

**39<sup>e</sup> Promotion 2016-2017**  
**« La vérité est ailleurs »**

**MEMOIRE**

**MISE EN PLACE D'UNE SOUS COMMISSION VIE HOSPITALIERE**  
**AU SEIN D'UN GROUPE HOSPITALIER DE L'APHP**

**Dr Marie-Christine Kayal-Becq**  
**Hôpital Saint Louis**

**Octobre 2017**



**ASSISTANCE PUBLIQUE**  **HÔPITAUX DE PARIS**

*« Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure  
de la civilisation d'un peuple »*

*J. Tenon, Chirurgien, 1788*

## REMERCIEMENTS

Je remercie Christophe Segouin, Président de la sCVHL, pour son soutien et son engagement humaniste au sein de la communauté hospitalière, et sans lequel ce projet n'aurait pas été une réalité.

Je remercie Michel Simart qui a été le guide de ce mémoire, ses conseils et ses remarques ont enrichi ma réflexion et éclairé ma démarche, au fil de sa réalisation.

Je remercie les enseignants de l'EMAMH pour la richesse de leur expertise.

Je remercie enfin Jacqueline Serreau et Claudine Richard pour la qualité de l'organisation et l'attention bienveillante que vous nous avez apportés au cours de cette année.

# PLAN

<b>RESUME</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>LA PROBLEMATIQUE GENERALE ET LES ENJEUX LOCAUX</b>	<b>7</b>
<b>1- LA PROBLEMATIQUE GENERALE ET LA REGLEMENTATION</b>	<b>7</b>
<b>2- LA STRATEGIE LOCALE DE MISE EN PLACE DE LA sCVHL</b>	<b>9</b>
CREER UNE EQUIPE	9
MANAGER UN PROJET SUR UNE PROBLEMATIQUE COMPLEXE	10
DEFINIR UNE POLITIQUE GH POUR MANAGER LES SITUATIONS CONFLICTUELLES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES	12
<b>RESULTATS PRELIMINAIRES DE L'ENQUETE QVT 2016</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>19</b>
HISTORIQUE DE LA GESTION RH PM A L'HOPITAL.	19
PARTICULARISME DES RESSOURCES HUMAINES MEDICALES.	20
BILAN A 1 AN DE LA sCVHL : LES LEVIERS D'ACTION ET LES FREINS	21
<b>CONCLUSION</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>26</b>
<b>LEXIQUE</b>	<b>30</b>

## **RESUME**

La sous-commission vie hospitalière (sCVH) a été mise en place à l'APHP en 2013. Elle a pour mission d'instruire les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens. Suite à un évènement grave, lié au suicide d'un médecin sur son lieu de travail fin 2015, le déploiement des sCVH locales (sCVHL) au sein des Groupes Hospitaliers (GH) devient une priorité. Le but de ce mémoire est de définir les objectifs et la stratégie de mise en place d'une sCVHL d'un GH de l'APHP sur un an, de mars 2016 à mars 2017, et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Le prérequis réglementaire est défini dans le plan stratégique de l'APHP 2015-2019 et les missions de la sCVH définies dans le règlement intérieur de la CME. Les objectifs ont été de créer une équipe opérationnelle de praticiens dans le GH, de faire un état des lieux de l'existant par la réalisation d'une enquête locale, d'identifier les acteurs impliqués dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des médecins et enfin, participer à la politique du GH dans la gestion toute particulière des ressources humaines médicales. Le bilan à un an fait état d'une sCVHL efficiente. Les résultats préliminaires de l'enquête locale sont concordants avec les données institutionnelles et la littérature. Si les principaux freins à son fonctionnement sont le temps et les moyens dédiés à la sCVH dans son rôle transversal, l'engagement de la direction du GH auprès de sCVHL devrait pérenniser son action.

**Mots-Clés :** CVH, Communication managériale, Burn out, Risques psychosociaux, Ressources humaines

## **INTRODUCTION**

La sous-commission vie hospitalière (sCVH) a été mise en place à l'APHP en 2013. Elle a pour mission d'instruire les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens à l'APHP, mais aussi de faire des propositions pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT) des médecins de l'hôpital.

Un baromètre interne de l'AP-HP concernant la qualité de vie au travail a été réalisé en 2013.

Un tiers des médecins titulaires a répondu au questionnaire diffusé : « ils aiment leur métier mais éprouvent un sentiment de démotivation (manque de reconnaissance, difficultés d'organisation interne, imperfection des moyens à disposition). Ils estiment un fort sentiment d'appartenance à l'APHP et à leur service, mais beaucoup moins aux pôles et au GH, sur lesquels ils sont mal informés ». Les résultats de cette enquête ont été mis à la disposition des gouvernances du GH pour qu'elles puissent analyser les résultats.

Suite à un évènement grave lié au suicide d'un médecin sur son lieu de travail, le directoire de l'APHP, adoptait début 2016 un plan d'action impliquant la DOMU (Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités) et la CME, ayant pour objectif de prévenir et de traiter avec une efficacité optimale, les situations complexes concernant le personnel médical quel que soit son origine (1). Le déploiement des sCVH locales au sein des GH devient une priorité.

**Le but de ce travail est de définir les objectifs et la stratégie de mise en place d'une sCVH locale (sCVHL) d'un groupe hospitalier de l'APHP sur un an et les moyens pertinents nécessaires à sa mise en œuvre.**

## **LA PROBLEMATIQUE GENERALE ET LES ENJEUX LOCAUX**

### **1- LA PROBLEMATIQUE GENERALE ET LA REGLEMENTATION**

Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out » est plus fréquent dans les professions du soin que dans d'autres professions, et les médecins hospitaliers sont aussi concernés (2-3). Bien que les données soient partielles, les enquêtes s'accordent sur une baisse probable de la qualité des soins en cas de mal être du soignant. Une revue de la littérature dans ce domaine a été réalisée pour la HAS et publiée en janvier 2016 (4). La prévention et la prise en charge du risque psychosocial des praticiens deviennent aujourd'hui un sujet prioritaire pour l'hôpital. C'est pourquoi le plan stratégique de l'APHP 2015-2019 a défini un projet social et professionnel (PSP) ayant comme objectif d'investir « dans les ressources humaines dans une approche socialement responsable, en sécurisant les parcours professionnels et en améliorant la qualité de vie au travail, dans une approche incluant le personnel médical. » (5). Cette stratégie est dans la continuité d'une évolution sociétale ancrée en France depuis 2013, dans un accord cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique, signé le 22 octobre 2013, par les organisations syndicales et l'ensemble des employeurs de la fonction publique (FPE, FPT, FPH). En application de cet accord, chaque employeur public devait élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS d'ici 2015. Par ailleurs, la Ministre de la Santé a présenté un dispositif national de qualité de vie au travail pour les personnels hospitaliers en décembre 2016 (6)

Le PSP 2015-2019 de L'APHP se décline donc en 5 axes :

- Sécuriser les parcours professionnels et promouvoir le développement professionnel
- Promouvoir un management par la confiance
- Améliorer la santé et la qualité de vie au travail
- Conforter la responsabilité sociale de l'APHP
- Anticiper l'évolution des emplois et des effectifs

Les 2 axes spécifiques sont :

- La promotion d'une politique managériale pour le personnel médical en

sensibilisant les praticiens aux valeurs managériales par la formation au management des responsables de structures internes et le soutien des praticiens en position de responsabilité.

