



POUR QUE LE MÉTIER SOIT ADAPTÉ À LA VIE:
**GESTION DE LA CARRIÈRE
DES MÉDECINS ET FEMMES
MÉDECINS**

Un manuel contenant les dernières découvertes et mesures issues de la pratique pour plus d'égalité des chances dans les hôpitaux suisses

Dr Janna Küllenberg & Julia Frey

DATE: Olten, le 10 juin 2025

ÉDITEUR DE LA REVUE: Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse FHNW
Haute école de psychologie appliquée
Institut de recherche et de développement de la coopération
Dr Janna Küllenberg und Julia Frey, M.Sc.
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten

PAGE D'ACCUEIL DU PROJET: <https://www.fhnw.ch/aerztliche-laufbahngestaltung>

CORRESPONDANCE: Dr Janna Küllenberg
T +41 62 957 29 32
E-Mail: janna.kuellenberg@fhnw.ch

Julia Frey, M.Sc.
T+ 41 62 957 29 75
E-Mail: julia.frey@fhnw.ch

MISE EN PAGE: Ginny Pennesi
E-Mail: pennesi.freelance@gmail.com

MANAGEMENT SUMMARY

Comment la carrière médicale des médecins hospitaliers peut-elle être mieux adaptée aux exigences et aux besoins des différentes phases de la vie - en termes de responsabilités familiales, d'engagement bénévole ou d'intérêts personnels ?

En collaboration avec sept hôpitaux suisses, un groupe de recherche de la Haute école de psychologie appliquée FHNW a étudié cette question. Sur la base d'une enquête menée auprès de 557 médecins hospitaliers et d'interviews approfondis, les défis et les premières solutions ont été identifiés. Des ateliers interhospitaliers ont permis aux médecins et aux spécialistes des ressources humaines de développer les solutions proposées et de tester des mesures concrètes.

Les résultats de l'enquête le montrent: la nécessité d'agir est grande. Ainsi, pour près de 90% des médecins, la conciliation du travail et de la vie privée est extrêmement importante, voire un critère indispensable pour pouvoir envisager une carrière à long terme à l'hôpital. Parallèlement, plus de la moitié des personnes interrogées estiment que la compatibilité entre la carrière hospitalière et la vie privée n'est pas ou que partiellement assurée. Par conséquent, près d'un tiers des médecins interrogés envisagent souvent de quitter l'hôpital en raison d'un manque de compatibilité. En ces temps de pénurie de personnel qualifié, ces chiffres soulignent l'urgence de la demande du projet. Outre les adaptations structurelles, la promotion d'une

culture de travail permettant de concilier la carrière médicale avec les différentes phases de la vie est décisive pour un changement durable.

Le projet a donné naissance à ce manuel qui présente pour la première fois la situation actuelle de l'organisation de la carrière des médecins et sa compatibilité avec les différentes phases de la vie dans les hôpitaux suisses, et qui décrit des pistes pour de nouvelles structures, de nouveaux processus et de nouvelles cultures de travail. Ce faisant, le manuel présente des mesures possibles dans trois champs d'action centraux: l'organisation du travail, la direction et la coopération (voir figure ci-dessous).

Les mesures sont illustrées par les bonnes pratiques de certains hôpitaux et par les portraits de médecins et de spécialistes RH sélectionnés qui partagent avec vous, chères lectrices et chers lecteurs, leurs connaissances sur le thème de la «gestion des carrières en fonction des phases de la vie».

