres universitaires, les titres hospitaliers, les activités universitaires, hospitalières, de recherche et les 5 publications les plus importantes.
- b- Un curriculum vitae comprenant :
 - L'état civil...
 - Les titres universitaires et les fonctions universitaires
 - Les titres hospitaliers et les fonctions hospitalières
 - L'appartenance à une formation labellisée et obtention de la P.E.S.
 - Les actions de valorisation (brevets, contrats industriels, création de start up...)
 - Les activités d'intérêt collectif
 - Les obligations en matière de mobilité
- c- Un exposé des travaux de recherche en quelques pages, accompagné d'une fiche d'évaluation bibliométrique, comprenant en particulier le nombre de publications indexées et leur facteur d'impact, le nombre total de citations, l'indice h, etc....(maximum 4 pages).
- d- Les perspectives et projets du candidat en quelques pages concernant les activités pédagogiques, de recherche et hospitalières (maximum 3 pages).
- e- Une liste des publications doit être présentée en respectant la classification en cinq parties :
 - e 1 - Publications originales scientifiques
 - e 2 - Brevets
 - e 3 - Revues et chapitres d'ouvrages
 - e 4 - Conférences sur invitation.
 - e 5 - Communications (orales ou affichées)
 - e 6 - Contrats de recherche (PHRC, ANR, Programmes européens, ...)
- f- Une liste des étudiants en master recherche et des doctorants encadrés en précisant l'insertion professionnelle de ces doctorants.

4 - Le suivi des nouveaux nommés :

Le CNU se préoccupera de connaître le devenir de l'intégration hospitalo-universitaire des nouveaux nommés dans les mois qui suivent la nomination administrative.

II – Les avancements de classe

Les avancements de classe font partie des responsabilités du CNU.

Le corps des PU-PH comprend 3 classes (2^{ème}, 1^{ère} et exceptionnelle CE1 et CE2), le corps des MCU-PH aussi (2^{ème}, 1^{ère} et hors classe). Chaque classe est divisée en échelons.

Le passage d'un échelon à l'autre est automatique et se fait à l'ancienneté. Le changement de classe est contingenté et nécessite un avis du CNU.

Compte tenu du nombre limité de postes accordés chaque année relativement au nombre d'enseignants dans la discipline, des critères consensuels sont définis.

Chaque dossier sera évalué dans les quatre domaines d'activités : pédagogie, recherche, activités hospitalières et activités d'intérêt général.

Les critères suivants seront privilégiés :

- analyse de la Liste de Titres et Travaux : qualité scientifique des publications, valorisation de la Recherche (contrats), appartenance à une unité de recherche reconnue à la suite de l'évaluation nationale
- nombre de Thèses et masters encadrés ou co-encadrés (préciser le taux de co-encadrement),
- notoriété nationale et internationale (invitations pour conférences, expertises,...)
- activités d'enseignement (qualité pédagogique, nature volume de l'enseignement)
- conférences sur invitation et organisation de congrès,
- investissement dans les structures locales (Universités, CME, Direction de Recherche), membre de Commissions Locales et Nationales (AFSSAPS, HAS, ARS, CNU), services rendus à la discipline,
- contribution à l'aura de la discipline.
- Pour les PU-PH : implication dans la structuration des différents domaines d'activité : pédagogie (ex. responsabilité et/ou création de diplômes ou filières), recherche (ex. direction et/ou création d'équipes ou d'unités), hospitalière (ex. direction de service ou d'unité fonctionnelle).
- Pour les MCU-PH, l'obtention du diplôme de HDR est fortement recommandée pour l'examen d'une demande d'avancement à la hors classe.

Note : L'ensemble de ces critères doivent être considérés comme des recommandations aux candidats et peuvent être modifiés à l'initiative de la section. Les nouvelles versions de ces recommandations seront diffusées avant chaque concours.

Le respect des critères ne préjuge en rien des décisions qui seront prises par le jury après examen des dossiers ou audition des candidats.