- La prévention des risques psycho-sociaux touchant les personnels médicaux en veillant à la mise en place et au fonctionnement régulier au sein de chaque GH des sous-commissions « Vie hospitalière »

Ce deuxième axe spécifique se décline de la manière suivante :

- Soutenir la sous-commission centrale et les sous-commissions locales « Vie hospitalière » dans leur rôle de médiation en cas de conflits entre médecins
- Se donner les moyens de traiter les situations individuelles de souffrance au travail exprimées via la messagerie mise en place par la sCVH
- Informer les praticiens en situation de management sur la nature des risques psycho-sociaux et leurs conséquences

Les missions de la sCVH sont définies dans le règlement intérieur de la CME de l'APHP : « Elle instruit les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens de l'AP-HP et aux conditions d'accueils des praticiens qui y sont recrutés ». Les règles de fonctionnement de la sCVH sont de participer avec la DRHM à la définition et à la mise en œuvre d'une politique d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels concernant le personnel médical. La sCVH a un rôle de conseil, d'accompagnement et de soutien auprès des médecins en situation de souffrance professionnelle.

A l'échelle institutionnelle, la CVH centrale est opérationnelle depuis 2013. Les thématiques traitées sont le management des médecins, l'évaluation de la santé au travail, le projet social ainsi que des sujets complexes comme suicide et travail, et la gestion des situations individuelles.

Concernant les situations individuelles, un dispositif a été mis en place depuis 2013, avec l'ouverture d'une messagerie dédiée, dirigée vers deux praticiens référents qui proposent alors un entretien téléphonique ou une rencontre. Le dispositif central des situations individuelles effectue des réunions de synthèse mensuelle avec un sous-groupe de la CVH et le DRHM.



## **2- LA STRATEGIE LOCALE DE MISE EN PLACE DE LA sCVHL**

En pratique et début 2016, La sCVHL n'était pas formalisée au sein du GH Saint Louis, Lariboisière, Fernand-Widal. Lors du renouvellement de la CMEL, le directoire du GH s'est fortement impliqué pour son institutionnalisation locale. Selon un processus électoral par les représentants de la CMEL, elle s'est initialement constituée en mars 2016 autour d'un président : le Dr Christophe SEGOUIN, Chef de service de Santé Publique du GH, et moi-même, Praticien Hospitalier en Anesthésiste Réanimation, vice-présidente.

Ce mémoire a pour objectif de définir la mise en place sur le terrain de cette commission sur 1 an de mars 2016 à mars 2017 en définissant ses missions, ses actions et moyens d'actions. La méthodologie utilisée s'inspirera de la méthodologie PDCA, afin de mettre en œuvre une méthode structurée apportant des solutions adaptées et pérennes. La période étudiée devrait permettre d'analyser les deux premières étapes : le Plan and Do, qui seront détaillées dans les 3 chapitres suivants :

### ***Créer une équipe***

L'objectif a été de créer une équipe locale de praticiens missionnés pour 3 ans, en s'appuyant sur les modalités définies par le règlement intérieur de la sCVH présenté par le Dr Nicolas DANTCHEV et adopté le 12 février 2016 en CME. Ces modalités sont extraites du règlement intérieur de la CME article 3-4-3-2-6, adopté en CME le 12 février 2013 et qui précise que : « ...la sous-commission vie hospitalière de la CME instruit les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens à L'APHP et aux conditions d'accueil des médecins qui y sont recrutés. A l'AP-HP sont instituées une CVH auprès de la CME et une CVH locale auprès de la CMEL »

Dans les faits, il n'y avait pas, et il n'y a toujours pas, de composition indicative des sCVHL au sein de l'APHP. Ceci a été confirmé par le compte rendu 28 septembre 2016 de la CVH centrale qui rapporte un état des lieux extrêmement contrasté des sCVHL entre les GH. Il a donc été décidé d'ouvrir cette commission sur la base du volontariat à tous les praticiens, médecins, pharmaciens ou odontologistes, hors sage-femme et étudiants, sans restriction de statut, ni obligation d'être membre de la CMEL, ce qui la différencie de la CVH centrale composée de membres élus de la CME. Nous avons

considéré comme membres de droit, les médecins du travail et les représentants de la direction des affaires médicales.

Soit en définitive :

- Un président et un vice-président élus
- 12 membres praticiens du groupe hospitalier sur la base du volontariat
- 4 Membres de droit : 2 médecins du travail, 2 représentants de la DAM

Les objectifs initiaux ont été de réunir cette commission tous les 2 mois et rapidement de créer des groupes de travail afin de répartir les tâches. Dès la première réunion, basée sur le principe du « brainstorming », la réalisation d'un diagnostic sur la QVT au sein du GH s'est imposée comme un prérequis indispensable à un travail local.

### ***Manager un projet sur une problématique complexe***

La première étape a été d'effectuer un diagnostic de la qualité de vie au travail au sein du GH. À l'échelle de l'APHP, un état des lieux de l'existant avait été réalisé en 2013 sous la forme d'une enquête appelée Baromètre social APHP dont le taux de participation avait été de 26% pour le personnel médical (25% sur GH SLS LRB FW) dont 19% pour la filière médicale, 42% des Chefs de Pôle et Chefs de Service. Les priorités à améliorer étaient la reconnaissance du travail (68%) et les conditions de travail (55%). Une enquête QVT Médecins –Pharmaciens-Odontologistes du Groupe hospitalier Saint Louis-Lariboisière –Fernand Widal a donc été réalisée en 2016 par la sCVHL et le service de Santé Publique (Dr Christophe Segouin, Dr Pénélope Troude).

Les méthodes ont été les suivantes : 1-L'élaboration du questionnaire a été basée sur le celui du baromètre interne AP-HP 2013 et du projet du questionnaire sCVHL Saint Antoine. D'autres sources ont été utilisées comme :

- le baromètre santé 2010
- QVT dans les établissements de santé (HAS-ANACT)
- Le questionnaire « usure psychologique et organisation interne des services » 2001 (INSERM)
- Le questionnaire de la 4<sup>ème</sup> vague d'enquête « conditions de travail des médecins généralistes libéraux et les conséquences sur leur santé et la qualité des soins 2008 (DREES)

- Les deux questionnaires existants sur la mesure du burn out (MBI et CBI accessibles en ligne).