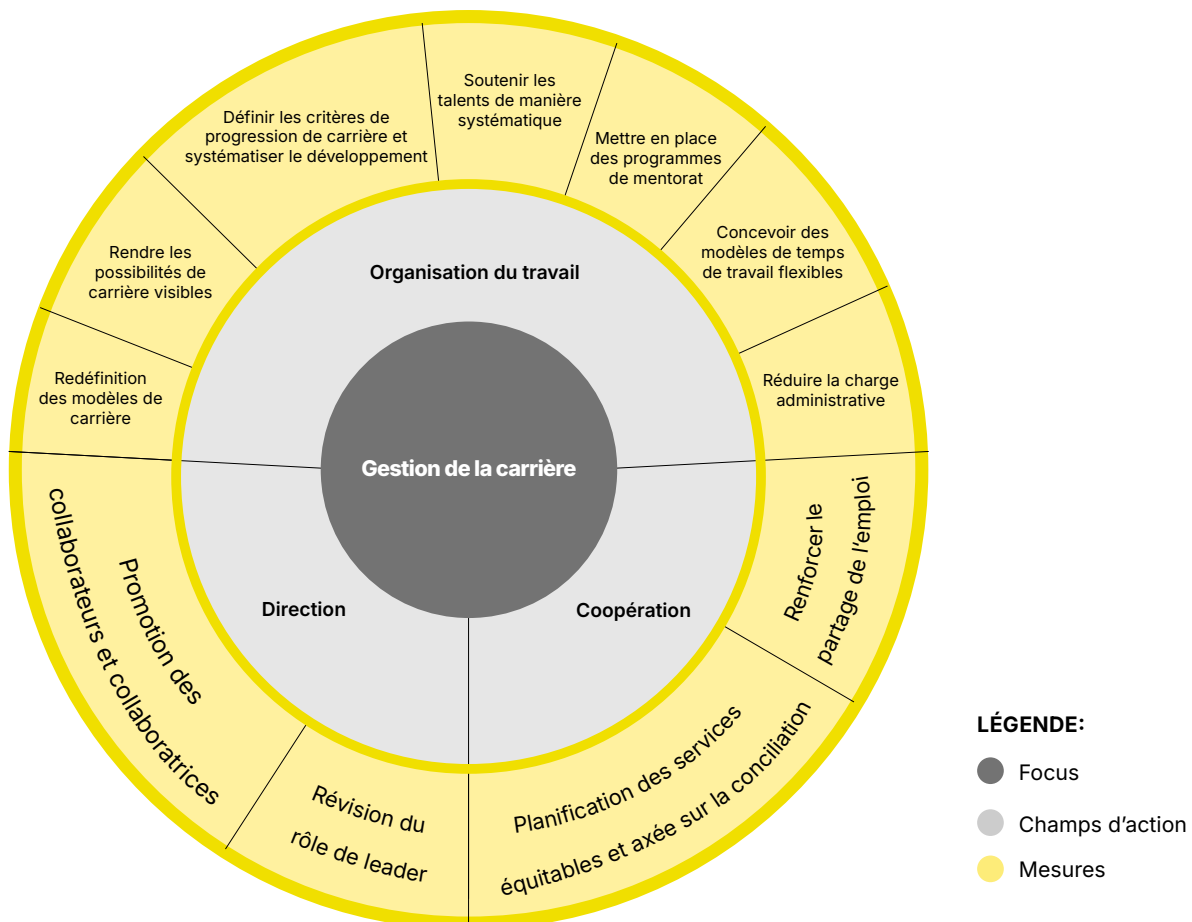
Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Julia Frey

Julia Frey

Jenna Küllenberg

Jenna Küllenberg



REMERCIEMENTS

Ce manuel est le fruit d'une collaboration entre la Haute école de psychologie appliquée FHNW et sept hôpitaux suisses (représentés ici par les logos). En 2023, les organisations de santé ont décidé de mettre l'accent sur la gestion de la carrière des médecins hospitaliers en fonction des différentes phases de la vie au moyen d'une participation au projet. Le projet a pu être réalisé grâce à l'aimable soutien financier du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) et a bénéficié des conseils de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac), de l'organisation professionnelle des médecins cadres en Suisse (VLSS) et de la professeure Dr Brigitte Liebig en tant que conseillère scientifique.

Nous remercions tous les participants pour leur travail extrêmement précieux.



Avant-propos de l'organisation professionnelle des médecins cadres en Suisse (VLSS)

La VLSS remercie le Bureau fédéral de l'égalité (BFEG) pour son soutien financier au projet; la Haute école de psychologie appliquée FHNW pour l'élaboration du concept ainsi que les hôpitaux participant au projet pilote pour leur participation au processus de mise en œuvre. De précieuses expériences ont pu être recueillies sur la manière dont la promotion de la gestion de la carrière des médecins hospitaliers en fonction des phases de la vie peut être mise en œuvre concrètement au quotidien. Le VLSS soutient les hôpitaux et ses membres qui y travaillent dans la mise en œuvre des processus de gestion du changement correspondants. Le manuel présente les facteurs de réussite qui doivent être réunis pour que le changement culturel nécessaire puisse avoir lieu efficacement. L'intégration intergénérationnelle de l'ensemble des médecins hospitaliers, y compris des médecins cadres, est une condition impérative pour parvenir à une meilleure conciliation de l'exercice de la profession avec la famille et les loisirs. L'organisation et le développement possibles de la carrière professionnelle, indépendamment du sexe et de la phase de vie, sont nécessaires pour que les jeunes médecins restent à l'avenir dans la profession de médecin hospitalier.

