

**Sarah ALVES,**

Professeur en Gestion des Ressources Humaines, HDR  
EM Normandie Business School, Laboratoire Médis

## **Le départ volontaire des Hospitalo-Universitaires de l'hôpital public en France**

**Résumé :** Si la littérature a étudié le phénomène de départ volontaire pour certaines catégories de personnels des hôpitaux (PH) ou pour certaines professions (infirmier.ère), l'étude du départ volontaire des hospitalo-universitaires (HU) n'est pas relevée. Pourtant, cette catégorie de personnel, en plus de participer aux soins, œuvre à la formation et à la recherche en santé ; limiter les départs des Hospitalo-Universitaires devient dès lors une question de santé publique. Notre enquête de terrain, par l'étude de données secondaires du Centre National de Gestion, confirme le phénomène.

**Mots clés :** Hospitalo-universitaire ; intention de départ volontaire ; hôpital public

## **The voluntary departure of the University Hospitals from the public hospital in France**

**Abstract:** While the literature has studied the phenomenon of voluntary departure for certain categories of hospital personnel (PH) or for certain professions (nurses), the study of the voluntary departure of hospital academics (HU) has not been noted. However, this category of personnel, in addition to participating in care, works in health training and research; limiting the departure of HU seems to be therefore a question of Public health. Our field survey, through the study of secondary data from the Centre National de Gestion, confirms the phenomenon.

**Key words:** Hospital academics; voluntary departure; public French hospital

## Introduction

« *L'hôpital va mal. Ce constat n'est pas le fruit d'une pandémie soudaine qui a surpris un système pérenne, mais bien plus l'aboutissement d'un long processus entamé dans les années 90* » (Rossano et de Chatillon, 2021, p.106).

En avril 2019, bien avant le démarrage de la pandémie de Covid 19, l'Association médicale mondiale (AMM, 2019) pressait « *les gouvernements du monde entier de prendre des mesures pour pallier la pénurie mondiale de professionnels de santé* ». La France n'échappe pas à ce phénomène auquel elle est confrontée depuis plusieurs décennies. En effet, dès 2009, le « *risque de pénurie de personnels, et notamment de personnels soignants, dans un contexte de vieillissement de la population mais aussi des effectifs hospitaliers* (Noguera, Lartigau, 2009) » était déjà pointé (Benallah et Domin, 2017, p.6). L'Académie nationale de médecine en France s'inquiète, de son côté, de la perte d'attractivité des carrières Hospitalo-Universitaires (Michot et al., 2021). C'est dans ce cadre que nous nous sommes intéressés à la question des départs volontaires des Hospitalo-Universitaires en France. L'objectif de ce travail exploratoire est de mesurer la réalité du phénomène.

Pour comprendre le secteur d'activité dont nous traitons, nous rappelons que les professionnels de la santé recouvrent en France un ensemble d'acteurs que le Code de la santé publique décompose en trois catégories (site du gouvernement Vie Publique, 2022) : les professions médicales (médecins, sage-femmes et odontologistes ; art. L. 4111-1 à L. 4163-10) ; les professions de la pharmacie et de la physique médicale (art. L. 4211-1 à L. 4252-3) ; les professions d'auxiliaires médicaux (art. L. 4311-1 à L. 4394-4). Les professions médicales (première catégorie citée), de par leurs conditions d'exercice, recouvrent des réalités multiples en France. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM, 2021, p.92) distingue principalement l'exercice libéral, l'exercice mixte (libéral/salarié ou libéral/hospitalier ou libéral/salarié/hospitalier) et l'exercice salarié (médecine salariée, médecine hospitalière, médecine salariée et hospitalière). La médecine hospitalière représentait à elle seule 31,86 % de l'ensemble des effectifs des médecins en 2021 (CNOM, 2021) et 66,8 % des médecins salariés ; sur les 20 839 médecins en exercice mixte en 2021, 67,3% étaient des médecins libéraux-hospitaliers (CNOM, 2021, p. 92).

Plusieurs travaux dans la littérature traitent des difficultés professionnelles des infirmiers.ères, de leur insatisfaction de leur mal-être au travail et du phénomène de départ volontaire (Divay, 2013 ; Estryn-Béhar et al., 2010b ; Estryn-Béhar et al., 2006 ; Singh et Loncar, 2010). D'autres travaux s'intéressent à des phénomènes similaires pour la vaste catégorie des travailleurs de la santé et/ou en secteur hospitalier (Benallah et Domin, 2017 ; De chatillon et al., 2016 ; Piperini et al., 2021 ; Rivière, 2014 ; Rossano et De Chatillon, 2021). En revanche, le nombre de travaux dédiés aux seuls médecins (en France) est moindre. Or, si le risque de pénurie de médecins est un risque potentiel, questionner ce phénomène pour les médecins nous semble primordial. A fortiori, cette remarque vaut pour les médecins salariés en milieu hospitalier et ce, en raison de ce que représente l'hôpital dans le système français de santé et de formation des plus jeunes. En effet, comme le rappelle le site Hôpital.fr, si l'hôpital est un lieu de prévention, de soins et de sécurité, il assure l'enseignement universitaire (des étudiants en médecine) et post-universitaire par la formation continue des médecins, la formation initiale et continue des sage-

femmes et du personnel paramédical. L'hôpital est aussi un lieu de recherche clinique et une importante source d'innovations. Pour la formation et la recherche, le système de santé s'appuie sur des médecins hospitalo-universitaires, soit des médecins à la fois docteurs en médecine (salariés des hôpitaux) et à la fois docteurs en sciences. S'intéresser aux Hospitalo-Universitaires et à leur fidélisation, dans un contexte de pénurie de personnel soignant, relève donc d'une question de santé publique pour répondre aux missions fixées aux hôpitaux et constitue un enjeu fort pour ces organisations en tensions en ce qui concerne l'assurance des soins (Scoyez-Van Poppel et al., 2022, p.3).

Sur le plan scientifique, ce travail vise à apporter des clés (post Covid) de compréhension du phénomène pour cette seule catégorie de population Hospitalo-Universitaires (et non le secteur de la santé dans son ensemble). Sur le plan opérationnel, ce travail vise à comprendre comment limiter les départs volontaires des Hospitalo-Universitaires et par là même, anticiper un scénario catastrophe que nous pourrions imaginer d'une spirale négative entre pénurie, difficulté de formation des acteurs de la santé et diminution de la recherche. Pour aborder ce questionnement, nous nous attacherons dans une première partie à comprendre plus finement l'environnement hospitalier des Hospitalo-Universitaires, l'état de la démographie actuelle des Hospitalo-Universitaires et le phénomène de départ volontaire (1). Dans une deuxième partie, nous décrivons notre étude de données secondaires, principalement issues du Centre National de Gestion (CNG) des Hospitalo-Universitaires en France (2). Dans une troisième partie, nous analyserons ces données pour que le monde des gestionnaires et les pouvoirs publics puissent s'emparer de ce sujet de façon éclairée (3).

## **1. Le phénomène de départ volontaire des Hospitalo-Universitaires**

Pour comprendre le phénomène de départ volontaire des Hospitalo-Universitaires, cette première partie vise à détailler les questions de démographie médicale, ce que sont les Hospitalo-Universitaires, les modes de fonctionnement de leur environnement de travail et leurs conditions de travail (1.1.). Dans une deuxième sous-section, nous décryptons ce qu'est le départ volontaire, en particulier des médecins à l'hôpital (1.2.).

### **1.1. Les Hospitalo-Universitaires et leur environnement de travail**

De façon à comprendre qui sont les personnels Hospitalo-Universitaires et dans quel environnement de travail ils évoluent, nous détaillons dans cette sous-section la démographie médicale en France en 2022 (1.1.1), le cadre institutionnel de ces emplois en France (1.1.2), l'environnement de travail hospitalier et ses réformes durant les dernières décennies (1.1.3) pour conclure sur les conditions actuelles de travail (1.1.4).

