centre hospitalier de Valenciennes

Signe extérieur d'excellence

CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Attirer et fidéliser les médecins – l'expérience du centre hospitalier de Valenciennes

Sommaire

1. Présentation générale du CH de Valenciennes
2. Attirer et fidéliser le personnel médical : un axe fort du projet d'établissement
3. Les résultats, les chantiers encore en cours ou à venir

CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Présentation générale de l'établissement

- **2ème établissement des Hauts de France en termes d'activité.**

- **Institution sanitaire de référence du territoire de santé du Hainaut Cambrésis** (800 000 habitants).

- **Etablissement support du groupement hospitalier du territoire du Hainaut Cambrésis, composé de douze établissements (dont Cambrai et Maubeuge).**

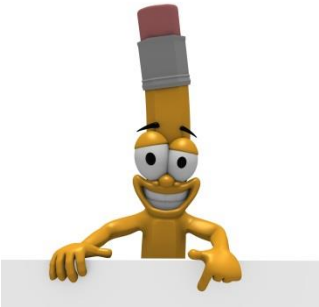
BELGIQUE
Manche
PAS-DE-CALAIS
1 465 000 hab.
NORD
2 595 000 hab.
SOMME
571 000 hab.
HAUTS-DE-FRANCE
AISNE
540 000 hab.
OISE
815 000 hab.
LP/Infographie .

- **Capacité de près de 1850 lits** dont plus de la moitié en court séjour,
- **Offre de soins la plus significative du sud du département** du Nord en terme de volume d'activité,

Le CHV couvre un large panel de spécialités.

En effet, hormis la chirurgie cardiaque et la prise en charge des grands brûlés, toutes les spécialités médicales et chirurgicales y sont représentées.

- 834 lits et 68 places en MCO répartis en :
  - ✓ 564 lits et 42 places de Médecine
  - ✓ 196 lits et 26 places de Chirurgie
  - ✓ 74 lits de Gynécologie Obstétrique
- 139 lits et 116 places de psychiatrie adultes et 40 places de pédopsychiatrie
- 105 lits de Soins de Suite et de Réadaptation
- 90 lits de soins de longue durée
- 330 lits de maisons de retraite et 105 lits de foyers logements
- 45 places d’hémodialyse



Données annuelles d'activité (données 2015)

- 3 600 accouchements
- 27 000 interventions chirurgicales
- Environ 112 000 admissions
- Près de 285 000 personnes passées en Consultations et Soins externes
- Près de 85 000 patients sont venus se faire soigner dans nos Urgences (enfant et adultes)
- Plus de 46 000 patients externes reçus en Radiologie
- 70 millions B/BHN en Biologie
- 8 000 mouvements/jour en termes d'entrée et de sortie de produits pharmaceutiques

Le personnel

Corps médical

Chefs de services, Médecins, Internes, Attachés…

330 praticiens hospitaliers et contractuels

57 assistants

49 praticiens attachés

136 internes

76 étudiants hospitaliers

Administratifs

Directeurs, Attachés d'administration, Adjoints des Cadres Hospitaliers, Agents administratifs…

4800 fiches de paies par mois

Environ 4300 employés

44 services de soins

110 métiers différents

Soignants et paramédicaux

Cadres supérieurs, Cadres, Infirmières, Aides Soignants, Agents des services hospitaliers …

Techniques

Ingénieurs, Adjoints techniques, Chargés d'opération, Contremaîtres, Ouvriers…

Comment fonctionnent les pôles au Centre Hospitalier de Valenciennes?

Gouvernance marquée par une forte décentralisation des fonctions administratives vers les pôles, avec une délégation élargie sur l'ensemble des périmètres fonctionnelles, y compris dans la gestion des ressources médicales (depuis le début de l'année 2016).

Une équipe administrative affiliée à un pôle se charge de la gestion des ressources humaines, tant médicales que non médicales, ainsi que des ressources matérielles.

Le centre hospitalier de Valenciennes est organisé en **14 pôles** (12 médicaux et 2 non médicaux : Pôle Administration générale et Pôle Logistique).