Dr iur. Thomas Eichenberger, directeur du VLSS



Avant-propos de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac)

L'évolution démographique et la demande croissante de médecins qualifiés posent des défis considérables au système de santé. Les jeunes médecins, en particulier, sont de plus en plus confrontés à la pression de devoir concilier leurs obligations et attentes professionnelles avec les exigences de leur vie quotidienne privée.

Le présent manuel propose des solutions orientées vers la pratique afin de mieux adapter la carrière médicale aux besoins individuels et de promouvoir à long terme la santé et la satisfaction professionnelle des médecins. L'asmac a accompagné activement ce projet et se réjouit de disposer à présent d'un manuel qui peut être utilisé dans la pratique. Il a pour objectif de permettre un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée grâce à des modèles de travail plus flexibles et à la prise en compte et la reconnaissance des différentes phases de la vie et de leurs défis. Nous espérons que ce manuel contribuera à ce que les médecins prennent plaisir à leur métier à long terme et puissent ainsi poursuivre leur carrière de manière durable.

Dr med. Gerlinde Heil, déléguée de l'asmac au comité de l'ISFM



Table des matières

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Introduction | 8 |
| 2 | Procédé de projet et de recherche | 10 |
| 2.1 | Principes de base de la gestion de carrière en fonction des phases de la vie à l'hôpital | 10 |
| 2.2 | Collecte des données et méthodes d'analyse de l'enquête | 11 |
| 2.3 | Sociodémographie | 12 |
| 2.4 | Conception de l'atelier – le développement de mesures comme processus itératif | 13 |
| 3 | Gestion de la carrière en fonction des phases de la vie: statu quo | 15 |
| 3.1 | Les défis actuels de la conciliation entre une carrière médicale et la vie privée | 15 |
| 3.2 | Classement des résultats au niveau structurel | 16 |
| 3.3 | Classement des résultats au niveau culturel | 18 |
| 4 | Champs d'action, mesures et exemples de bonnes pratiques | 21 |
| 4.1 | Champ d'action Organisation du travail | 22 |
| 4.1.1 | <i>Redéfinition des modèles de carrière</i> | 22 |
| 4.1.2 | <i>Rendre les possibilités de carrière visibles</i> | 24 |
| 4.1.3 | <i>Définir les critères de progression de carrière et systématiser le développement</i> | 26 |
| | <i>[Bonne pratique: Gestion du développement basée sur CanMEDs]</i> | 27 |
| | <i>[Portrait: L'avenir de l'organisation de la carrière des médecins]</i> | 32 |
| 4.1.4 | <i>Soutenir les talents de manière systématique</i> | 34 |
| | <i>[Portrait: Gestion des talents dans le secteur de la santé]</i> | 35 |
| 4.1.5 | <i>Mettre en place des programmes de mentorat</i> | 37 |
| | <i>[Bonne pratique: Liste de contrôle du mentorat]</i> | 38 |
| | <i>[Interview avec Dr med. Christina Venzin]</i> | 39 |
| 4.1.6 | <i>Concevoir des modèles de temps de travail flexibles</i> | 42 |
| | <i>[Portrait: Travail à temps partiel en tant que médecin assistant]</i> | 45 |
| | <i>[Bonne pratique: Modèle de temps de travail 90+10]</i> | 47 |
| 4.1.7 | <i>Réduire la charge administrative</i> | 50 |
| 4.2 | Champ d'action Direction | 51 |
| 4.2.1 | <i>Promotion des collaborateurs et collaboratrices</i> | 51 |
| | <i>[Good Practice: Dialogue entre les RH et le corps médical]</i> | 53 |
| 4.2.2 | <i>Révision du rôle de leader</i> | 56 |
| | <i>[Bonne pratique: Le tableau de gouvernance comme outil de gestion]</i> | 57 |
| 4.3 | Champ d'action Coopération | 60 |
| 4.3.1 | <i>Planification des services équitables et axée sur la conciliation</i> | 62 |
| 4.3.2 | <i>Renforcer le partage de l'emploi</i> | 63 |
| | <i>[Good Practice: Jobsharing en médecine interne]</i> | 65 |
| 5 | Le développement organisationnel dans le contexte médical hospitalier - une perspective de psychologie du travail | 68 |
| 5.1 | Défis du processus de développement organisationnel | 68 |
| 5.2 | Facteurs de réussite: approches pour une mise en œuvre durable des mesures | 69 |
| 6 | Perspectives | 71 |
| 6.1 | Registre des grands moments | 71 |
| 6.2 | Projets ultérieurs | 71 |
| 6.3 | Coordonnées de l'équipe de projet | 71 |
| | Bibliographie | 73 |