#### *1.1.1. La démographie médicale en France en 2022*

Il existe un problème de démographie médicale en France que la crise du Covid a mis en exergue. Toutefois, ce constat est le fruit d'une histoire de plusieurs décennies ; nous retenons trois raisons pour expliquer ce constat.

La première origine concerne le nombre de professionnels formés par le système de formation supérieure. Nous notons que le nombre de places ouvertes en médecine en France a connu son pic le plus bas en 1993 avec 3 500 places ouvertes ; ce nombre de places est resté inférieur à 4 000 places par an jusqu'en 2000 ; puis, de 2001 à 2007, ce *numerus clausus* a augmenté de 400 places par an et la barre des 7 000 places ouvertes a été franchie en 2007 (Statista, 2022). Ces données sont à mettre en perspective avec les 9 à 11 années nécessaires pour former des médecins (Onisep, 2021). La deuxième origine trouve ses sources dans la démographie médicale actuelle. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), l'âge moyen des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre est de 57,2 ans (CNOM, 2021, p.23). Durant l'année 2020, le nombre de médecins inscrits pour la première fois à l'Ordre des médecins a diminué de 5,3 % en comparaison avec l'année 2019 (CNOM, 2021, p.115). De plus, en 2021, « *les médecins âgés de plus de 60 ans représentaient 50,4 % de l'ensemble des inscrits. Les moins de 40 ans représentaient 18,2 % de ces effectifs* » (CNOM, 2021, p.23). Par ailleurs, en 2021, les médecins actifs réguliers représentaient 63,5 % de l'activité contre 76,5 % en 2010 (CNOM, 2021, p.24), soit une baisse de 13 points en l'espace de onze ans. Cette situation laisse dire au CNOM que « *depuis 2010, l'augmentation modérée du volume de médecins actifs (en activité régulière, intermittente ou retraités actifs) reflète les choix politiques opérées dans le passé et explique les nombreux départs à la retraite que les nouvelles installations ne compensent pas toujours. En outre, la tendance à la diminution des retraités actifs parmi les retraités s'explique par le vieillissement amorcé de la population médicale* » (CNOM, 2021, p. 3). Une troisième explication possible au manque durable de personnel de santé semble trouver sa source dans les conditions de travail et d'exercice, qui impactent directement la satisfaction des personnels en place, le turnover des effectifs et le manque d'attractivité des emplois relevés dans la littérature (Divay, 2013 ; Estryn-Béhar, 2008). En 2018, une enquête conduite auprès de 329 médecins montrait par exemple que 43,26 % des professionnels interrogés ne semblaient pas satisfaits de leur qualité de vie au travail (profil médecin, 2018). Or, pour l'OCDE, cette problématique de satisfaction au travail est centrale (Estryn-Béhar et al., 2010a) dans la problématique de démographie médicale.

De l'ensemble de ces données, nous comprenons que la population médicale en France est vieillissante, que le nombre de jeunes médecins formés actuellement ne peut pas mécaniquement résoudre la problématique démographique à court terme et que la question des conditions de travail et d'attractivité du métier est posée.

### *1.1.2. Les Hospitalo-Universitaires, de qui parle-t-on ?*

Nous nous attacherons à décrire le corps médical d'un hôpital public faisant fi de la structure hiérarchique ou l'organisation globale de la structure de santé en elle-même.

Le personnel médical dans un hôpital comprend des médecins de différentes catégories et aux statuts multiples (Haehnel, 2000) : les personnels Hospitalo-Universitaires (HU) titulaires, soit les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) et maîtres de conférences des universités-praticiens (MCUPH) ; les praticiens hospitaliers (PH) à temps plein ou à temps partiel ; les praticiens contractuels, les assistants des hôpitaux et les attachés des établissements d'hospitalisation publics. Dans leur mission d'enseignement et hospitalière, les Hospitalo-Universitaires titulaires sont accompagnés de personnels temporaires que sont les praticiens

hospitaliers universitaires (PHU, soit des PH détachés dans le corps des Hospitalo-Universitaires) et de personnels non titulaires qui comprennent les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU). Même si des réformes récentes modifient quelque peu ce panorama des catégories de personnels médicaux à l'hôpital, les Hospitalo-Universitaires tels que présentés ainsi sont les catégories de personnels rencontrés dans les hôpitaux.

Les Hospitalo-Universitaires titulaires « assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières [...]. Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions » (Haehnel, 2000, p.26). Si ces activités universitaires et hospitalières sont indissociables, la répartition entre le travail universitaire et le travail hospitalier n'est pas statutairement définie (Vicente, 2022). Ils ont une double affiliation, à la fois universitaire (U) et hospitalière (PH) (Haehnel, 2000) et répondent à deux ministères de tutelle, le ministère des Solidarités et de la santé et le Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (Michot et al., 2021). Leur durée de travail hebdomadaire est de 48 heures, en intégrant les temps de garde et d'astreinte (Vicente, 2022). Ils bénéficient de 25 jours de congés par an et disposent de 2 à 6 semaines pour préparer leurs enseignements et/ou conduire des travaux de recherche (Vicente, 2022). Ils perçoivent une rémunération de l'université (considéré comme l'employeur principal) et des émoluments de l'hôpital. Les Hospitalo-Universitaires sont des acteurs majeurs pour répondre aux objectifs de formation et de recherche assignés aux hôpitaux. En cela, ils constituent la pierre angulaire des soins, de l'enseignement et de la recherche dans les CHU (Michot et al., 2021).

### 1.1.3. L'environnement de travail hospitalier

Les réformes qu'a connu l'hôpital français au cours de ces quinze dernières années « s'inscrivent dans un mouvement d'une plus grande ampleur touchant tous les pays de l'OCDE. Il s'agit du New Public Management qui s'accompagne de l'accountingization et se manifeste par une plus grande présence du contrôle de gestion dans ces organisations » (Loubet, 2011, p. 2). Ces réformes ont provoqué de profonds changements qui ont pu pour Loubet (2011, p.3) avoir une influence sur le métier exercé par les médecins en structure hospitalière.

La première réforme concerne le mode de financement des hôpitaux avec la mise en place de la tarification à l'acte (T2A) en 2003. La tarification à l'acte réclame des équipes d'alimenter de manière exhaustive et dans de courts délais le système d'information médicalisé afin que l'établissement puisse être rémunéré pour ces actes et corrélativement disposer de financement (Loubet, 2011). Cette réforme a abouti à « une rationalisation forte de l'activité au sein des hôpitaux, dans une constante recherche de gains de productivité » (Benallah et Domin, 2017, p. 6). « Cette concentration sur la gestion économique est toujours d'actualité, puisque la maîtrise de la masse salariale et des coûts apparaît aujourd'hui comme la première préoccupation de 80 % des directeurs d'hôpitaux français » (Haliday et Naudin, 2019, p. 52). Le pendant de la réforme de la T2A a été l'information accrue des hôpitaux. En effet, afin de rendre compte de l'activité réelle des établissements, il a fallu mettre en place un Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce système, tel qu'expliqué par le Ministère de la santé et de la prévention (2017), permet de décrire de façon synthétique et

standardisée l'activité médicale des établissements de santé ; il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information. Le PMSI est fondé sur la classification en Groupes Homogènes de Malades (GHM) (Moison, 2017, p. 53), ce qui, nous allons le comprendre par la suite, n'est pas neutre dans le quotidien des médecins.