Fait le 2 janvier 2011

Professeur M Guenounou

Président de la Section 82

PIECE JOINTE N° 13
ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES : APPEL A
PROJETS POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE
MEDICALE DE TERRITOIRE

APPEL A PROJET POUR LA MISE EN PLACE D'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE

Accompagnement au développement d'une gestion coordonnée des ressources médicales territoriales 2016

I) Contexte

L'Agence Régionale de Santé se doit de garantir une offre de soins de qualité, lisible pour la population et les acteurs de santé. Pour ceci, les établissements hospitaliers doivent disposer des effectifs médicaux adaptés. Or, un certain nombre d'établissements publics sont aujourd'hui en situation de fragilité pour le recrutement de praticiens du fait des contraintes de la démographie médicale. Cette situation conduit à de la surenchère voire à de la concurrence entre les hôpitaux d'un même territoire et génère des surcoûts importants (la progression des charges de personnel médical est de + 3% par an en moyenne), en raison notamment du recours à de l'intérim ou à des vacataires. Plus généralement, l'ensemble des contraintes s'imposant actuellement aux établissements publics et la nécessité de disposer d'une offre de soins publique coordonnée, oblige à s'interroger sur la meilleure organisation des activités et donc sur la meilleure répartition des ressources médicales.

Dans ce cadre, l'agence entend :

- 1) Accompagner la définition et la mise en œuvre de projets médicaux de territoire entre établissements publics dans le cadre des GHT visant à améliorer l'offre de soins en envisageant la mutualisation des ressources médicales pour l'activité programmée comme pour l'organisation de la permanence des soins.
- 2) Soutenir la mise en place de véritables politiques de gestion coordonnée des ressources médicales territoriales en accompagnant l'expérimentation puis le déploiement de modalités d'organisations innovantes des ressources médicales par groupe d'établissements publics.

II) Soutien à la mise en place d'une politique de gestion coordonnée des ressources médicales hospitalières au niveau des territoires de santé

L'objectif est de soutenir les établissements d'un territoire dans la mise en place d'une organisation médicale coordonnée par spécialité au sein des hôpitaux publics d'un territoire donné.

Tout en maintenant l'affectation principale de chaque praticien hospitalier sur un site, ces organisations doivent permettre une optimisation des ressources médicales disponibles afin d'assurer l'offre de soins la plus efficiente, en particulier pour ce qui est de la continuité des soins au niveau territorial, sur un principe de solidarité entre les établissements, afin :

- D'éviter les surenchères dans les négociations de rémunérations ;
- De rendre attractif pour les praticiens l'exercice multi sites en leur permettant dans certains cas, d'exercer des activités de recours et de proximité ;
- De rompre l'isolement des établissements partenaires et des praticiens en renforçant les liens des équipes avec l'établissement de référence ;
- De sécuriser l'organisation de la permanence des soins en ayant suffisamment de praticiens pour assurer une ligne de permanence des soins; parallèlement, l'ARS doit conduire une

réflexion portant sur la réorganisation de la permanence des soins pour limiter le nombre de lignes de gardes et astreintes dans un objectif de sécurisation et d'optimisation du temps médical (conséquences de l'arrêté du 8 novembre 2013);

- De développer de nouvelles techniques et une offre de soins complète, grâce à une équipe de taille suffisante, en confortant les relations entre les établissements partenaires (formation, programmes de recherche clinique, réunions de concertation, télé-imagerie...);
- De renforcer certaines activités de recours en développant des postes d'assistants partagés entre CHU et CH (appel à projet spécifique).

III) Modalités de mise en œuvre

Dans le cadre du présent appel à projet, le développement d'une gestion coordonnée des ressources médicales territoriales concerne la mise en place d'EQUIPE MEDICALE DE TERRITOIRE qui comprend 3 éléments de mise en œuvre :

1. La constitution d'une (ou de plusieurs) équipe(s) médicale(s) de territoire rassemblant les praticiens d'une même spécialité:

Sauf exception, cette EMT doit rassembler l'ensemble des praticiens de la spécialité travaillant dans les différents établissements du GHT ou a minima dans au moins 2 établissements hospitaliers publics du GHT.

2. La mise en place d'une gestion administrative coordonnée des ressources médicales de l'EMT considérée, voire le cas échéant d'une direction des Affaires Médicales unique.