CHAPITRE 1
INTRODUCTION

1. Introduction

Les changements démographiques actuels ont entraîné une augmentation considérable de la demande de médecins qualifiés (Scheffler & Arnold, 2019). Cette pénurie de médecins spécialistes constitue une menace sérieuse pour l'efficacité et la longévité des systèmes de santé (Aluttis et al., 2014). Il est donc nécessaire d'attirer davantage de personnes vers les carrières médicales et de les retenir.

Pour les médecins, les raisons les plus fréquentes de quitter prématurément la profession sont une charge de travail élevée, des horaires de travail inflexibles et, par conséquent, des conflits à l'interface entre la vie professionnelle et la vie privée (Bolliger et al., 2016; Hofmeister et al., 2010; Peter et al., 2021). Ces conflits, également appelés «Life Domain Imbalanc», se manifestent par différents dilemmes: conflits temporels («Je n'ai pas le temps de répondre à toutes les exigences»), conflits basés sur la charge de travail («Je n'ai pas l'énergie de répondre à toutes les exigences») et conflits internes («Je suis encore occupé mentalement par un autre domaine de ma vie») (Carlson et al., 2000; Carlson & Forne, 2003). Le Life Domain Imbalance est renforcé par la culture de travail qui domine dans la profession médicale, marquée par une forte orientation vers la performance, de longs horaires de travail et une joignabilité constante (Aebi et al., 2018; Kellogg, 2003).

C'est dans ce contexte que la «Charte pour la santé des médecins» FMH (2022) a été présentée à la Chambre médicale suisse en mai 2022: elle se compose de 14 points consacrés à l'amélioration des conditions de travail, au respect du droit du travail, à la reconnaissance de la charge de travail des médecins praticiens et à une culture valorisante au sein du corps médical. L'un des messages clés est le suivant: «Un équilibre entre vie privée et vie professionnelle doit être exigé, encouragé et respecté. Cela vaut aussi bien pour la formation initiale et continue que pour le quotidien professionnel et les opportunités de carrière». (point 7)

Les différentes phases de la vie, en particulier, peuvent impliquer qu'une adaptation de la disponibilité professionnelle dans le champ d'activité, par phases ou à long terme, doit ou veut être mise en œuvre par une réduction du temps de travail ou une interruption de la carrière. En l'état actuel des choses, le recours à des modes de travail orientés vers la conciliation représente toutefois un obstacle de grande ampleur au maintien ou à la progression au sein d'une carrière et est souvent décrit par les médecins comme une fin de carrière informelle (Frey et al., 2023). Les résultats des études indiquent que la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée gagne en importance pour les médecins (Heuss & Datta, 2020). Il faut donc s'attendre à ce que le nombre de médecins quittant prématurément la profession soit nettement plus élevé si les hôpitaux ne trouvent pas à l'avenir des réponses

appropriées, par exemple sous la forme de modèles de carrière plus modernes. Partant de cette situation de départ, la question suivante a été posée dans le cadre du projet: **Comment mieux organiser les carrières médicales des médecins hospitaliers en fonction des besoins et des exigences des différentes phases de la vie (comme par exemple la responsabilité des enfants, des parents, les fonctions honorifiques, les loisirs) ?**

Des réponses à cette question ont été élaborées dans le cadre d'un projet de deux ans mené par la Haute école de psychologie appliquée FHNW en collaboration avec des hôpitaux suisses. Les résultats de la recherche, d'une enquête réalisée ainsi que les mesures discutées et testées par les médecins et les spécialistes RH sont résumés dans ce document. Le manuel fournit des approches pratiques pour promouvoir le développement professionnel, la satisfaction au travail et la santé à long terme des professionnels de la santé - adaptées aux différentes phases de la vie. Il s'adresse à toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé qui s'occupent de l'organisation des carrières et de l'amélioration des conditions de travail:

- ✓ **Les médecins** qui souhaitent planifier et organiser activement leur carrière professionnelle et la concilier avec leur vie privée.
- ✓ **Les cadres du secteur médical** qui souhaitent aider leurs collaborateurs et collaboratrices à concilier leurs objectifs professionnels individuels avec les exigences du quotidien professionnel.
- ✓ **Directions d'hôpitaux, spécialistes RH, spécialistes en GSE, délégué(e)s à l'égalité et autres personnes intéressées** par le développement de conditions de travail équitables et la promotion de la santé.