La T2A a eu pour impact de transformer les modes de management dans les hôpitaux en s'inspirant directement des techniques de management du secteur privé (Benallah et Domin, 2017, p. 2), ce qui n'est pas forcément adapté à une structure du secteur public, de surcroît pour une activité de service public. L'informatisation, de son côté, a contraint les services à reconfigurer leurs activités et a eu un impact sur le sentiment d'autonomie des acteurs (Haliday et Naudin, 2019) ; la fonctionnalité des systèmes choisis n'est pas non plus sans conséquence sur les acteurs (Estryn-Béhar et al., 2010a). Sur le volet humain, force est de constater que tant la T2A que l'informatisation ont entraîné de « *nouvelles contraintes pesant sur les établissements comme facteurs de détérioration de leurs conditions de travail* » (Haliday et Nazudin, 2019, p. 56).

#### *1.1.4. Les conditions de travail dans le secteur hospitalier*

Ces réformes (T2A et MPSI) ne représentent pas à elles-seules l'ensemble des difficultés que vit l'hôpital public en France depuis ces dernières années. Parmi ces difficultés, nous relevons (pour plus de détail, voir l'ensemble des travaux de Estryn-Béhar) : les changements dans l'organisation du travail ; une augmentation des tâches administratives ; une exigence et des attentes fortes des patients pour l'amélioration de l'information et de la qualité des prises en charge ; la mise en place d'outils de traçabilité et de contrôle centrée sur les résultats (en référence à New Management Public expliqué précédemment) ; une densification des activités du fait de la diminution de la durée de séjour des patients et des moyens humains jugés insuffisants. Les impacts négatifs de ces difficultés de l'hôpital et le constat d'une dégradation des conditions de travail dans le secteur hospitalier sont réels (Benallah et Domin, 2017, p.6). Plusieurs domaines de dégradation sont mentionnés dans la littérature :

- ***L'intensification du travail*** : elle a plus augmenté entre 2005 et 2013 en comparaison avec d'autres secteurs d'activités (de Chatillon et al., 2016) ;
- ***Les exigences émotionnelles*** : le contact avec le public et les temps d'attente des patients, avec son lot potentiel de violence (de Chatillon et al., 2016) ;
- ***La pression croissante des contraintes de rythme*** (Gheorghiu, Moatty, 2013, p. 250) du fait du PMSI et de la T2A mais aussi du respect des normes ou des délais de production comme de la dépendance vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues (Benallah et Domin, 2017, p.28). Ces pressions et contraintes de rythme se cumulent par ailleurs avec d'autres formes de pression à l'hôpital pour Gheorghiu et Moatty (2013) telles que le travail en urgence, les pics d'activité et la pression des patients en attente ;
- ***Le management*** : il est perçu, dans sa forme et/ou dans son déficit, comme facteurs de risque psycho-social (de Chatillon et al., 2016) ;

- **Les pratiques de médecins de plus en plus encadrées** par les procédures qualité et les outils de gestion, avec le risque d'un assujettissement croissant à ces outils et aux exigences contradictoires qu'ils provoquent (de Chatillon et al., 2016, p. 27) ;
- **Les conflits de valeur** et le ressenti qu'une qualité empêchée en conséquence de la recherche de productivité, d'une augmentation de l'activité (pour augmenter le budget) et du renforcement de système normalisateur (traçabilité et codage des actes) (de Chatillon et al., 2016, p. 25) ;
- **Les exigences de changement généralisées** avec la création de groupements hospitaliers de territoire (loi santé 2015) « visant à favoriser la coopération autour de prise en charge des patients entre établissements publics de taille différente, mais aussi à rationaliser des activités, techniques, logistiques, médicaments, achats divers » (de Chatillon, 2016, p. 27). A cela s'ajoutent la mise en place des rotations de personnels sur 12 heures et une flexibilité accrue des personnels du fait de la mutualisation des équipes.

Tous ces éléments œuvrent en faveur de conditions de travail difficiles pour les acteurs et questionnent leurs risques psycho-sociaux autant que leur aspiration à rester dans ce contexte. « *Les médecins, tous âges et spécialités confondus, ont une qualité de vie altérée* » nous disent Alcaraz et al. (2019, p.19) et il existe une forte prévalence de stress, d'anxiété et de dépression chez les médecins français en comparaison avec la population générale (Haliday et Naudin, 2019). Si aucun chiffre officiel ne vient attester de l'ampleur de ce phénomène ressenti au sein de l'hôpital public, « *déçus par leurs conditions de travail, n'y trouvant ni le sens ni l'équilibre avec la vie privée qu'ils espéraient, de plus en plus de praticiens – souvent quadragénaires – quitteraient ou songeraient à quitter l'hôpital public* » nous confirmait Béguin en 2019, soit pour se reconverter, soit pour se tourner vers le privé (Stromboni, 2022).

## 1.2. Le départ volontaire des Hospitalo-Universitaires

Appréhender ce souhait de quitter l'hôpital nécessite de comprendre plus finement le phénomène de départ volontaire et les raisons de ces départs (1.2.1). Nous examinons dans un deuxième temps le phénomène, pour les Hospitalo-Universitaires (1.2.2).

### 1.2.1. Les antécédents du départ volontaire

Le départ volontaire est défini comme « *la décision [à son initiative] d'un salarié de mettre fin à une relation d'emploi* » (Dess & Shaw, 2001). Plusieurs travaux ont décrit les antécédents du départ volontaire (Cotton et Tuttle, 1986 ; Griffeth et al., 2000 ; Mitchell et al., 2001). Parmi ces antécédents, le faible niveau de satisfaction des salariés est clairement identifié (Holtom & al. 2005 ; Johnson & Yanson, 2015), ainsi que le manque de confiance envers son organisation (Meyssonnier & Roger, 2006) ou encore l'engagement affectif (« *l'engagement est une attitude durable qui découle notamment de la satisfaction [...] le lien positif entre l'engagement et la propension à rester a été validé dans de nombreux contextes et pour des profils variés de personnels (Griffeth & al., 2000; Mathieu et al., 1990)* », Alves & Culié, 2010 p. 40). « *Mathieu et Zajac (1990) montre que le lien satisfaction – engagement est plus important lorsque la*

satisfaction porte sur l'environnement de travail et le contenu de la mission que sur la rémunération et les opportunités d'évolution » (Alves et al., 2010, p.40). Dans cette perspective, Alves et Culié (2016) pointent la question des conditions de travail comme une dimension majeure du départ volontaire. Trois sous-dimensions sont établies comme le montre la figure 1 :

Dimension organisationnelle et managériale	Dimension relationnelle	Dimension individuelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiance dans l'organisation</li> <li>• Reconnaissance et feed-back</li> <li>• Soutien organisationnel perçu</li> <li>• Opportunités de promotion et évolution de carrière</li> <li>• Rémunération</li> <li>• Politique et administration de l'organisation</li> <li>• Insécurité de l'emploi</li> <li>• Ruptures des promesses</li> <li>• Harcèlement moral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations avec les collègues</li> <li>• Supérieur hiérarchique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variété des compétences</li> <li>• Identité de la tâche et contenu du travail</li> <li>• Signification de la tâche et intérêt du travail</li> <li>• Autonomie</li> <li>• Réalisation de soi</li> <li>• Responsabilité du travail</li> <li>• In/compatibilité de rôles</li> </ul>

Figure 1 – Recensement d'antécédents du départ volontaire adapté depuis Alves et Culié (2016, p. 36)

Parmi ces antécédents, certains ont un impact négatif sur la dynamique (comme par exemple le harcèlement moral) ; d'autres ont un impact positif ou négatif selon qu'ils sont perçus comme présents ou absents du quotidien des individus. Les bonnes relations avec les collègues peuvent être source de satisfaction par exemple ; mais l'absence de relation ou les mauvaises relations ont un effet inverse.

Toutefois, si ces antécédents ont été établis dans la littérature, la dynamique du départ volontaire reste encore discutée sur plusieurs points. Tout d'abord, la place de la satisfaction comme un antécédent direct du départ volontaire ou comme un antécédent indirect (l'engagement devenant alors une variable médiatrice) est questionnée. Comme l'indiquent Semmer et al. (2014, p.174), les antécédents de ces deux construits (satisfaction et engagement) sont relativement similaires et la prévalence causale de l'un sur l'autre n'a pas été établi conceptuellement. Un deuxième questionnement réside dans l'intention de quitter et le fait de quitter véritablement son organisation de travail, une différence importante entre l'attitude et le comportement que mettent en évidence Cossette et Gosselin (2012).