Cette coordination administrative doit disposer d'une vision globale de la gestion de la ressource médicale disponible pour assurer l'optimisation de ces ressources médicales en lien avec le coordonateur médical, afin de procéder aux ajustements nécessaires en cas de manque de temps médical en respectant les orientations du projet médical commun.

3. La coordination médicale de l'activité concernée qui doit être pilotée par un coordonateur médical par spécialité et un coordonateur médical adjoint si nécessaire. Ce coordonateur et son adjoint ont vocation :

- à mettre en place l'organisation médicale adaptée en lien avec les médecins de l'EMT,
- à décliner au niveau de la spécialité le projet médical commun du GHT,
- à s'assurer du respect de l'organisation médicale cible,
- à s'assurer du partage des protocoles de prise en charge par l'ensemble des équipes,
- à promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles de façon transversale pour l'ensemble de l'équipe, ainsi que toute démarche d'amélioration de la qualité des prises en charge.

L'atteinte de cet objectif nécessite des protocoles partagés, une équité des conditions de recrutement et l'implication de tous les médecins de l'équipe dans les décisions importantes.

L'organisation à concevoir vise aussi à garantir à tous les partenaires qu'en cas de problèmes (départ d'un praticien, congés maladies ...), la réduction du temps médical ne sera pas portée sur un seul établissement.

Pendant le temps nécessaire pour parvenir à cet objectif correspondant à une maturité des organisations et à une réelle intégration de la politique de coopération, il est proposé d'accompagner les expérimentations visant à la mutualisation de la gestion des ressources médicales entre les établissements publics.

La réalisation de ces trois éléments de mise en œuvre doit conduire à terme à une meilleure efficacité et donc à retrouver un équilibre financier.

L'aide que l'ARS pourra fournir dans le cadre de cet appel à projet n'a pas vocation à être pérennisée et doit permettre de financer les frais de mise en place des nouvelles modalités d'organisation, dans l'attente des effets attendus de cette optimisation des ressources médicales qu'il s'agisse de réduction des charges ou d'augmentation d'activité

III) Les conditions d'un accompagnement à la mise en place d'équipes médicales de territoire par l'ARS

a) Constitution du dossier et délai de candidature:

Le dossier de demande de soutien financier à la mise en place d'équipes médicales de territoire doit comporter :

- **Les orientations du projet médical commun de territoire dans le cadre du GHT et/ou dans le cadre d'un projet territorial** (périmètre retenu pour l'organisation médicale selon les spécialités concernées: sous ensemble du GHT ou collaboration interGHT) pour chaque activité faisant l'objet d'une demande de financement au titre du soutien à la mise en place d'équipes médicales de territoire;
- **La description synthétique de l'organisation médicale cible**, des types d'activités assurées par l'équipe sur chacun des sites en fonction des besoins identifiés pour chaque activité concernée, précisant les conditions envisagées de réalisation de la Permanence des soins;
- **La description des modalités de pilotage de l'équipe médicale de territoire** et notamment la mise en place d'une coordination médicale de l'équipe (poste de coordonnateur et coordonnateur adjoint), avec identification du coordonnateur médical pour chaque Equipe Médicale de territoire.
- **Le bilan des effectifs médicaux existants et des charges afférentes par établissement** participant au projet pour chaque activité concernée en intégrant les données d'intérim, de recours aux vacataires, aux temps de travail additionnel, aux contrats de cliniciens pour les différents établissements impactés et toutes données relatives aux spécificités de gestion des ressources médicales sur les établissements impliqués dans le projet ;
- **La description de la gouvernance prévue en termes de gestion des ressources médicales** entre les établissements concernés ;
- **Les mesures engagées en termes de prévention des risques psycho sociaux et d'amélioration des conditions de travail** pour les praticiens impliqués dans le projet ;
- **Les demandes d'accompagnement** en termes de création de postes partagés (l'établissement de rattachement devra être précisé) et/ou en termes de financement de primes multi sites et/ou en termes de mutualisation de la gestion des ressources médicales pour chaque activité concernée;
- **Les modalités de coordination des Directions des Affaires Médicales** des établissements partie prenante de chaque Equipe Médicale de Territoire;
- **Le budget prévisionnel sur 3 ans de la charge financière de chaque EMT** sur les territoires concernés avec présentation des éléments permettant d'assurer à terme de 2 ou 3 ans la neutralité financière du dispositif, les charges nouvelles (coordination, primes multisites...) étant compensées par la suppression des surcoûts liés à l'intérim et/ou à la réduction de la charge financière de la PDS et/ou à des évolutions d'activité.
- **Les impacts en termes de gestion des emplois et des compétences pour les différents sites pour les équipes administratives ;**
- Les conditions de réussite du projet et les freins à lever;
- Les demandes éventuelles auprès de l'ARS pour accompagner la mise en œuvre du projet : financement d'un consultant, accompagnement social, formation ...
- **Le calendrier de mise en œuvre.**