Des questions relatives aux facteurs associés à un ressenti positif ainsi que le niveau de satisfaction par rapport à la rémunération ont été ajoutées à la demande des membres de la sCVHL.

L'enquête a été réalisée en ligne par l'intermédiaire de LimeSurvey avec hébergement sur l'intranet du GH. Les médecins ont été contactés par mail, à partir des données du bureau du personnel médical, avec un lien générique. Le questionnaire était anonyme, accessible durant 4 semaines du 27 juin 2016 au 27 juillet 2016. L'annonce de l'enquête a été faite par mail, avec 3 relances et 1 relance par un membre de la sCVHL, de sa propre initiative. Les questions recueillies abordaient les sept thématiques suivantes :

- L'état d'esprit général du praticien
- Le relationnel patient et autres professionnels
- Le ressenti et impact négatif du travail
- La charge du travail et l'organisation du temps de travail
- Les perspectives professionnelles et la formation
- La santé et vie personnelles
- Les structures de soutien du GH

Les résultats seront présentés ultérieurement

La deuxième étape consistait à identifier les acteurs en lien avec la sCVHL qui est une commission nouvelle au sein du GH, constituée de professionnels en activité. C'est une instance de prévention des RPS et de réflexion sur l'organisation du travail et le management médical. Elle s'intègre dans une démarche d'amélioration de la QVT des professionnels médicaux qui doit s'appuyer sur une triple légitimité (sociale, technique et politique) (7). Cette démarche est déjà effective dans la gestion des ressources humaines non médicale (Plan RH PNM). La sCVHL se positionne donc dans une légitimité sociale, sans être pour autant une instance représentative du personnel (IRP) ; elle doit jouer un rôle d'interface entre les différents acteurs à l'échelle locale et institutionnelle. Localement, la médecine du travail est représentée par un médecin du travail et un

médecin faisant fonction, répartis sur 2 des 3 sites du GH. Ils sont membres de droit de la sCVHL. Ils sont secondés par une équipe de deux psychologues du travail. Les médecins du travail et les psychologues reçoivent sur demande les professionnels qui le souhaitent. Une consultation d'ostéopathie est mise en place sur le GH mais non accessible aux médecins. La direction du groupe hospitalier est représentée à la sCVHL par le directeur du personnel médical ou son représentant. Le travail de la sCVHL est réalisé en lien avec le président de la CME.

Les acteurs extérieurs jouent également un rôle primordial. Les présidents et vices présidents des sCVHL sont invités permanents de la CVH centrale, qui est composée de 18 membres élus de la CME, d'un président, le Dr Nicolas Dantchev et d'un vice-président le Pr Rémi Salomon. Le médecin du service central de la médecine du travail (SCMT) est un autre invité permanent. Enfin, la CVH centrale est en lien avec

- la DOMU
- la Commission des structures
- la Commission du Temps et Effectifs Médicaux (CTEM)
- la commission des internes
- la commission des soins infirmiers
- la commission régionale paritaire
- le comité permanent RPS

***Définir une politique GH pour manager les situations conflictuelles individuelles et collectives***

Les principes d'une démarche stratégique pour prévenir les risques psychosociaux en entreprise passe par une approche globale découpant l'entreprise en au moins trois sous systèmes en interaction (7):

1. L'organisation qui différencie le rôle de chacun, définit les règles de conduite et en assure l'effectivité.
2. Le management qui a fonction d'établir la communication entre l'organisation et l'individu.
3. L'individu qui a pour fonction de répondre le plus efficacement possible à son propre rôle et à celui de ses collègues.

C'est l'efficacité de la relation entre ces trois niveaux qui détermine l'efficacité globale d'une entreprise pour réguler le risque psychosocial à travers la lutte contre les facteurs de risque d'après Semmer (8).

A l'échelle de l'APHP, l'organisation et le management s'articulent, entre autres, autour du plan RHPM mis en œuvre par le directoire de l'APHP ayant fait l'objet d'un avis favorable de la CME le 10 mai 2016. Celui-ci prévoit :

- la rédaction d'une charte du management de l'équipe médicale
- la mise en place en 2017 d'entretiens annuels individuels entre les praticiens et leur responsable de structure.

A l'échelle du GH, cette démarche s'est mise en place en parallèle de la sCVHL en 2016, en intégrant dans le plan Ressources Humaines, historiquement non médical, la dimension médicale (Groupe RH PM). Ce groupe RH PM associe des représentants de la direction, de la médecine du travail, et la sCVHL représentée par son président et/ou son vice président.

La priorité d'action a été donnée initialement à la mise en pratique au sein du GH, de l'entretien annuel individuel. Ses objectifs sont détaillés dans le guide de l'entretien individuel des praticiens de l'APHP qui a été diffusé aux chefs de service (voir ANNEXE).

C'est à l'échelle de l'individu selon Semmer, que la sCVHL prend tout son sens et s'insère comme un nouveau dispositif, encore méconnu des praticiens car historiquement peu formés aux RPS. Pour rappel, la CVH centrale avait mis en place en février 2013 un dispositif d'aide aux personnels médicaux en situation de souffrance professionnelle par une messagerie dédiée.

La sCVHL est donc une commission locale de pairs. Elle travaille à la mise en place d'une saisine locale des situations à risque, tout en s'engageant sur des règles éthiques de confidentialité. Celle-ci est due à toute personne qui sollicite la commission ou un des ses membres. C'est donc à la personne qui sollicitera la sCVHL de décider d'alerter ou pas la médecine du travail, d'autres collègues ou la direction. Compte tenu de cet engagement de confidentialité, les situations personnelles ne seront pas discutées lors des réunions plénières de la sCVHL.

Le GH reste toutefois le premier lieu d'instruction des situations complexes comme le