LÉGENDE DES SYMBOLES UTILISÉS



Mesures recommandées



Résultats d'études

CHAPITRE 2

**PROCÉDÉ DE PROJET
ET DE RECHERCHE**

2. Procédé de projet et de recherche

Ce manuel est un résultat documenté du projet «**Gestion des carrières des médecins en fonction des phases de la vie: mesures pour plus d'égalité des chances dans les hôpitaux et les cliniques suisses**» (projet LeLa), réalisé entre 2023 et 2025 avec le soutien financier du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG). Les connaissances et les expériences acquises dans le cadre d'un projet antérieur sur la «**culture de travail favorable à la conciliation pour les médecins: concepts + mesures pour les hôpitaux**» (2021-2022) constituent une base centrale du projet. Le projet actuel a été mené par des psychologues du travail de la Haute école de psychologie appliquée FHNW en collaboration avec les partenaires de terrain que sont le groupe Insel, l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, l'hôpital cantonal de Winterthur, l'hôpital cantonal de Lucerne, l'hôpital de Männedorf, les hôpitaux de Frutigen Meiringen Interlaken (fmi) SA et le Centre hospitalier de Bienne. Le projet a été accompagné par un groupe de pilotage composé de représentants de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac) et de l'organisation professionnelle des médecins cadres en Suisse (VLSS) ainsi que du conseil scientifique (Pre Dr Brigitte Liebig).

Le travail et les compétences de l'équipe de projet de l'Institut de recherche et de développement en coopération (IfK) de la Haute école de psychologie appliquée FHNW se concentrent sur l'analyse psychologique et l'aménagement des organisations de travail dans le secteur de la santé (**psychologie organisationnelle médicale**). Pour ce projet, le statu quo des médecins concernant la gestion de la carrière en fonction des phases de la vie dans les hôpitaux suisses ainsi que les besoins correspondants ont été relevés. Sur cette base, des mesures ont été élaborées dans le cadre d'ateliers interhospitaliers et ont été testées ou réfléchies dans le quotidien de l'hôpital. Les mesures ont toujours été orientées vers l'objectif d'organiser les carrières médicales des médecins de manière à ce qu'elles soient mieux en phase avec les besoins et les exigences des différentes phases de la vie (voir également le chapitre 2.1 Principes de base de la gestion de la carrière en fonction des phases de la vie à l'hôpital).

Ce manuel résume pour vous, chers lecteurs et lectrices, des connaissances provenant de différentes sources et les met en relation:

1. **Résultats d'enquêtes** issues de ce projet, basées sur des sondages et des interviews avec des médecins
2. **Conclusions de la recherche**, qui fournissent des informations scientifiques pertinentes.
3. **Savoir expérientiel issu d'ateliers interdisciplinaires et interhospitaliers** avec des spécialistes des ressources humaines et des

médecins, dans le but de développer des mesures efficaces pour les hôpitaux.

4. Portraits, interviews et bonnes pratiques du secteur de la santé comme source d'inspiration.

Les points forts de la méthodologie de recherche se trouvent dans ce chapitre 2, tandis que les résultats des enquêtes, les mesures, les portraits et les bonnes pratiques sont présentés dans les chapitres 3 et 4. Les résultats du point de vue de la psychologie du travail sont résumés dans le chapitre 5, qui se termine par des perspectives d'avenir.