Enfin, parmi les antécédents de départ volontaire, la littérature distingue les raisons « *Push* » et les raisons « *Pull* ». Le faible niveau de satisfaction comme le manque de confiance envers son organisation sont des facteurs « *Push* », c'est-à-dire des facteurs qui poussent un individu à quitter son organisation actuelle de travail. Ces facteurs sont à distinguer des facteurs « *Pull* », soit les facteurs liés à l'univers que le sujet s'apprête à rejoindre (Alves et Culié, 2016, p.40). Ces raisons « *Pull* » sont diverses : opportunités d'emploi externes, désir d'essayer quelque chose de nouveau, souhait de développer ses connaissances et ses compétences, recherche de nouveaux challenges ou tout simplement l'envie de changer sont autant de possibilités (Semmer et al., 2014, p.175).



### 1.2.2. Le cas des Hospitalo-Universitaires

Plusieurs travaux ont été conduits à l'étranger sur l'intention de quitter une organisation des médecins ou des personnels soignants (Aniss et Rajaa, 2020 ; Estryn-Béhar et al., 2010b ; Gan et al., 2018 ; Ndayirata et al., 2020) mais aussi sur la question de la propre santé des acteurs du secteur (Alcaraz et al., 2019 ; Estryn-Béhar et al., 2011 ; Negueu et al., 2019). Nous avons cependant relevé moins de travaux sur le départ volontaire en France, en particulier des Hospitalo-Universitaires. Les travaux que nous rapportons concernent donc des médecins en général dans le secteur hospitalier.

Un premier travail sur les antécédents de l'abandon de la profession des médecins salariés français (le départ volontaire à son paroxysme) est éclairant (Estryn-Béhar, 2010a). Le burnout apparaît comme déterminant (second facteur de risque relevé dans ces travaux) ; suivent les (mauvaises) relations interpersonnelles, le harcèlement par les supérieurs, la crainte de faire des erreurs et le déséquilibre travail/famille. Ce sujet de la santé au travail est prégnant dans certaines études et pas seulement depuis la crise du Covid ; comme le rappelaient Doppia et al., dès 2011 : « *le syndrome d'épuisement professionnel touche près d'un médecin ou pharmacien salarié sur deux* » (p.782).

Parmi les antécédents de l'intention de quitter l'organisation, les médecins (au Maroc) font état de leur faible niveau de satisfaction (Aniss et Rajaa, 2020). En France, de jeunes PH (moins de dix ans d'exercice) font ressortir trois dimensions issues de leurs conditions de travail pour expliquer leur insatisfaction :

- Le rythme de travail (la charge de travail, *l'hypersollicitation*, les impacts sur la vie personnelle) (Alcaraz-Mor et al., 2019) ;
- L'organisation du travail (avec une faible autonomie perçue pour l'organisation du service, une pression économique du fait des objectifs de rentabilité, la dégradation de la qualité du travail en conséquence, le recours à des CDD par manque de personnel et le glissement de tâches impactant le travail d'où une surcharge administrative) (Alcaraz-Mor et al., 2019). Les médecins français dénoncent en effet l'accroissement du poids ressenti des missions administratives (au dépend des missions médicales) et le développement de la logique financière des hôpitaux (Baret et Renaud, 2014) ; les auteurs ajoutent que « *même l'ancienneté, facteur d'ancrage puissant du fait d'une grille salariale basée sur ce principe, perd son rôle dissuasif* » (Baret et Renaud, 2014, p. 43). En particulier, les nouvelles responsabilités avec la mise en place des pôles, de la T2A et du PMSI (qui ne reflète pas la variété des cas à coder – voir GHM cités précédemment – et dont la technique de codage est méconnue, du moins à l'époque de cette recherche) empêchent les médecins de se consacrer autant qu'ils le souhaiteraient aux soins, à l'enseignement et à la recherche (Loubet, 2011).
- Les conditions matérielles (un matériel informatique déficient, comme le matériel médical parfois, des locaux vétustes et des conditions d'accueil dégradées) (Alcaraz-Mor et al., 2019) constituent la troisième dimension. Sur ce dernier point, le lien

entre les équipements de travail et le soutien organisationnel perçu<sup>1</sup> a été confirmé (Ndayirata et al., 2020).

En conclusion, le lien entre le faible niveau de satisfaction au travail et l'intention de quitter est établi. Concernant les médecins hospitaliers, les éléments contributeurs à ce faible niveau de satisfaction seraient principalement et en synthèse expliquées par trois dimensions : le rythme de travail, l'organisation du travail, surtout en conséquence des différentes réformes qu'a vécu l'hôpital depuis quinze ans, et les conditions matérielles.

L'ensemble de ces éléments représente autant d'antécédents supplémentaires du départ volontaires à ceux déjà exprimés dans la figure 1. Toutefois, aucun travail n'a centré ses préoccupations sur les seuls Hospitalo-Universitaires pour lesquels la recherche et l'enseignement sont une partie constitutive primordiale de leur métier. D'autres facteurs pourraient donc jouer un rôle non neutre dans la dynamique de départ volontaire.

## **2. La réalité du phénomène de départ volontaire des Hospitalo-Universitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2022**

Si la littérature n'a pas encore dévoilé les motifs spécifiques de départ volontaire des Hospitalo-Universitaires, la réalité du phénomène doit être établie avant toute chose. L'Académie Nationale de Médecine rappelle qu'entre 2018 et 2020, 78 PUPH et 61 MCUPH ont démissionné (Michot et al., 2021). De plus, l'Académie constate une désertification des viviers dans certaines disciplines du fait, probable, de la perte d'attractivité des carrières hospitalo-universitaires. Dans ce contexte, notre enquête est un travail exploratoire qui vise à mesurer, par des éléments tangibles, à quel point le départ volontaire est prégnant – ou non – dans les hôpitaux français. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps conduit deux entretiens exploratoires avec un PUPH (non démissionnaire) et un PH (en reconversion) de façon à confirmer notre compréhension de cet environnement de travail et le métier de Hospitalo-Universitaires. Dans un second temps, nous avons fait l'étude de données secondaires que le Centre National de Gestion (CNG) a publié sur son site<sup>2</sup> accessibles à tous. Le CNG est un établissement public administratif sous tutelle du Ministre chargé de la santé ; il assure la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers dans leur ensemble et des directeurs de la fonction publique hospitalière des secteurs sanitaire, social et médico-social. Toute activité de gestion des effectifs, telle que les démissions, les nominations, les détachements, etc. est gérée et enregistrée par ce centre. Ce dernier a en conséquence les données les plus exactes sur les effectifs Hospitalo-Universitaires et les mouvements de personnels. Les données publiées sont le reflet de la situation au 1<sup>er</sup> janvier

---

<sup>1</sup> Le soutien organisationnel perçu « correspond à la croyance globale d'un employé à propos du degré de soin et d'attention que l'organisation porte à son égard et la façon dont elle valorise sa contribution (Eisenberger et al., 1986) » (Ndayirata et al., 2020, p. 27). Une relation significative et négative entre le soutien organisationnel perçu et l'intention de départ volontaire a été établie dans la littérature (Kurtessis et al., 2017, p. 25).

<sup>2</sup> [https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-06/Etude\\_HU2022\\_VF.pdf](https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-06/Etude_HU2022_VF.pdf)

2022<sup>1</sup>. Nous présentons ci-après les principaux constats de ce recensement apportant des éléments de démographie (2.1) et une exploration des données sur les départs (2.2).