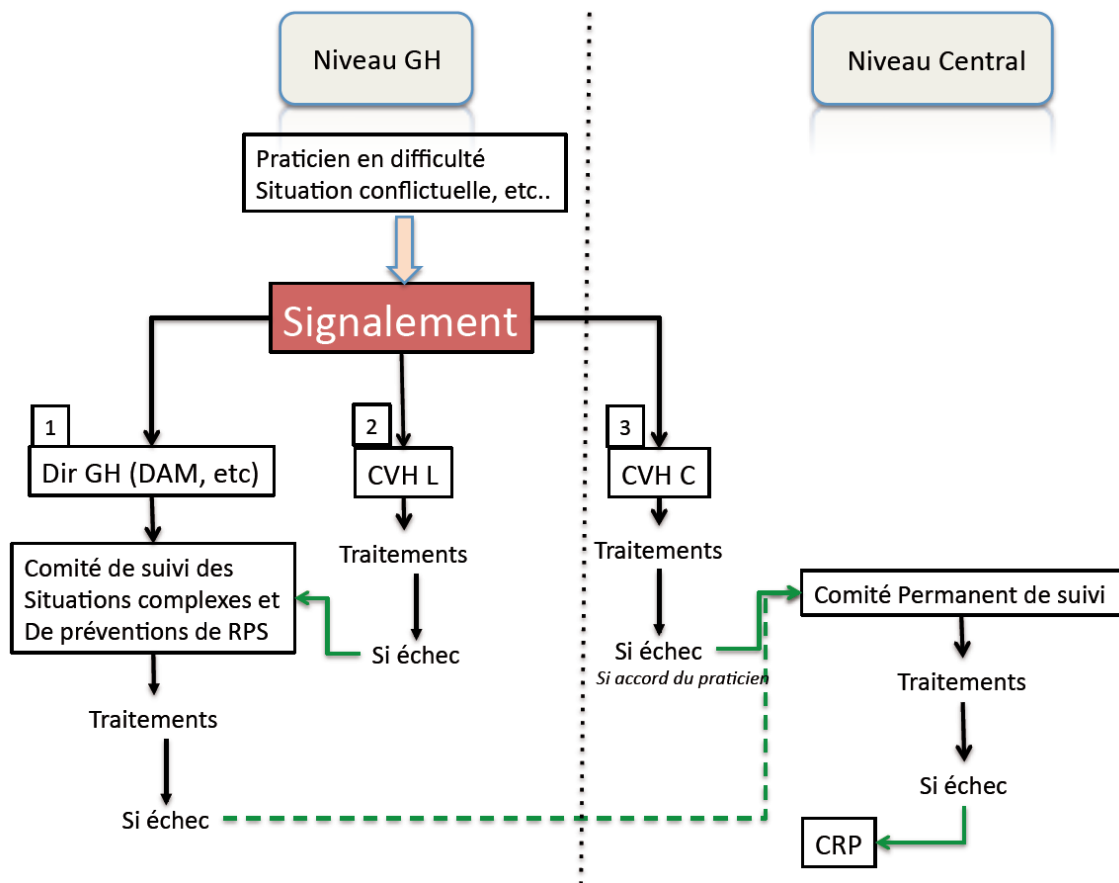
montre le diagramme de signalement RPS présenté en septembre 2016 à la CVH centrale (Figure 1). Il réunit en cas de nécessité **un comité de suivi des situations complexes et de prévention des RPS**, qui peut notamment faire appel à l'ordre des médecins.

Le siège, deuxième niveau d'instruction et de traitement propose un **comité permanent de suivi du dispositif de prévention des RPS**. Ce dispositif s'articule avec la **Commission Régionale Paritaire (ARS)**. Les solutions proposées vont de la conciliation, à l'accompagnement ou au coaching. Le recours à une mobilité au sein de L'APHP peut être envisagée.

## Diagramme signalement RPS du plan RHPM

### CVH centrale APHP

Septembre 2016 (Figure 1)



Il est important de souligner que l'intégralité de ce processus s'inscrit dans le compte qualité du GH pour la certification V2014 sur la thématique QVT. Cette thématique prioritaire a été mise en place en 2015 par la HAS en partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact).

## RESULTATS PRELIMINAIRES DE L'ENQUETE QVT 2016

Les premiers résultats sont montrés dans le tableau 1. Le questionnaire a pu être complété par un total de 235 médecins. Le taux de participation estimé a été de 36% pour les titulaires hospitaliers et hospitalo-universitaires. Seuls 18 internes ont complété le questionnaire en entier, les analyses ont été restreintes aux 235 médecins hors internes (Il y a peu de résultats pour les internes car peu d'entre eux ont été touchés, compte tenu du manque d'information concernant leurs adresses mails).

La majorité des répondants (58%) sont des femmes. La tranche d'âge (37%) est à 30-39 ans. Les 2/3 des répondants sont des praticiens titulaires.

- L'état d'esprit général des professionnels est pour moitié « bon » (45%) voire « excellent » (9%) et dans 2/3 des cas « normal » avant d'aller au travail. Toutefois, 5% se sentent angoissés : « usés » « au bout du rouleau ». Les 2/3 des médecins ayant répondu ont une activité clinique et sont plutôt satisfaits de leur relation avec le patient.
- Le degré de satisfaction à l'égard du niveau d'interaction avec l'équipe pour améliorer la qualité des soins et le fonctionnement du service est « bon ». Le ressenti sur les relations avec les autres professionnels, soignants, collègues encadrement, hiérarchie et directions hospitalières sont « plutôt bonnes », à « bonnes ». Mais dans 47% des cas, les perspectives professionnelles sont plutôt « insatisfaisantes » (31%), voire « très insatisfaisantes » (16%). Parmi les répondants, 1/3 expriment la possibilité d'un « épuisement physique » et/ou « émotionnel » dans les années à venir et 59% se sentent directement concernés par le « burn out ». A noter que 4% des répondants déclarent être en « burn out ».
- 81% des répondants estiment avoir une charge de travail « légèrement excessive » (34%) à « excessive » (47%), seuls 1/3 des répondants ont déclaré faire des gardes.
- 68% ont déclaré avoir l'impression de réaliser des « tâches qu'ils ne devraient pas faire » (tâches administratives et secrétariat : 49%).
- 71% renoncent à la formation continue, par « manque de temps » (64%) ou de « financement » (32%),
- Concernant les jours de repos, 77% peuvent prendre « toujours » ou « souvent » leurs vacances par contre 44% ne peuvent pas prendre les RTT.



- Concernant la santé des répondants, les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont les troubles du sommeil 23%, de l'humeur 16% et les rachialgies 12%. Leur soutien se situe majoritairement en dehors de l'hôpital.
- Enfin, concernant les structures de soutien connus dans le GH :
  - 20% ne connaissent pas la médecine du travail et 54% « ne souhaiteraient pas de visite à la médecine du travail »
  - 45% ne connaissent pas la psychologue du travail.
  - 56% ne connaissent pas la sCVHL.
  - 59% ne connaissent pas la sCVH du siège.

L'enquête a donc permis d'identifier 4 priorités d'action concernant la QVT dans le GH

1. la reconnaissance de la qualité du travail réalisé (60%)
2. l'impact de la charge de travail (57%)
3. l'impact du management (48%)
4. les conditions matérielles d'exercice (46%)

La mise en place d'un sous-groupe de travail regroupant des membres de la sCVHL et des spécialistes des RPS (Dr D Beaumont, Pr D Choudat, Pr P Hardy, Dr C Segouin, Dr MC Becq) a été constitué et s'est réuni en novembre 2016. Les premières conclusions sont les suivantes :

L'exploitation de ce questionnaire va probablement permettre de définir

- un groupe « atteinte à la santé » correspondant aux items usé, angoissé, burn out, idées suicidaires
- un groupe avec des facteurs de risques psychosociaux (charge de travail, manque de reconnaissance, conflit...)