Pôle 1 : Imagerie médicale
Pôle 2 : Biologie hygiène
Pôle 3 : Pharmacie
Pôle 4 : Chirurgie
Pôle 5 : Urgences Réanimation Anesthésie
Pôle 6 : Gériatrie
Pôle 7 : Psychiatrie
Pôle 8 : Cancérologie – Spécialités médicales
Pôle 10 : Mère Enfant
Pôle 11 : Spécialités médicales (neurologie, cardiologie, etc.)
Pôle 12: Santé publique
Pôle 13 : Administration
Pôle 14 : Logistique
Pôle 15 : SSR

CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Attirer et fidéliser le personnel médical : un axe fort du projet d'établissement

Etat des lieux dans la région Hauts-de-France :

➔ Une démographie médicale peu favorable dans la région Hauts-de-France en général, et en particulier dans le territoire du Hainaut-Cambrésis pour tout le « sud du Nord ».

➔Des tensions majeures sur certaines disciplines médicales (radiologie, anesthésie, oncologie, dans une moindre mesure sur certaines disciplines chirurgicales)

➔ Une concurrence entre établissements de santé publics et privés vive pour attirer et retenir les compétences médicales

➔ Concurrence d'autant plus vive que la carte hospitalière du Nord Pas-de-Calais rend aisé un certain nomadisme médical (proximité forte entre établissements de santé)

Le CH de Valenciennes : des atouts indéniables pour attirer les médecins

➔Établissement de grande taille aux équipes médicales la plupart du temps étoffées (hors métiers en tension, notamment en radiologie)

➔Un panel de spécialités très large qui sécurise les jeunes praticiens dans leur pratique professionnelle, des plateaux techniques récents et complets.

Un avantage comparatif qu'il convenait pour le CH de Valenciennes de conforter compte tenu du contexte de la démographique médicale qui reste malgré tout défavorable, sachant qu'aucune position n'est jamais complétement assurée, quelle que soit la discipline.

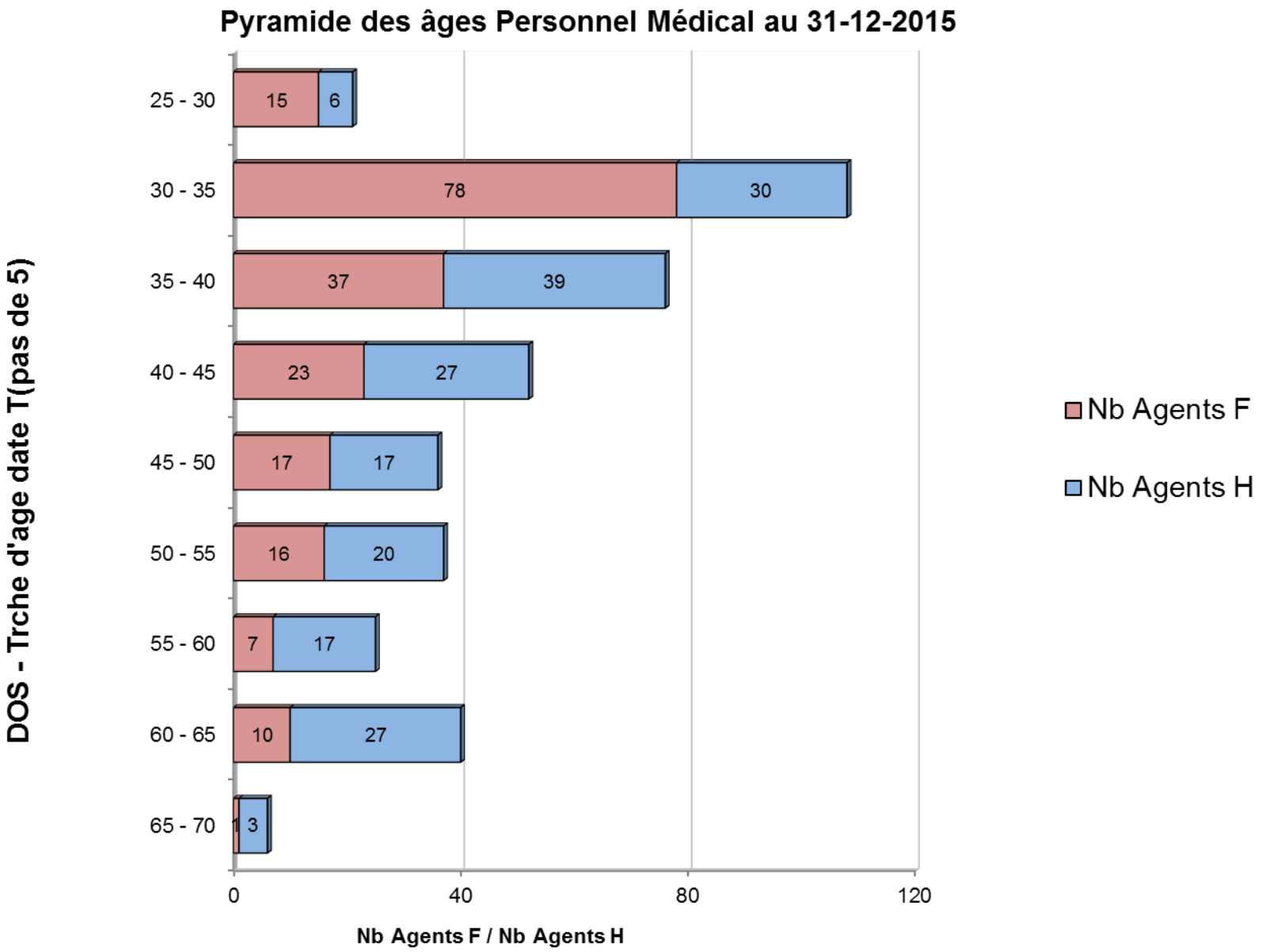
<u>Une structure des effectifs médicaux évolutive, pour appuyer et nourrir le développement de l'activité de l'hôpital :</u>