## 2.1. Les Hospitalo-Universitaires, éléments de démographie

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les personnels Hospitalo-Universitaires titulaires représentent 6 481 personnes, dont 2002 MCUPH et 4 479 PUPH. Entre 2016 et 2022, le nombre de PUPH a augmenté de +1,8%, avec une croissance annuelle de + 0,3%. Sur la même période, le nombre de MCUPH (soit le vivier des futurs PUPH) a diminué de - 4%. Sur une échelle de temps plus réduite, entre 2020 et 2022, l'ensemble des hospitalo-Universitaires a augmenté de 0,5 %.

Les hommes restent majoritairement représentatifs des Hospitalo-Universitaires ; ces derniers représentaient 69,5% des effectifs en 2020, 68,6 % en 2021 et 68,4 % sur l'année 2021. Si l'on examine en détail ces données, nous constatons que la prépondérance masculine est principalement vraie pour la catégorie des PUPH puisque les hommes représentent 75,9 % des effectifs PUPH. Concernant les MCUPH, la proportion hommes-femmes est plus proche de l'égalité avec 51,1% d'hommes.

L'âge médian de l'ensemble des hospitalo-Universitaires se situe à 53,5 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (contre 53,3 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2021 et 52,5 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2017). Nous notons également que la proportion des plus de 60 ans et plus est de 26,7 % (début 2022) alors qu'elle n'était que de 18,4 % début 2017. Si l'on examine en détail les deux catégories de personnels étudiées, la moyenne d'âge des PUPH est de 55,2 ans et celle des MCUPH de 46,6 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022. A cette date, les classes d'âges les plus représentées pour les MCUPH sont les 35-39 ans et les 40-44 ans (représentant 49 % du total des effectifs MCUPH). Concernant les PUPH, les 55-59 ans et les 60-64 ans représentent 46,2 % des effectifs.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'ancienneté moyenne des Hospitalo-Universitaires exerçant en établissement est de 11,6 ans. En détail, 30,7 % des MCUPH ont une ancienneté moyenne comprise entre 1 et 4 ans ; 42,5 % des PUPH quant à eux ont une ancienneté comprise entre 5 et 14 ans. L'âge moyen pour entrer dans ce statut est de 36,4 ans pour les MCUPH et de 43,2 ans pour PUPH.

La répartition démographique des Hospitalo-Universitaires montre enfin une forte concentration des effectifs en Ile de France qui compte 30,2 % des effectifs exerçant en établissement début janvier 2022.

## 2.2. Le phénomène de départ des hospitalo-Universitaires

Concernant les départs, nous avons examiné plusieurs éléments, qu'il s'agisse de départs naturels / subis ou de départs volontaires.

Les départs naturels / subis concernent quatre modes de sortie des effectifs : décès, radiation ou révocation, titularisation dans une autre administration et retraite. Comme le montre le tableau 1, le principal motif est le départ à la retraite des titulaires :

---

<sup>1</sup> Les données en date du 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il faut donc entendre qu'il s'agit en réalité du bilan des mouvements de l'année 2021.

		décès	radiation / révocation	titularisation dans une autre administration	retraite	total
<b>2016</b>	MCUPH	2	1	0	63	<b>66</b>
	PUPH	6	1	0	194	<b>201</b>
	ensemble	8	2	0	257	<b>267</b>
<b>2018</b>	MCUPH	5	0	0	33	<b>38</b>
	PUPH	4	2	0	130	<b>136</b>
	ensemble	9	2	0	163	<b>174</b>
<b>2020</b>	MCUPH	2	0	0	35	<b>37</b>
	PUPH	2	4	0	124	<b>130</b>
	ensemble	4	4	0	159	<b>167</b>
<b>2021</b>	MCUPH	1	2	1	33	<b>37</b>
	PUPH	1	4	0	106	<b>111</b>
	ensemble	2	6	1	139	<b>148</b>

Tableau 1 – Sorties naturelles / subies du corps hospitalo-universitaire

Concernant les départs volontaires, nous avons examiné trois motifs : les démissions, les disponibilités et les détachements. Si le CNG catégorise, dans ses calculs, les démissions dans la rubrique « Sorties des effectifs », nous considérons qu'il s'agit également d'une manifestation ultime du départ volontaire. Pour cette raison, nous intégrons les démissions dans cette partie d'analyse des données. La figure 2 synthétise les effectifs par motif de départ :

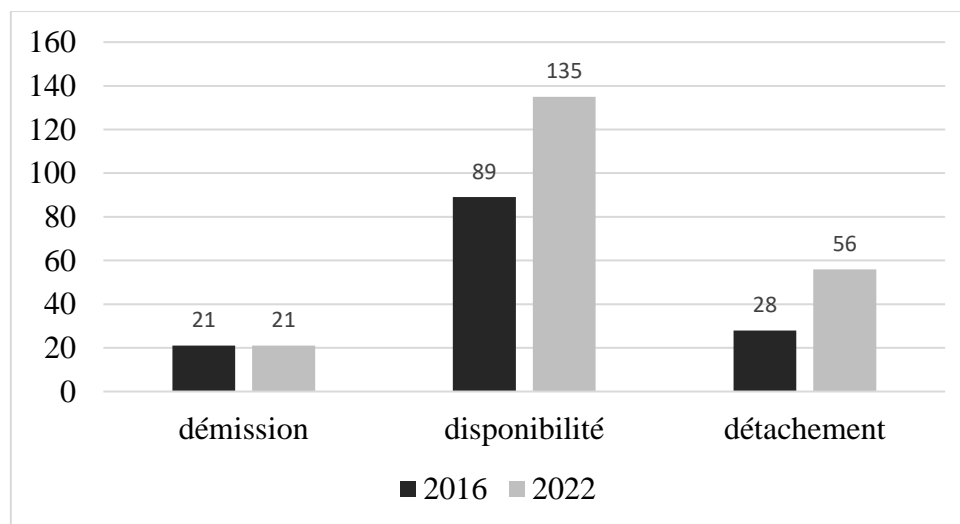


Figure 2 – Les départs volontaires des Hospitalo-Universitaires en 2016 et 2022

S'agissant des démissions, elles représentaient 15,22 % des modes de sortie volontaire du corps en 2016 et 9,91 % en 2021, soit une diminution de - 5,31 points en cinq ans. Si cette part des démissions a baissé pour les PUPH, elle reste sensiblement constante pour les MCUPH. La démission représente en effet pour cette catégorie de personnel plus de 16 % des départs

volontaires (16,39 % en 2016 et 16,49 % en 2022). Si ces données sont encourageantes, nous avons examiné la part des démissions dans les modes de sortie définitive du corps des Hospitalo-universitaires (soit la part des démissions comparée aux décès, démissions, radiation/révocation et retraite) à l'exemple des analyses du CNG. Comme le montre la figure 3, les démissions chez les MCUPH ont augmenté de façon significative puisqu'elles représentaient 15,87 % des modes de sorties des effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et plus de 30 % pour l'année 2021.

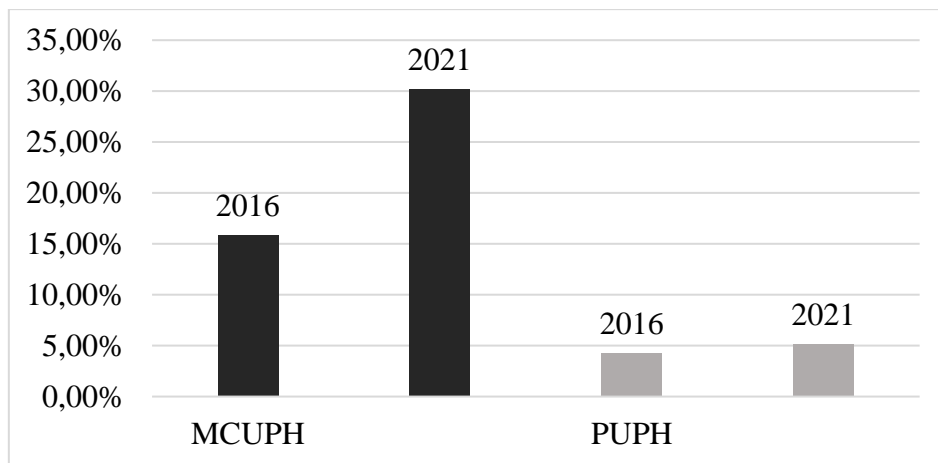


Figure 3 – Part des démissions (en %) dans les sorties du corps hospitalo-universitaire

Si l'on examine en détail les détachements<sup>1</sup> et disponibilités<sup>2</sup>, nous relevons quatre éléments notables. En premier lieu, les détachements et demandes de disponibilité ont augmenté de +63,25% entre 2016 et début janvier 2022. La figure 3 confirme ces évolutions et montre une prédominance des disponibilités.