Le tiers des répondants ont été classés dans un groupe « atteinte à la santé » :

Au moins un des critères suivants retrouvés : usé/au bout du rouleau en se levant le matin ; angoissé avant d'aller au travail ; sensation d'être tout le temps dépassé par les événements /noyé ; jamais la possibilité de se détendre et de se déconnecter du travail après la journée de travail ; impression de tout le temps faire mal son travail ; projets ou idées suicidaires à cause du travail (au cours de la vie) ; en burn out actuellement.

43% sont classés dans un groupe « risque psychosocial » : ayant répondu « tout le temps » à « charge de travail trop importante » ou « manque de reconnaissance au travail et en situation de conflit ».

Les résultats plus détaillés sont actuellement en cours d'analyse par la sCVHL

## Tableau 1 Résultats préliminaires de l'enquête QVT médecins – pharmaciens – odontologistes 2016



### Premiers résultats de l'enquête QVT médecins – pharmaciens – odontologistes

Qui sont-ils? Quelles sont leurs priorités d'actions?

#### CONTEXTE

- Objectif de la CVH: réaliser un état des lieux de la qualité de vie au travail pour les professionnels médicaux.
- Peu voire pas de données sur les médecins hospitaliers (en dehors de quelques données non spécifiques issues de baromètres sociaux).

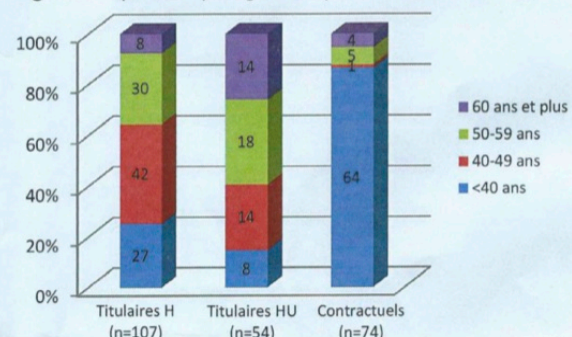
#### MÉTHODES

- Questionnaire **élaboré** par la CVH et le service de santé publique, à partir de différentes sources (AP-HP, HAS, Inserm, DREES...), structuré en **4 parties**: ressenti, conditions de travail, articulation vie professionnelle-vie privée et profil.
- Enquête en ligne** par questionnaire **anonyme**, implémenté sur LimeSurvey et hébergé sur l'intranet, accessible durant 4 semaines (27/06/2016- 25/07/2016).
- Contact par **mail** avec un lien générique + 3 relances + 1 relance par un membre de la CVH.

#### PREMIERS RÉSULTATS

- 253** médecins ont complété le questionnaire en entier, dont 18 internes → analyses restreintes aux **235** médecins hors internes.
- Taux de participation estimé à **36%** parmi les titulaires hospitaliers et hospitalo-universitaires.
- Le profil des répondants est présenté dans le tableau 1 et sur la figure 1.

#### Figure 1. Répartition par âge des répondants selon leur statut



Statut	<40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans et plus
Titulaires H (n=107)	27	42	30	8
Titulaires HU (n=54)	8	14	18	14
Contractuels (n=74)	64	5	1	4

#### Tableau 1. Profil des répondants (n=235)

	%
Sexe	
Femme	58%
Homme	42%
Discipline	
Anesthésie	10%
Biologie	19%
Pharmacie	9%
Psychiatrie	1%
Radiologie	3%
Spécialités chirurgicales/ odontologie	9%
Spécialités médicales	48%
Situation familiale	
Seul(e)	11%
Seul(e) avec un/des enfant(s)	7%
Avec un autre adulte, sans enfant	28%
Avec un autre adulte et avec enfant(s)	53%
Avec au moins une personne à charge	1%
Type d'activité (plusieurs réponses possibles)	
Consultation	52%
Bloc	18%
Travail en salle	42%
Activités spécifiques (pharmacie, imagerie...)	48%
Autres (formation, enseignement, qualité...)	63%

#### Tableau 2. Priorités d'action (plusieurs réponses possibles)

	%
Reconnaissance de la qualité du travail	60
Charge de travail	57
Management	48
Conditions matérielles	46
Communication et partage d'informations	45
Organisation du temps de travail	44
Définition des rôles, missions et objectifs	44
Possibilités d'évolution professionnelle	43
Conciliation vies privée et professionnelle	40
Formation et développement des compétences	35
Travail en équipe	31
Conciliation temps médicaux et paramédicaux	21
Dialogue social	8

#### PERSPECTIVES

- Synthèse thématique des résultats:** relationnel patients et autres professionnels / dynamique équipe, impact négatif du travail, charge de travail et organisation du temps de travail, perspectives professionnelles – formation...
- A partir des variables du questionnaire, définition d'un indicateur « **atteinte à la santé** » et d'un indicateur « **facteurs de risques psychosociaux** », dont le croisement permettra la répartition des répondants en 4 groupes.
- Poursuite de l'exploitation des données au sein d'un groupe de travail ad hoc avec des **experts** de la pathologie professionnelle, des risques psychosociaux et d'un psychiatre.

**Contacts:** Commission Vie Hospitalière (CVH) du GH, président: Dr Christophe Segouin ([christophe.segouin@aphp.fr](mailto:christophe.segouin@aphp.fr)), vice-présidente : Dr Marie – Christine Becq ([marie-christine.becq@aphp.fr](mailto:marie-christine.becq@aphp.fr)) ; service de santé publique, Dr Pénélope Troude ([penelope.troude@aphp.fr](mailto:penelope.troude@aphp.fr)).

## DISCUSSION

« L'existence humaine ne devient une véritable souffrance, un enfer que lorsque deux époques, deux cultures, deux religions interfèrent l'une avec l'autre »

*Herman Hesse. Le loup des steppes, op.cit.,p 39*

### **Historique de la gestion RH PM à l'hôpital.**

A l'origine en France, l'hôpital était une institution religieuse sans médecins. En 1958, la réforme Debré a permis, entre autre, la création des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU). L'hôpital devient alors un lieu de formation des médecins. Un statut de médecin hospitalier se met en place, se déclinant aujourd'hui en différents statuts. La gestion administrative hospitalière liée aux contingences économiques évolue de facto vers une gestion des ressources humaines médicales. L'objectif, dans le contexte de la T2A, est d'équilibrer les recettes et les dépenses sachant que les dépenses liées à la masse salariale correspondent à 70% des dépenses d'un hôpital. La gestion des médecins reste toutefois spécifique, elle est réalisée par le chef d'établissement ou confiée à une direction des affaires médicales, le glissement sémantique vers un DRH médical n'a pas encore eu lieu, sachant que le médecin hospitalier à un statut particulier, il n'est pas fonctionnaire et peut garder une liberté d'exercice. Aujourd'hui cette gestion est médico-administrative, en tandem directeur-président de CME ou en trio avec le Doyen dans les CHU.