➔Croissance des effectifs médicaux significative : si l'on considère l'évolution sur quatre ans, sur 2011-2015 : + 21,1% (soit + 59,45 ETPR)

➔Rajeunissement de la structure des effectifs, allant de pair avec une féminisation du corps médical ➔ parité atteinte en 2014 (projections statistiques nationales : parité sera atteinte à horizon 2020). En 2015 au CHV : 52% de femmes.

Une évolution (rajeunissement et féminisation) qui ne doit pas être négligée dans l'impact sur les pratiques professionnelles et dans la gestion par le corps médical de la conciliation vie privée – vie professionnelle (évolution des attentes)

Féminisation du corps médical



Le genèse du projet social du personnel médical

Dans le cadre du projet d'établissement 2013-2016, la définition des actions visant à attirer et fidéliser le personnel médical s'est traduit par la formalisation d'un projet social du personnel médical, en complément de celui du projet social du personnel non médical

➔ Projet discuté et validé par la présidence de CME de l'époque

➔ Projet social du personnel médical en lien étroit avec le projet médical d'établissement bien entendu, mais aussi avec le projet managérial (compte tenu du rôle de premier plan joué par les chefs de pôles cliniques et médico-techniques dans la gouvernance valenciennoise).

➔ Les 8 axes du projet social du personnel médical :

1. Améliorer les conditions d'accueil des internes et des étudiants hospitaliers
2. Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences médicales pour répondre aux enjeux de la démographie médicale et de l'évolution des techniques et pratiques médicales
3. Formaliser les organisation de travail pour objectiver et si possible diminuer les contraintes liées au temps de travail et/ou à la charge de travail.
4. Mettre en place le DPC du personnel médical et en faire un élément d'attractivité
5. Rendre la politique de rémunération du personnel médical lisible, attractive et transparente
6. Structurer la recherche clinique pour en faire un élément d'attractivité et de fidélisation du personnel médical
7. Sensibiliser le personnel médical aux RPS
8. Développer la gestion territoriale des ressources médicales pour proposer aux praticiens un parcours diversifié et renforcer le rôle pivot de l'hôpital sur le territoire du Hainaut.

CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

Les résultats, les chantiers encore en cours ou à venir

1. Améliorer les conditions d'accueil des internes et des étudiants

- ➔ Pour chaque semestre, une petite enveloppe de 1 000€ attribuée aux internes pour améliorer le confort de l'internat (ex : babyfoot) ou contribuer à l'organisation d'une fête (mais hôpital sans alcool!)
- ➔ Une sous-commission de CME, la commission de l'internat pour veiller à la qualité des conditions d'accueil, avec une réunion en début et fin de semestre et un accueil systématique des internes en début de stage par le directeur et le président de CME à l'occasion d'un petit déjeuner
- ➔ Questionnaire de satisfaction remis en fin de semestre pour évaluer la qualité de l'accueil

EN PROJET/AMELIORATIONS NECESSAIRES

- ➔ Aménagement de chambres de garde sur l'hôpital principal pour récupérer des chambres de l'internat occupées pour des gardes médicales, pour répondre de manière plus satisfaisante aux demandes d'hébergement en augmentation
- ➔ Qualité de l'accueil dans le service clinique ou médico-technique reste encore une zone d'ombre (alors qu'un mauvais stage peut se traduire par un boycott d'internes)

2. Mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences médicales (GPMC)

➔ Détenir les compétences nécessaires au maintien et au développement des activités, en lien avec le projet médical

➔ Systématisation de la rédaction des profils de poste au moment du recrutement, validés par le chef de pôle et la présidence de CME. Se fait systématiquement en flux, reste la question des praticiens en fonctions de longue date.

➔ Systématisation des entretiens retraite pour les praticiens de plus de 60 ans, avec un double objectif : donner une information retraite et anticiper les départs.

EN COURS

➔Proposition de fiches de poste « génériques » donnant une base de réflexion pour les responsables médicaux en charge de leur rédaction. Travail en cours pour la fiche de poste « générique » de chef de service

➔Prévoir un temps d'échange annuel et en tant que de besoin entre le chef de service et le chef de pôle (on ne parle pas d'évaluation, terme repoussoir pour certains!), à terme entre le chef de service et le praticien « lambda ».

3. Formaliser les organisations de travail

- ➔ Constat initial : absence totale de maquettes de service au niveau institutionnel
- ➔ Adéquation effectif/activité : donner une visibilité aux praticiens sur l'organisation du travail médical dans le service.
- ➔ Travail de longue haleine, en lien avec la COPS, compte tenu du nombre de services cliniques et médico-techniques (environ 70 au total), qui nécessite plusieurs rendez-vous avec le chef de service voire avec toute l'équipe médicale.

EN PROJET

- ➔ Mieux identifier dans les maquettes de service les valences autres que clinique (temps institutionnel, temps recherche, codage, etc.)
- ➔ Nécessité sur ce dernier point d'avoir une approche institutionnelle pour éviter les disparités entre services pouvant être ressenties comme inéquitables

4. Mettre en place le DPC

- ➔ En interne, effort de formation médicale porté de 0,75% de la masse salariale PM à 1%, et réservation en sus d'une enveloppe de 20 000€ par an dédiée à la formation médico-économique des chefs de service et des chefs de pôle (de plus en plus, demandes des responsables médicaux pour formations managériales)
- ➔ Sur le pôle de pharmacie, contractualisation interne entre la direction des ressources médicales et la pharmacie pour mutualiser les jours de congés formation, pour concentrer l'effort sur les jeunes praticiens engagés dans des cycles de formation achat (retour attendu sur un secteur représentant 50% des achats hospitaliers).
- ➔ Présidence de CME, sur le projet qualité : priorité donnée au lean management (sensibilisation à la démarche lean)

EN PROJET

- ➔ Mobilisation d'une partie de l'enveloppe de la contribution issue de la taxe sur l'industrie pharmaceutique pour la formation managériale des chefs de pôle, et par la suite sur celle des chefs de service pour l'adaptation aux nouvelles fonctions
- ➔ Axe de formation institutionnelle sur le RPS du personnel médical en fonction des résultats du groupe de travail sur cette thématique