<sup>1</sup> Voir le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitaliers, article 30.

<sup>2</sup> Selon le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitaliers (article 32), les agents relevant du présent chapitre peuvent être mis en disponibilité conformément aux dispositions applicables aux enseignants-chercheurs titulaires de statut universitaire, sous les réserves suivantes :  
 1° Ils peuvent être remplacés dans leurs fonctions après une période d'un an passée dans cette position ;  
 2° La mise en disponibilité pour convenances personnelles ne peut être accordée que pour une période de deux années au maximum, non renouvelable.

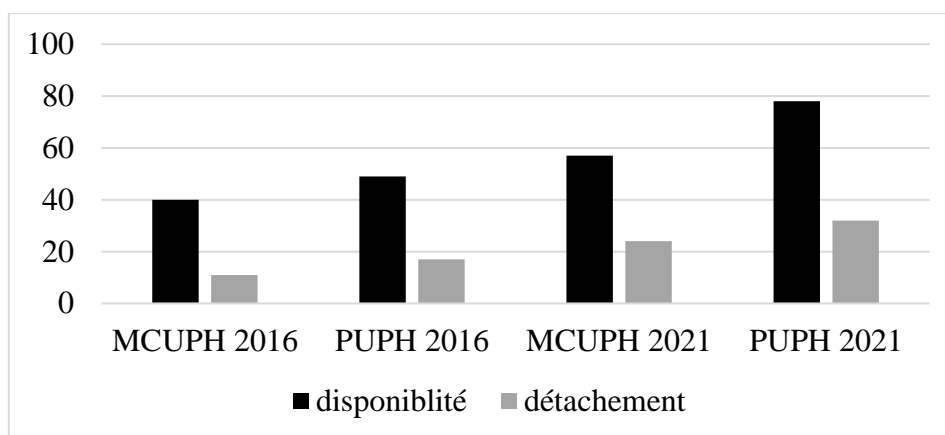


Figure 4 – Evolution des effectifs en détachement et en disponibilité par catégorie de personnel

Ces demandes touchaient 2,95 % des effectifs Hospitalo-Universitaires en 2022 contre 1,80 % en 2016. Sur l'ensemble de ces situations enregistrées au 1<sup>er</sup> janvier 2022, 57,6 % concernaient des PUPH et 42,4 % des MCUPH. En second lieu, les personnels Hospitalo-Universitaires détachés ou en disponibilité ont également rajeunis sur la période examinée. Les Hospitalo-Universitaires détachés avaient en moyenne 53,9 ans en 2022 (soit une diminution de -1,6 ans en comparaison avec 2016) et les Hospitalo-Universitaires en disponibilité 51,6 ans en 2022 (soit une diminution de -0,3 ans en comparaison avec 2016). En troisième lieu, les Hospitalo-Universitaires sont détachés, en moyenne, depuis 3,3 ans. En ce qui concerne les disponibilités, la durée moyenne est de 2,9 ans. En dernier lieu, le principal motif de détachement est « Pour enseigner à l'étranger » (37,5 % des demandes au total ; 50 % des demandes de détachement des PUPH et 20,8 % des demandes de détachements des MCUPH). Toutefois, pour les MCUPH, le principal motif est « Pour motif administration, établissement, entreprise publics sans pension » (33,3 % des demandes de détachements des MCUPH). Les disponibilités des Hospitalo-Universitaires sont motivées, de leur côté, pour « Convenance personnelle » à hauteur de 68,9 %. Ce motif représente même 80,8 % des demandes de mise en disponibilité des PUPH (contre 52,6 % pour les MCUPH)

En marge de ce phénomène de départ volontaire, nous relevons pour conclure que s'il est possible pour un Hospitalo-Universitaire de prolonger son activité au-delà de l'âge légal, ces demandes de prolongement d'activité ont diminué de -76,2 % entre 2016 et 2022.

### 3. Analyse

L'ensemble de ces données nous amène à conclure à l'existence d'un phénomène réel de départ volontaire de la part des Hospitalo-Universitaires des hôpitaux publics français. En effet, les données du CNG montrent tout d'abord que la population des Hospitalo-Universitaires, à l'image de la démographie médicale, est une population vieillissante. L'âge médian, l'âge moyen et la proportion des plus de 60 ans montrent une détérioration de la situation au fil des années. Par ailleurs, le départ des Hospitalo-Universitaires est une réalité dans les hôpitaux français. La hausse des démissions mais aussi la hausse des demandes de disponibilités et détachements sont réelles (avec un rajeunissement des demandeurs pour ces disponibilités et ces détachements). Si les chiffres rapportés sur l'ensemble des effectifs Hospitalo-

Universitaires restent faibles, il nous semble que le frémissement du mouvement est à considérer. Ce mouvement nous semble d'autant plus important à examiner que le lien entre la présence d'Hospitalo-Universitaires dans les hôpitaux et l'avenir en terme de recherche et de formation des jeunes est patent. Dans ce contexte, les départs des MCUPH nous semble un phénomène à regarder avec attention, puisque ces derniers représentent la relève des PUPH. Nous comprenons également que l'aspiration à rester à l'hôpital n'est plus de mise. La hausse des démissions et la baisse du prolongement de l'activité après l'âge légal en sont des symptômes assez révélateurs.

Toutefois, si l'enquête du CNG est précieuse quant à la lecture quantitative du phénomène de départ volontaire, elle reste peu explicite sur la compréhension même de la situation. Nous n'avons en effet pas d'éléments sur les motifs de départ, que ce soit des démissions, des demandes de détachements ou de mises en disponibilité. Des travaux futurs seront à conduire pour approfondir notre compréhension de ce phénomène. Malgré cela, des pistes de réflexion sur la manière de remédier à cette situation peuvent être avancées ; nous en partageons trois dans cet article.

En premier lieu, comme le rappelait le syndicat des hospitalo-universitaires, dans une lettre ouverte adressée au président de la République nouvellement élu en avril 2022, le SEGUR de la santé n'a pas traité une des revendications prioritaires des Hospitalo-Universitaires, à savoir l'amélioration de la retraite, portant sur les revenus hospitaliers <sup>1</sup>. La rémunération étant un des antécédents du départ volontaire repéré dans la littérature, cette dimension représente donc une piste de travail pour fidéliser les acteurs. En second lieu, en examinant les conditions de travail au sein des hôpitaux français, nous relevons une pratique médicale de plus en plus encadrée par des procédures qualité et par les outils de gestion. A cela s'ajoutent une recherche de productivité et le renforcement du système de traçabilité et de codage. Or, l'hôpital doit pouvoir redonner du sens au service public et non seulement s'attacher aux questions de maîtrise des coûts. Cette maîtrise des coûts n'est pas qu'une question de recensement des charges mais devrait pouvoir intégrer les notions de valeur perçue, de risque et d'incertitude (dont la crise du Covid a été une illustration grandeur nature). Si le référentiel actuel de gestion des hôpitaux, selon la mention faite sur le site du Ministère de la Santé et de la prévention, date de 2012, ce système pourrait alors être actualisé à l'aune de nos environnements actuels, avec ses contraintes, ses nouveautés et la prise en compte des questions largement débattues dans la littérature scientifique sur l'impact des conditions de travail de toutes les catégories professionnelles des hôpitaux. Cette maîtrise des coûts passe aussi certainement par une réflexion profonde de l'organisation des hôpitaux. La loi Rist d'avril 2021 <sup>2</sup> ouvre d'ailleurs la voie vers une nouvelle liberté organisationnelle pour les hôpitaux et à la rénovation de la gouvernance des hôpitaux ; à voir donc comment cette possibilité sera appréhendée par les acteurs et quels en seront les effets pour les personnels hospitaliers. En dernier lieu, la question du management se pose. Le management est en effet un des antécédents au départ volontaire