Dans les textes (loi HPST 21 juillet 2009), la gestion des ressources humaines médicales appartient au Chef de Pôle et, au quotidien, elle est effectuée par la Direction du Personnel et des Affaires Médicales (DPAM) et le Chef de Service. Elle a pour objectif théorique de promouvoir l'évolution professionnelle des médecins (formations, promotions, partage des responsabilités locales) et valoriser, développer ou réorienter les parcours professionnels par la mise en place des entretiens annuels et par le développement des CVH. Le premier constat est que l'hôpital qui a connu une succession de réformes, issues du nouveau management public (NMP), la plupart justifiées par des objectifs de qualité et de sécurité des soins, n'a pas revisité les conditions d'exercice des médecins. Pour mémoire, ce « NMP » est un paradigme d'action publique mis en œuvre dans les administrations et services publics, y important des outils indicateurs de performance (9). L'enjeu est aussi un paradoxe, car il est nécessaire de contenir les dépenses liées à la masse salariale par des efforts d'efficience, dans un contexte de pénurie de ressources médicales, aigüe dans certaines

spécialités, et directement liée à une baisse d'attractivité de la médecine hospitalière, cercle vicieux aggravant les inégalités et les tensions (10).

Dans cette perspective, la reconnaissance s'établit comme la contrepartie symbolique de l'investissement donné, qui sera une des premières laissées pour compte dans la fuite en avant de la performance. Cette course à la reconnaissance apparaît alors comme une quête pour faire exister son humanité dans une société vouée à la technique et valorisant un idéal efficient. « S'ouvre ici le domaine de la « souffrance éthique » : à force de déroger aux règles du métier, on finit par trahir « l'éthos » professionnel puis à se trahir soi-même écrit C. Dejours (11). A ce titre, le burn out est le point de rupture, le syndrome de la difficulté d'exercer un métier humaniste dans une société technicienne.

L'enquête sur la QVT des praticiens réalisée dans le GH, illustre cette situation et fait écho au baromètre réalisé en 2013 par l'APHP, tout en mettant en avant plusieurs priorités d'action pour améliorer la QVT des médecins : la reconnaissance de la qualité du travail réalisé, l'impact de la charge de travail et les conditions matérielles d'exercice. Ces résultats concordent avec les données récentes de la littérature, susceptibles de prévenir et de réduire le burn out des praticiens, comme le souligne la méta-analyse de WEST en 2016 (12), et méritent d'être exploités à l'échelle locale.

### ***Particularisme des ressources humaines médicales.***

Le rapport de l'IGAS en décembre 2016 concernant les recommandations pour une meilleure prise en charge des risques psychosociaux (RPS) des personnels médicaux dans les établissements de santé insiste sur la spécificité « propre » de ces RPS.

Plusieurs facteurs sont à prendre en considération. La diversité d'une part des catégories professionnelles concernées, allant des praticiens hospitaliers aux hospitalo-universitaires (dans les CHU) en passant par les étudiants en médecine, externes et internes. Les statuts sont différents, les conditions d'exercices d'un centre hospitalier à l'autre sont variées. Les parcours professionnels, d'autre part 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, 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, dans un contexte corporatiste (13).

Chez les personnels médicaux, l'objectivation des RPS est difficile, car il existe un manque certain d'études pertinentes tant sur les facteurs déclenchant que sur les éléments du diagnostic. Quoiqu'il en soit, les enquêtes recensées confirment bien que le personnel médical en établissement de santé n'échappe pas à cette problématique.

Les personnes en souffrance dénoncent souvent les solidarités médicales locales non seulement intra-hospitalières et universitaires, mais également ordinales et avec l'ARS. Les professionnels médicaux se connaissent la plupart du temps depuis leurs études et exercent en lien. Le recours en interne soulève la question de conflits d'intérêt entre les parties et l'objectivité est contestée. Dans le rapport de l'IGAS , Une réflexion sur la neutralité a été engagée, avec proposition de création d'une médiation régionale externe et indépendante, formée à la gestion des situations complexes.

S'agissant des établissements de santé, que ce soit au regard de questions liées à la performance, à des changements d'organisation du travail ou la prévention des risques professionnels, le management est aussi pointé comme une source de dysfonctionnement et donc comme un levier d'action comme le souligne les travaux de Shanafelt (14). Aujourd'hui, le constat, est que les managers tant administratifs que médicaux sont susceptibles d'avoir des pratiques managériales inadaptées, d'autant plus qu'elles sont éloignées des problématiques du terrain , comme le décrit de manière plus générale le rapport parlementaire relatif au syndrome d'épuisement professionnel de G Sebaoun en Février 2017 (15). Cette prise de conscience collective, est le prérequis indispensable à l'analyse des RPS à l'échelle d'un GH. Là encore, l'enquête sur la QVT des praticiens dans le GH met en avant l'impact du management dans les priorités d'action.

### ***Bilan à 1 an de la sCVHL : les leviers d'action et les freins***

Un an après sa mise en place , la sCVHL est une sous commission effective qui s'est réunie cinq fois en 2016, selon un calendrier pré établi. La première étape diagnostique sur la QVT des praticiens a été réalisée et ses résultats étaient en cours d'exploitation par un sous groupe composé de membres de la sCVHL et de spécialistes des RPS, avant d'être présenté aux instances locales CEL puis CMEL.

L'alerte sCVHL pour la gestion des situations individuelles n'est pas encore formalisée et le mode de signalement reste très éparpillé : bouche à oreille, conseil de pairs, Direction des Affaires Médicales (DAM). Presque tous les statuts sont représentés sauf les étudiants. Les situations intéressent rarement un individu seul ; elles concernent plus souvent ce dernier dans un contexte qui est la plupart du temps le service. Elles sont complexes, anciennes, « acutisées » à l'occasion d'un changement de Chef d'Unité, d'un regroupement. Dans la majorité des cas une dysfonction managériale est soulignée et « aller travailler devient une souffrance quotidienne ». Les dysfonctionnements retrouvés sont :

- Une absence ou une perte de communication
- Un sentiment de dévalorisation, de mise à l'écart, avec notion de « placardisation ».
- Le recours à la médecine du travail est rare

Une réflexion est en cours par la sCVHL pour une saisine locale centralisée des signalements. Une traçabilité dans la confidentialité est à réaliser pour assurer le suivi. Le comité pour l'analyse des situations individuelles qui réunit la direction, le président de la CMEL, le Doyen, le président de la sCVHL et le médecin du travail s'est mis en place et arbitre dans le cas des situations individuelles complexes.

Le président et/ou le vice président de la sCVHL participent au groupe RH PM instauré en 2016 dans le GH selon un calendrier de réunion établi par la direction. Ce groupe de travail a vocation, au-delà de la mise en œuvre du plan APHP (charte de management, mise en place des entretiens annuels), à faire toute proposition de nature à améliorer les conditions de travail et à favoriser l'attractivité du groupe hospitalier pour les médecins. La seule limite fixée étant de rester dans les leviers qui sont à la main du GH.