2.1 Principes de base de la gestion de carrière en fonction des phases de la vie à l'hôpital

Pour une compréhension commune d'une gestion de carrière axée sur les phases de la vie, vous trouverez ci-dessous une spécification des principes de base qui guident l'ensemble du projet:

La stratégie du Conseil fédéral suisse en matière de politique de la santé, «**Santé 2030**», donne deux orientations claires avec l'objectif de promouvoir la santé dans le monde du travail: la «prévention des effets négatifs sur la santé des nouvelles formes de travail» et la «promotion d'un environnement de travail sain» (OFSP, 2019). La conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée est une condition essentielle pour la santé des médecins et donc un élément constitutif des carrières à long terme et de la garantie de la main-d'œuvre médicale. Ce projet se concentre sur l'aménagement de conditions de travail permettant une gestion de la carrière en fonction des différentes phases de la vie (prévention des conditions). Pour ce faire, les structures, les processus et la culture d'un hôpital/d'une clinique sont examinés dans une perspective de psychologie du travail. L'accent est mis sur l'ensemble du cycle RH d'un collaborateur ou collaboratrice médical(e) à l'hôpital: du recrutement et de l'intégration à l'interruption, à la réintégration et au départ, en passant par le développement, la fidélisation et les phases de transition. Les principes de base suivants sont pris en compte:

Flexibilité d'une carrière médicale: une carrière médicale¹ désigne le parcours professionnel que les médecins suivent (ou peuvent suivre) à l'hôpital. Au sens classique du terme, cela comprend le mouvement au sein de l'hôpital selon des séquences prédéfinies (par exemple linéaires) de positions, de rôles et de tâches médicales, leurs adaptations et extensions ainsi que la planification de la succession au sein de l'hôpital. Les carrières médicales peuvent être qualifiées de flexibles lorsqu'une variété de formes de carrière permet d'adapter et d'élargir les positions, les rôles et les tâches au fil du temps.

Prise en compte des phases de vie (orientation sur les phases de vie): «l'orientation sur les phases de la vie» met l'accent sur le collaborateur ou

¹ Dans le présent manuel, les termes «carrière» et «parcours professionnel» sont utilisés comme synonymes. La littérature reste incohérente en ce qui concerne les différences de signification possibles (pour en savoir plus, voir Latzke et al., 2019). Pour le projet, le terme «carrière médicale» a été choisi dans la mesure du possible et lorsque cela était pertinent, car le terme «carrière» est surtout associé à l'ascension verticale et à la réussite dans le langage courant. Le projet, en revanche, se concentre sur le développement professionnel au sein du corps médical, y compris les multiples voies de développement qui vont au-delà des scénarios d'ascension classiques.

collaboratrice en tant qu'individu avec ses besoins personnels et spécifiques à chaque étape de la vie. Ces besoins se développent à partir d'objectifs, d'événements et de changements dans divers domaines de la vie à différents âges et influencent la carrière professionnelle et inversement. En conséquence, les carrières ne sont pas statiques: elles peuvent être interrompues et changer en permanence, ce qui conduit à différents modèles de carrière (Brousseau et al., 1996). La gestion de la carrière en fonction des phases de la vie tient compte des phases individuelles de la vie et, sur cette base, élabore les meilleures possibilités de carrière possibles en accord avec la gestion de carrière organisationnelle.

2.2 Collecte des données et méthodes d'analyse de l'enquête

Vous trouverez ci-dessous des informations sur le processus d'élaboration et d'analyse des résultats de cette étude.

Les résultats présentés dans ce manuel se basent sur les conclusions d'une enquête en ligne menée auprès de 557 médecins, sur 19 interviews approfondis ainsi que sur des informations relatives aux offres de carrière déjà existantes des partenaires de terrain. La collecte des données a eu lieu d'août à novembre 2023 dans sept hôpitaux ou groupements d'hôpitaux de Suisse. Auparavant, trois interviews avec des experts ainsi qu'une recherche bibliographique approfondie ont été réalisés. Avec les connaissances acquises dans le cadre du projet précédent «**Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée des médecins hospitaliers**», elles ont constitué la base des instruments d'enquête décrits ci-après. Avec l'aide du groupe de pilotage du projet - composé de représentants de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac) et de l'organisation professionnelle des médecins cadres en Suisse (VLSS) ainsi que du conseil scientifique (Pre Dr Brigitte Liebig) - les instruments d'enquête utilisés ont été révisés et leur pertinence pratique ainsi que leur scientificité ont été vérifiées. Le projet a reçu un avis éthique positif sous le numéro de référence EAaFE230623. L'analyse met en lumière le thème de la «gestion de la carrière médicale» selon trois perspectives (voir figure 1):

L'objectif de **l'enquête en ligne** était de collecter des données de base sur le thème de la gestion de carrière axée sur les phases de la vie dans les hôpitaux suisses. Les questions sélectionnées se rapportent aux besoins liés à la carrière et aux situations et opportunités de carrière réellement perçues en termes de gestion, d'organisation du travail et de coopération.