---

<sup>1</sup> Il est à noter ici que les HU perçoivent deux salaires pour deux mi-temps : un salaire universitaire pour un mi-temps universitaire et un salaire hospitalier pour un mi-temps à l'hôpital. Les cotisations de retraite sont prélevées sur chacun de ces deux salaires. En revanche, la pension de retraite n'est calculée que sur la partie universitaire. Dit autrement, la pension de retraite d'un HU équivaut à une carrière professionnelle à mi-temps.

<sup>2</sup> Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

relevé dans la littérature et il a, de façon concrète, un impact réel sur l'organisation du travail, sur le soutien apporté aux équipes autant que sur l'ambiance de travail. Le management est, pour le président de l'inter-syndicale nationale des internes (jeunes médecins finissant leur formation initiale), un des points clés à (re)considérer pour l'hôpital de demain (Casanova et Pierronnet, 2021). A l'instar des préconisations de Rochette et Ceccato (2022), un management participatif ouvre par exemple la voie à des pratiques professionnelles basées sur les réalités de terrain que vivent les acteurs ; à concilier pratiques professionnelles et valeurs ; et à laisser chacun avoir sa part d'expression dans les prises de décision pour mieux se les approprier. Allant plus avant, Valax et Vinot (2019) défendent un leadership partagé à l'hôpital, soit un management fondé sur une dynamique interactionnelle d'influence où chacun dans une équipe contribue à la réalisation des objectifs et où l'on s'appuie sur le potentiel de chacun à exprimer ses opinions, sa vision personnelle et ses valeurs.

## Conclusion

Comme le rappelait en avril 2022 un syndicat de personnels Hospitalo-Universitaires, « *les dernières années ont vu une augmentation sans précédent des démissions des Hospitalo-Universitaires* ». Le risque d'une telle situation à moyen terme est de porter préjudice à la formation initiale des plus jeunes (futurs médecins) comme à la formation continue des médecins en activité. Cela risque également d'avoir un impact sur la recherche et l'innovation médicale en France. Si le plan Innovation santé 2030 visant à faire de la France la première nation européenne innovante et souveraine en santé est ambitieux, il faut pouvoir préserver les équipes et réattirer les Hospitalo-Universitaires dans la carrière hospitalo-universitaire pour arriver à ces fins.

Pour cette raison, notre travail nous a conduit à nous interroger sur la réalité du phénomène de départ volontaire des personnels hospitalo-universitaires titulaires (MCUPH et PUPH). Si la littérature a étudié ce phénomène pour certaines catégories de personnels des hôpitaux (PH) ou pour certaines professions (infirmier.ère), notre questionnement sur les seuls Hospitalo-Universitaires est novateur. Notre travail de terrain, par l'étude des données du centre national de gestion en particulier, confirme cette tendance relevée par le syndicat. En effet, les démissions augmentent, en particulier pour les MCUPH. En parallèle, les demandes de détachement mais surtout de disponibilité augmentent également fortement ces dernières années. Si en comparaison avec les effectifs totaux, ces mouvements de personnels concernent une faible partie des Hospitalo-Universitaires, ces tendances au départ volontaire sont à surveiller.

Ce travail exploratoire ouvre la voie à de futurs travaux. Il semble tout d'abord intéressant de suivre la courbe de tendance des démissions, mobilités et détachements. Si les mobilités, par décret, ont une durée maximale de deux ans et ne sont pas renouvelables, la question aujourd'hui est de savoir quelle décision prendront les acteurs au terme de leur mobilité. Vont-ils démissionner par exemple ? Il semble tout aussi important de surveiller les nouveaux mouvements sur l'année 2022 et les suivantes. Il semble par ailleurs important de comprendre les raisons propres à cette catégorie de personnel qui motivent ces départs. Des enquêtes par entretiens avec des démissionnaires seraient une première manière de procéder. Un travail d'enquête plus large serait également intéressant de façon à comprendre les raisons des



démissions, des demandes de mobilités et de détachement. Les catégories utilisées par le CNG ne sont pas suffisamment explicites et fines pour mesurer les motifs, à l'exemple de ce que la littérature relève (voir les motifs relevés dans la figure 1 auxquels nous pouvons ajouter le rythme de travail, l'organisation du travail, le poids des missions administratives, les conditions matérielles et la satisfaction au travail). Toutefois, ce sujet est sensible, peu exploré et comporte une certaine opacité. Il faudra en conséquence trouver les moyens d'entrer en contact avec les personnes concernées à cette fin d'étude.

## Bibliographie

ALCARAZ-MOR R., VIGOUROUS A., URCUN A., BOYER L., VILLA A. & LEHUCHER-MICHEL M. P. (2019), « Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout... », *Sante Publique*, vol. 31, n° 1, p. 113-123.

ALVES S., CULIE J.D. (2016), « Comment expliquer le départ volontaire des chercheurs ? », *Revue Management et Avenir*, n° 84, p. 31-51.

ALVES S., GOSSE B., SPRIMONT P.A. (2010), « Les apprentis de l'enseignement supérieur : de la satisfaction à l'engagement », *Revue Management et avenir*, n° 33, p. 35-51

ANISS A. I. T. & RAJAA, O (2020), « Déterminants de l'Intention de Roulement Volontaire des Cadres : Étude Exploratoire du Cas des Médecins Spécialistes du Secteur Public Marocain », *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, vol. 3, n° 4, p. 378-399

ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE (2019), « il y a urgence : le monde manque de professionnels de santé », *Communiqué de presse*.

BEGUIN F. (2019), « La tentation du départ des médecins de l'hôpital public », *Le Monde*, 14 novembre.

BENALLAH S. & DOMIN J. P. (2017), « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013? », *Travail et emploi*, n° 152, p. 5-31.

BARET P. & RENAUD E. (2014), « Un modèle tridimensionnel d'engagement organisationnel pour appréhender la fidélité au CHU des anesthésistes ? », *Question (s) de management*, n° 1, p. 33-45.

CASANOVA G. & PIERRONNET R. (2021), « Bâtir l'hôpital de demain relève moins d'une question de rémunération que de management et de sens »: interview de Gaétan Casanova, Président de l'Inter-syndicale nationale des internes », *Management Avenir Sante*, vol. 8, n° 1, p. 143-150.

CNOM (2021), *Atlas de la démographie médicale 2021*.

COSSETTE M. & GOSSELIN A. (2012), « Quitter, rester ou progresser? Les profils d'intentions des agents en centre d'appels », *Relations industrielles/Industrial relations*, vol. 67, n° 4, p. 703-725.

COTTON J.L. & TUTTLE J.M. (1986), « Employee turnover: a meta-analysis and review with implications for research », *Academy of Management Review*, vol. 11, n° 1, p. 55-70.

De CHATILLON E. A., BLONDET C., BRANCHET B., CRAMBLES C., COMMEIRAS N., MALAQUIN M. & VALETTE, A. (2016), *La prévention des risques psychosociaux: le cas du secteur hospitalier (public vs privé)–Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête «Conditions de travail 2013»*, Doctoral dissertation, La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP).