**Certains freins à la mise en place de la sCVHL ont toutefois été identifiés au cours de cette première année** au delà de la réflexion sur les circuits de signalements des RPS. L'absence de temps, ni de lieu dédié pour écouter ou recevoir les collègues en difficultés, l'interrogation sur la capacité des membres de la sCVHL à prendre en charge les témoignages de souffrance au travail des confrères sont l'expression d'un besoin de formation à la prévention des RPS et/ou aux techniques de médiation.

Une difficulté importante soulevée par la mise en place du questionnaire, et qui relève de la communication au sein du GH a été l'accès à une mailing liste exhaustive du personnel

médical. En effet, il n'existe pas de liste complète et mise à jour des mails de l'ensemble des médecins, pharmaciens et odontologistes du GH. Par exemple, Il n'y a pas de liste de mail globale des internes du GH, un mail d'invitation à remplir le questionnaire a été envoyé aux secrétaires des Chefs de Service afin que les internes en stage dans leur service puissent participer à l'enquête. Informer la majorité des praticiens à l'échelle locale reste encore un défi.

**Le principal levier d'action est manifestement l'engagement de la direction du GH et du président de la CMEL dans une dynamique de résolution des conflits et une politique de prévention des RPS à l'échelle locale.** Ainsi la charte de management articulée autour des valeurs médicales et managériales a été diffusée, la systématisation des entretiens annuels fortement encouragée en CMEL fin 2016 avec un débat au printemps 2017 sur un retour d'expérience. De nouvelles modalités de nomination des chefs de service sont définies par une commission pour l'analyse des chefferies de service.

Des moyens sont ou seront alloués par le GH pour la formation médicale managériale (ex : EMAMH) et possiblement pour la formation à la prévention des RPS et/ou aux techniques de médiation.

Ce principal levier d'action est retrouvé de manière plus générale dans un « état des lieux et perspectives » présenté par le Pr Rémi Salomon le 28 septembre 2016 en CVH centrale, après une enquête flash des sCVHL de l'APHP. Les situations des CVHL sont très contrastées d'un GH à l'autre. Les CVHL les plus dynamiques sont celles ayant bénéficié d'un soutien des directions des affaires médicales.

**Le deuxième levier d'action se situe dans la communication.** Un GH au sein de l'APHP est une organisation complexe. Cette communication managériale implique aujourd'hui un circuit de l'information fluidifiée « re-humanisée ». Selon les travaux de Lefebvre et Poirot, (7), la réussite de la communication sur ce sujet dépend autant de son contenu que de sa forme. Elle doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Un projet de cycle de conférence par la sCVHL sur la QVT est en cours, à moyen terme sur le GH. Il devrait permettre d'élargir l'information, de provoquer la réflexion et de susciter le débat local.

En retrouvant une vraie proximité sur le terrain, avec une communication plus informelle, il est possible de redonner du sens à la mission collective des praticiens dont les conditions de travail ont pu se dégrader pour des motifs économiques, parfois même

associées contre leur gré, à une logique de restructuration. Les individus, en société ou dans le microcosme d'une entreprise, évoluent en fonction de la manière dont ils sont perçus (16). C'est un retour vers la reconnaissance.

## **CONCLUSION**

Au printemps 2017, la sCVHL du GH existe depuis un an et elle est maintenant une interface relativement active entre les praticiens hospitaliers au moins, et la direction du GH.

On déplore toutefois, un manque de moyens institutionnels utiles à la gestion des ressources humaines et à l'échelle locale, cela se traduit par un nombre insuffisant de médecins du travail, de psychologues du travail, d'ergothérapeute, et une absence de temps et de moyens dédiés aux membres de la CVH dans son rôle transversal. Ce constat est partagé par la CVH centrale.

Cependant, la mise en place de la sCVHL du GH enclenche un processus sur le terrain qui donne un sens au plan stratégique ministériel Santé au travail 2016-2020. En une année, une première étape diagnostique a été réalisée par une enquête sur la QVT du GH et l'approche des RPS des praticiens. La sCVHL participe à la mise en place du plan RH PM local, elle est à l'écoute des praticiens, s'ils la sollicitent. Ses moyens actuels, en partenariat avec la direction du GH, sont principalement la confiance, l'écoute et le dialogue.

Les prochaines étapes devront être, en améliorant la communication, le contrôle de ses actions et leur ajustement afin de valider et pérenniser la démarche à l'échelle des individus.

Prendre le temps de fluidifier le rapport humain dans l'hôpital public, soumis à de lourdes contraintes organisationnelles et économiques, tout en valorisant le projet médical, est aujourd'hui un postulat subtil pour restaurer son attractivité. C'est aussi permettre de réinventer l'exercice médical dans l'hôpital de demain.



## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Rapport de la mission relative aux conflits à l'HEGP 16 février 2016  
<http://www.aphp.fr>
- 2- Y Clot « le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux » Ed La découverte, Paris, 2015, p 69
- 3- Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD . Physician satisfaction and burn out at different career stages. Mayo Clinic Proceeding 2013, vol 88, issue 12 :1358-1367
- 4- « Revue de la littérature sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins » HAS. Janvier 2016, <https://www.has-sante.fr>
- 5- « [Projet social et professionnel APHP Document collectif rédigé par la direction](#) des ressources humaines et la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités approuvé par le Conseil de surveillance du 11 décembre 2014» [www.aphp.fr/contenu/plan-strategique-2015-2019](http://www.aphp.fr/contenu/plan-strategique-2015-2019)
- 6- « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. 5 décembre 2016  
[http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_qvt\\_05122016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf)
- 7- B Lefebvre, M Poirot « Stress et risques psychosociaux au travail, comprendre, prévenir, intervenir » Ed. Elsevier Masson, 2015
- 8- NK Semmer « job stress interventions and organisation of work ». In L.E. Quick & L.E tetris (Eds), Handbook of occupational health psychology. Washington : American Psychological Association. 2003
- 9- N Belorguey « L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public » » Ed la découverte, Paris, 2010
- 10- C Segouin " Santé des personnels en milieu hospitalier, qualité des soins et contraintes budgétaires " ADSP, 2017, *In press*
- 11- C Dejours in « Omerta à l'hôpital » V Auslender, Ed Michalon, Paris, 2017, p 207
- 12- CP West, DyrbyeLN, Erwin PJ, Shanafelt TD, Interventions to prevent and reduce physician burn out : a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016 nov 5 ; 388(10057) : 2272-2281
- 13- 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 IGAS 2016 [www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr) › RAPPORTS PUBLICS › Santé › 2016
- 14- Shanafelt TD, Gorringer G, Meenaker R. Impact of organisational leadership on physician burn out and satisfaction. Mayo Clin Proc ; 2015 ; 90 : 432-440
- 15- Rapport parlementaire relatif au syndrome d'épuisement professionnel, Gérard Sebaoun 9 Février 2017
- 16- P Chabot « Global burn out », Ed Presses Universitaires de France, Paris, 2013

**Guide de l'entretien annuel individuel des praticiens de l'AP-HP**

L'AP-HP inscrit la pratique des entretiens annuels individuels au nombre des bonnes pratiques devant être mises en œuvre dans le cadre de son objectif de développement d'une politique de gestion des ressources humaines médicales, initiée par le Plan RHPM.