Le dossier doit être cosigné par l'ensemble des établissements impliqués pour chaque activité concernée.

Le dossier devra être déposé au cours du deuxième semestre 2016.

b) Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité pour l'accompagnement financier à la mise en place d'équipes médicales communes sont définis comme suit :

- Dossier complet.
- Activité multi sites portée par plusieurs praticiens dans le cadre de la constitution d'une équipe médicale commune et coordonnée.
- Estimation du bénéfice attendu en termes de gestion des ressources médicales et impact économique.

- Capacité à pérenniser les équipes médicales de territoire sur le plan humain et sur le plan économique.

- Engagement à une gestion coordonnée des ressources médicales sur l'ensemble du territoire concerné comprenant une coordination médicale unique par spécialité concernée, voire une DAM commune pour les établissements concernés, voire l'ensemble du GHT.

L'ARS sera amenée à prioriser les choix d'accompagnement en fonction des difficultés rencontrées par les établissements en termes de gestion des ressources médicales au sein du territoire considéré dans cette activité (contraintes en termes de démographie médicale), en fonction des priorités en termes d'organisation de l'offre de soins.

Le ciblage sur les spécialités en tension, notamment celles impliquées dans la PDSA et/ou la PDSES est attendu afin de permettre d'envisager des optimisations des dispositifs existants dans le cadre du projet de GHT.

Le dossier doit être porté par les différents établissements impliqués et validés par les directoires.

L'ARS sera amené également à établir des rangs de priorités en fonction de l'analyse du degré d'avancement du projet et du niveau d'engagement des différents directoires.

Le niveau d'accompagnement du projet, les critères d'évaluation seront définis en fonction de la nature du projet et de la demande.

c) Modalités d'aide financière de l'ARS

L'accompagnement financier prend en compte les enjeux pour les établissements de santé et les enjeux individuels pour les praticiens.

Il pourra revêtir différentes formes :

- Accompagnement à la mise en place d'une équipe médicale de territoire avec le financement de poste partagé ;

- Financement de primes multi sites pour les praticiens impliqués dans la mise en place d'une équipe médicale de territoire ;

- Compensation financière du poste de coordonnateur médical et coordonnateur adjoint à raison de 10% (base forfaitaire d'un PH) par équipe médicale de territoire.

Ces modalités d'aide de l'ARS s'inscrivent dans un projet de gestion financière du groupe d'établissements concerné, qui doit aboutir à un auto-financement du dispositif dans un délai maximum de 3 ans.

d) Contractualisation et indicateurs d'évaluation

L'accompagnement financier sera repris dans une annexe CPOM pour une durée de 3 ans.

Les indicateurs d'évaluation sont établis comme suit :

- Pour l'accompagnement à la mise en place d'une équipe médicale de territoire et le financement d'un poste partagé : recrutement effectif du praticien ;

- Mise en place effective de la coordination médicale unique;

- Analyse des charges de personnel médical et en particulier de l'intérim médical et vacataires pour les activités concernées;

- Indicateurs d'activités à définir pour chaque projet en fonction des objectifs du projet médical commun et de l'organisation cible;

- Communication à la demande de l'ARS, de tableaux de service pour suivi des activités multi sites.