DESS G.G. & SHAW J.D. (2001), « Voluntary turnover, social capital and organizational performance », *Academy of Management Review*, n° 26, p. 446-456.

DIVAY S. (2013), *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.

DOPPIA M. A., ESTRYN-BEHAR M., FRY C., GUETARNI K. & LIEUTAUD, T. (2011), « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, vol. 30, n° 11, p. 782-794.

ESTRYN-BEHAR M., BRAUDO M. H., FRY C. & GUETARNI, K. (2011), « Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) », *L'Information Psychiatrique*, vol. 87, n° 2, p. 95-117.

ESTRYN-BEHAR M., LEIMDORFER F. & PICOT, G. (2010), « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail: Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue française des affaires sociales*, p. 27-52.

ESTRYN-BEHAR M., VAN DER HEIJDEN B. I., FRY C. & HASSELHORN, H. M. (2010b), « Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants », *Recherche en soins infirmiers*, n° 4, p. 29-45.

ESTRYN-BEHAR M. (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.

ESTRYN-BEHAR M., JASSERON C. & Le NEZET, O. (2006), « Factors related to early abandonment of the health care profession: confirmation of impact at one year. The Press/Next longitudinal survey », *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 54, n° 6, p. 555-562.

GAN Y., GONG Y., CHEN Y., CAO S., LIL., ZHOU Y. & LU, Z. (2018), « Turnover intention and related factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study », *BMC family practice*, vol. 19, n° 1, p. 1-9.

GHEORGHIU M. D. & MOATTY F. (2013), *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Liaisons (Éditions).

GRIFFETH R.W., HOM P.W. & GAERTNER S. (2000), « A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium », *Journal of Management*, n° 26, p. 463-488.

HAEHNEL P. (2000), « Lieux et modes d'exercice », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 32, p. 33-34.

HALIDAY H. & NAUDIN D. (2019), « Comment qualifier l'impact des réformes de santé sur la qualité de vie au travail des soignants? Leçons de l'implémentation de la tarification à l'activité et de l'informatisation des services de soins dans les hôpitaux français », *Éthique & Santé*, vol. 16, n° 2, p. 51-58.

HOLTOM B.C., MITCHELL T.R., LEE T.W. & INDERRIEDEN E.J. (2005), « Shocks as causes of turnover: what they are and how organizations can manage them », *Human Resource Management*, vol. 44, n° 3, p. 337-352.

JOHNSON R.J. & YANSON R. (2015), « Job satisfaction and turnover intentions during technology transition », *Information Resources Management Journal*, vol. 28, n° 4, p. 38-51.

KURTESSIS J. N., EISENBERGER R., FORD M. T., BUFFARDI L. C., STEWART K. A. & ADIS C. S. (2017), « Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory », *Journal of management*, vol. 43, n° 6, p. 1854-1884.

LOUBET G. (2011), « D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Évolutions du métier et tensions de rôles ? », *Comptabilités, économie et société* (pp. cd-rom).

MATHIEU J. & ZAJAC D. (1990), « A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates and Consequences of Organizational Commitment », *Psychological Bulletin*, vol. 108, n° 2, p. 171-194.

MEYSSONNIER R. & ROGER A. (2006), « L'impact du cocooning organisationnel et des opportunités d'emploi sur le lien entre satisfaction au travail et intention de rester », *XVIIème congrès AGRH*, 16-17 novembre, Reims.

MICHOT F., BERTRAND D., BRINGER J., BUFFET C., CLARIS O., LEBRANCHU Y. & THUILLEZ C., (2021), *Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires*, Académie nationale de médecine, Groupe de travail rattaché à la Commission XV.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION (2017), PMSI, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/programme-de-medicalisation-des-systemes-d-information-pmsi>.

MITCHELL T.R., HOLTOM B.C. & LEE T.W. (2001), « How to keep your best employees: developing an effective retention policy », *Academy of Management Executive*, vol. 15, n° 4, p. 96-108.

MOISDON J. C. (2017), « PMSI, T2A et gestion interne », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35, n° 2, p. 51-66.

NDAYIRATA S., BELGHITI-MAHUT S. & BRIOLE A. (2020), « Intention de départ volontaire, pratiques de GRH et équipements de travail dans les hôpitaux publics burundais : le rôle médiateur du soutien organisationnel perçu », *Revue de gestion des ressources humaines*, n° 3, p. 26-42.

NEGUEU A. B., CUMBER S. N., DONATUS L., NKFUSAI C. N., EWANG B. F., BEDE F., ... & NKOUM B. A. (2019), « Burnout chez les professionnels soignants de l'Hôpital Central de Yaoundé », *The Pan African Medical Journal*, n° 34, doi : 10.11604/pamj.2019.34.126.19969

NOGUERA F. & LARTIGAU J. (2009), « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management et avenir*, n° 25, p. 290-314.

ONISEP (2021), *Dossier : les études de médecine*, <https://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-de-sante-organisation-des-etudes/les-etudes-de-medecine#:~:text=Pour%20devenir%20m%C3%A9decin%2C%20il%20faut,en%20m%C3%A9decine%2C%20obligatoire%20pour%20exercer>.

PIPERINI M. C., CHAKER R., SIMONIAN S., GARCIA J. P., SIMEONE A. & TOPOUZKHANIAN, S. (2021), « Prévalence et déterminants des risques psychosociaux du personnel en hôpital psychiatrique », *Le travail humain*, vol. 84, n° 1, p. 1-34

PROFIL MEDECIN (2018), *Enquête sur la qualité de vie au travail des médecins*, <https://www.profilmedecin.fr/contenu/enquete-sur-les-conditions-d'exercice-des-medecins-et-leur-regard-sur-la-profession/>

RIVIERE A. (2014), *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé: une étude empirique à l'hôpital public*, Doctoral dissertation, Université Montpellier II-Sciences et Techniques du Languedoc.

ROCHETTE C. & CECCATO M. (2022), « Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier », *Question (s) de Management*, vol. 39, n° 2, p. 107-120.

ROSSANO M. & de CHATILLON E. A. (2021), « Pallier le manque de ressources dans une organisation liquide: le cas du service de neurologie d'un hôpital public », @ *GRH*, vol. 38, n° 1, p. 105-133.

SCOYEZ-VAN POPPEL S., DUBROEUQ A. F., ALPHONSE-TILLOY I. & LACROUX, A. (2022), « Vers la proposition d'une typologie des modes de mobilisation des ressources par les nouvelles recrues lors de leur socialisation en milieu hospitalier », *Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, vol. 47, n° 11, p. 3-30.

SINGH P. & LONCAR N. (2010), « Pay satisfaction, job satisfaction and turnover intent », *Relations industrielles/industrial relations*, vol. 65, n° 3, p. 470-490.

STATISTA (2022), *Nombre de places ouvertes en deuxième année en études de médecine dans les universités en France de 1972 à 2019*, <https://fr.statista.com/statistiques/1255374/numerus-clausus-medecine-france/>.

STROMBONI C. (2022), « Ces médecins qui quittent l'hôpital : « J'adore mon boulot, mais là, je vais y laisser ma santé », *Le Monde*, 25 juillet.

SEMMER N. K., ELFERING A., BAILLOD J., BERSET M. & BEEHR, T. A. (2014), « Push and pull motivations for quitting », *Zeitschrift für , Arbeits und Organisationspsychologie*, vol. 58, n° 4, p. 173-185.

VALAX M. & VINOT D. (2019), « L'hôpital face à l'émergence des compétences de leadership partagé, in ROGER A. & VINOT D., *Management des compétences : Nouvelles perspectives*, vol. 2, Ed. ISTE, p. 135-158.

VIE PUBLIQUE (2022), *Qui sont les professionnels de santé ?*, <https://www.vie-publique.fr/fiches/37855-categories-de-professionnels-de-sante-code-se-la-sante-publique>.