**Enjeux de la pratique de l'entretien annuel individuel pour les personnels médicaux :**

L'AP-HP souhaite développer la pratique de l'entretien individuel annuel pour les personnels médicaux afin de tirer le meilleur parti d'une pratique managériale largement développée dans les organisations, pour les catégories de salariés les plus diverses, tout en l'adaptant aux spécificités de l'exercice médical. Les objectifs poursuivis sont de développer une culture managériale favorable à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à la qualité de vie au travail des praticiens, à l'attractivité de nos hôpitaux.

La prise en compte de la spécificité de l'exercice médical conduit à ce que l'entretien doit s'entendre dans le respect de la déontologie de chaque praticien et de son indépendance professionnelle, étant entendu que le médecin responsable d'une structure (unité, service, pôle) a pour mission, entre autres, de coordonner l'équipe médicale afin de mettre en œuvre le projet médical.

**Objectifs poursuivis par l'entretien individuel annuel :**

L'entretien annuel individuel vise, grâce à un échange formalisé et confraternel, à atteindre les objectifs suivants :

- **Favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de la structure et, plus largement, de l'Institution et favoriser l'attractivité de l'exercice médical à l'AP-HP.**

L'entretien permet notamment de s'assurer que l'activité professionnelle et les compétences développées par chaque praticien sont bien en cohérence avec le projet médical de la structure.

L'entretien permet d'échanger sur le projet professionnel du praticien et ses souhaits de formation.

➤ **Promouvoir un management par la confiance et favoriser l'engagement des praticiens dans la réalisation du projet de service.**

L'entretien permet de définir les conditions d'implication du praticien dans la vie institutionnelle, au plan de l'établissement, du pôle ou de l'unité.

L'entretien permet de faire le bilan de l'année écoulée et de convenir de projets tant sur le plan des missions individuelles que sur celui de l'implication dans les pratiques collectives d'amélioration continue de la qualité des soins et des prises en charge.

➤ **Maintenir et renforcer la motivation des praticiens au sein de l'équipe**

L'entretien permet de renforcer la motivation de chacun grâce à un échange personnalisé. Les facteurs de motivation diffèrent selon les individus et la conduite de l'entretien doit prendre en compte ces singularités en insistant selon les cas sur les apports du praticien en termes d'expertise, d'animation de l'équipe, d'innovation et de recherche.

➤ **Prévenir les risques psycho sociaux.**

L'exercice médical hospitalier est un exercice professionnel exposé aux risques psycho sociaux liés à l'exercice d'une activité à risques dans une organisation complexe. La pratique de l'entretien annuel peut permettre, en cas de nécessité, d'aborder le sujet des difficultés d'exercice professionnel et des moyens d'y remédier.

**En pratique**

- Une copie de la grille d'entretien est adressée au praticien avant l'entretien, afin de le préparer.
- A l'issue de l'entretien, le praticien et le responsable de structure, signent un document daté attestant que l'entretien s'est déroulé. Si un compte rendu commun est rédigé, sa rédaction peut s'appuyer sur la grille d'entretien annuel communiquée. Une copie du compte-rendu sera alors remise au praticien.
- Le bilan de mandature du chef de service comporte le total annuel des entretiens menés.
- La grille d'entretien annexée n'est pas destinée à servir de support pour les entretiens des chefs de service avec les chefs de pôle et des chefs de pôle avec le Directeur du Groupe Hospitalier, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement Locale et le doyen. Un travail complémentaire est nécessaire sur ce sujet.

**ANNEXE : exemple de grille d'entretien annuel**

**EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN ANNUEL DU PRATICIEN**

**Date :**

**Date du dernier entretien :**

**Chef de service ou d'unité fonctionnelle :**

**Nom et statut du praticien :**

**Date d'arrivée dans le service :**

**Missions du praticien dans la structure :**

**Bilan de l'année écoulée :**

❖ ***Ressenti du praticien (points positifs et négatifs) :***

- Fonctions cliniques :
  
- Participation à la permanence des soins :
  
- Coordination médicale au sein de l'unité (staffs...) :

❖ ***Souhaits du praticien en ce qui concerne les missions attribuées dans la structure :***

❖ ***Commentaire du chef de service (le cas échéant) :***

**Formation :**

❖ *Formation(s) suivie(s) au cours de l'année écoulée :*

**Projets convenus et perspectives pour l'année à venir :**

❖ *Fonctions cliniques :*

❖ *Activités de recherche, d'enseignement et participation à la vie institutionnelle (le cas échéant) :*

❖ *Formation :*

❖ *Perspectives d'évolution professionnelle :*

❖ *Modification des conditions d'exercice (quotité, absence temporaire) :*

❖ *Projet de mobilité :*

## LEXIQUE

**APHP** Assistance Publique Hôpitaux de Paris  
**ANACT** Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
**ARS** Agence Régionale de Santé  
**CBI** Copenhagen Burn out Inventory  
**CEL** Comité Exécutif Local  
**CHU** Centre Hospitalo Universitaire  
**CME** Commission Médicale d'Etablissement  
**CMEL** Commission Médicale d'Etablissement Locale  
**CRP** Commission Régionale Paritaire  
**CTEM** Commission du Temps et des Effectifs Médicaux  
**DAM** Direction des Affaires Médicales  
**DOMU** Direction de l'Organisation Médicale et des Relations avec les Universités  
**DPAM** Direction du Projet et des Affaires Médicales  
**DRESS** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé  
**DRHM** Direction des Ressources Humaines Médicales  
**FPE** Fonction Publique d'Etat  
**FPH** Fonction Publique Hospitalière  
**FPT** Fonction Publique Territoriale  
**GH** Groupe Hospitalier  
**HAS** Haute Autorité de Santé  
**HPST** Hôpital Patient Santé Territoire  
**IGAS** Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IRP** Instance Représentative du Personnel  
**MBI** Maslach Burn out Inventory  
**NMP** Nouveau Management Public  
**PDCA** Plan Do Check Act  
**PSP** Projet Social et Professionnel  
**RHPM** Ressources Humaines Médicales  
**RHPNM** Ressources Humaines Non Médicales  
**RPS** Risques Psychosociaux  
**sCVH** Sous Commission Vie Hospitalière  
**sCVHL** Sous Commission Vie Hospitalière Locale  
**SCMT** Service Central de la Médecine du travail  
**SLS LRB FW** Saint Louis- Lariboisière-Fernand Widal  
**T2A** Tarification à l'Activité  
**QVT** Qualité de Vie au Travail