5. Rendre la politique de rémunération du personnel médical lisible, attractive et transparente

- ➔ Mise en place d'un comité des salaires animé par la direction des ressources médicales, composé de représentants médicaux (PCME, chefs de pôle, chefs de service), avec pour objectif de clarifier et de rendre plus transparente la politique de rémunération du personnel médical, pour éviter une culture du secret laissant libre cours aux spéculations au sein de la communauté médicale
- ➔ Articulation avec la COPS sur les éléments variables de paie liés au temps de travail (gardes, astreintes, temps additionnel)

EN COURS

- ➔ Travail en cours pour l'harmonisation des compléments de rémunération dans le cadre de l'activité d'intérêt général sur le territoire du Hainaut Cambrésis, pour mettre fin aux disparités « historiques »qui sont un frein à la mobilité territoriale des praticiens.

6. Structurer la recherche clinique et en faire un élément d'attractivité et de fidélisation du personnel médical

- ➔ Attribution depuis 2013 de crédits MERRI recherche clinique a permis la création en novembre 2013 d'une unité de recherche clinique composée fin 2016 d'un ARC, de 3 TEC et d'un gestionnaire administratif pour aider les praticiens dans leur effort de recherche et d'inclusion dans les essais cliniques
- ➔ Une partie des crédits est dévolue au fonctionnement de cette unité centrale support, le reste est ventilé entre les pôles en fonction des scores recherche, sur des UF « recherche »
- ➔ Principe validée en directoire : « l'argent de la recherche va à la recherche »

EN PROJET

- ➔ Intégrer dans les maquettes de service des temps médicaux dédiés à l'activité de recherche (fléchés sur les UF mentionnées ci-dessus) financés par ces crédits MERRI (activité actuellement faite en sus de l'activité clinique courante)

7. Sensibiliser le personnel médical aux RPS

- ➔ Thématique récente dans la gestion du personnel médical, plus souvent perçu jusqu'alors comme facteur de RPS que comme victime de RPS
- ➔ La gestion des RPS devient cependant une évidence au vu de l'actualité nationale (ex de l'APHP) mais aussi locale, avec des situations relevant de toute évidence de cette thématique
- ➔ Un état des lieux RPS a été établi par pôle et de manière transversale pour l'encadrement d'une part et le personnel médical d'autre part.

EN COURS

- ➔ Un marché public de prestation d'accompagnement d'un groupe de travail médical associant la direction des ressources médicales a été passé et un candidat retenu
- ➔ L'objectif du groupe de travail est de formaliser un plan d'action RPS spécifique pour le personnel médical, notamment axé sur la détection du syndrome d'épuisement professionnel et celle des conflits interpersonnels/lacunes managériales éventuelles de responsables médicaux.

8. Développer la gestion territoriale des ressources médicales pour proposer un parcours diversifié

- ➔ Une difficulté liée à l'absence d'attractivité a priori des profils de poste territorial : plutôt vécu en première intention par le praticien non comme une opportunité mais plutôt comme une dégradation de ses conditions de travail
- ➔ Démarche engagée en appui de la mise en place d'un pôle interhospitalier en obstétrique Valenciennes, Maubeuge et Fourmies : Définition d'une fiche de poste de gynécologue obstétricien territorial, ainsi que création d'un poste d'assistant à temps partagé entre deux établissements du même GHT.
- ➔ En lien avec la faculté de médecine de Lille, mise en place d'internes territoriaux en cardiologie et en maternité, affectés à Valenciennes mais avec un temps partagé à Maubeuge ou à Cambrai.

EN COURS

- ➔ Chantier du GHT : généralisation des profils de poste médical territorial. Il ne s'agit pas d'une fin en soi mais d'un moyen en appui de la mise en œuvre d'un projet médical partagé qui est en train d'être affiné entre PCME du territoire du Hainaut-Cambrésis.