Les **interviews** se sont concentrés sur des médecins de différents niveaux hiérarchiques, qui ont partagé leurs perspectives sur les défis d'une carrière médicale à différentes étapes de la vie et sur le potentiel d'action qui en résulte dans les domaines de l'organisation du travail, de la gestion et de la collaboration. En complément de l'enquête quantitative, les interviews ont permis d'appréhender de manière plus détaillée les conditions organisationnelles et culturelles dans les hôpitaux. Les citations tirées des interviews sont signalées dans le présent manuel par la mention «Interview ID X projet LeLa».

Le thème des conditions et des opportunités de carrière a été abordé à l'aide **d'auto-évaluation**, avec les domaines clés suivants

- * Gestion de carrière,
- * conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée,
- * interruptions de carrière et congé maternité
- * travail mobile et flexible

dans les différents hôpitaux. Outre les données de d'auto-évaluation, les spécialistes RH des hôpitaux ont fourni des informations sur les offres, les mesures, les lignes directrices (de gestion) et les réglementations existantes des hôpitaux et des cliniques. Les résultats de l'auto-contrôle ont servi aux partenaires de terrain pour la poursuite de leur travail sur les différents thèmes. Ils ne sont toutefois pas abordés plus en détail dans le présent manuel. On peut toutefois retenir ici ce qui suit:


 Pour les processus de changement, il est décisif d'analyser d'abord les possibilités existantes dans l'entreprise et de vérifier ensuite si les groupes de collaborateurs et collaboratrices concerné(e)s sont informés et suffisamment familiarisé(e)s avec celles-ci.



Figure 1. Procédure d'enquête sur les conditions de carrière des médecins analyse

2.3 Sociodémographie



Enquête en ligne. Le questionnaire a été envoyé à 1981 personnes. Au total, l'échantillon des médecins ayant participé au questionnaire comprend $N = 557$ (dont $n = 304$ médecins et $n = 253$ médecins), ce qui représente un taux de réponse de 28,1%. Les taux de réponse aux enquêtes en ligne auprès des médecins sont généralement faibles (Cho et al., 2013), c'est pourquoi ce taux de réponse est jugé satisfaisant. Le tableau suivant contient les données sociodémographiques des médecins ayant participé à l'enquête (voir tableau 1). Celui-ci présente un rapport équilibré entre les sexes ($f = 55\%$, $m = 45\%$) et montre qu'environ la moitié des personnes interrogées (48%) assument actuellement des obligations familiales privées.



Interview. L'équipe de projet a mené des interviews avec 19 médecins de différents hôpitaux suisses. Onze femmes médecins (58%) et huit médecins (42%) ont été interviewés. Cet échantillon se composait de médecins-assistant(e)s ($n = 5$), de chef(fe)s de clinique ($n = 4$), de spécialistes ($n = 2$), de médecins adjoint(e)s ($n = 5$) et de médecins-chef(fe)s ($n = 3$).

Tableau 1. Données sociodémographiques des médecins ayant participé à l'enquête en ligne

| Caractéristique | Expression | Nombre | Pourcentage |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|--------|-------------|
| Sexe (N = 557) | Féminin | 304 | 55% |
| | Masculin | 253 | 45% |
| | Divers | 0 | 0% |
| Âge (N = 557) | ≤29 ans | 70 | 13% |
| | 30–39 ans | 229 | 41% |
| | 40–49 ans | 141 | 25% |
| | 50–59 ans | 89 | 16% |
| | ≥60 ans | 28 | 5% |
| Taux d'occupation (N = 557) | 90%–100% | 354 | 63% |
| | 80%–89% | 107 | 19% |
| | 50%–79% | 82 | 15% |
| | <50% | 14 | 3% |
| Position (n = 556)* | Médecins-assistant(e)s | 179 | 32% |
| | Chef/cheffe de clinique | 192 | 35% |
| | Médecin spécialiste d'hôpital | 14 | 3% |
| | Médecin adjoint/adjointe | 108 | 19% |
| | Médecin-chef/médecin-cheffe | 63 | 11% |
| Position de direction (N = 557) | Oui (y compris les tâches de recrutement) | 157 | 28% |
| | Oui (sans tâches de recrutement) | 131 | 24% |
| | Non | 269 | 48% |
| Enfants (N = 557) | Oui | 285 | 51% |
| | Non | 272 | 49% |
| Obligations familiales (N = 557) | Oui, seul | 17 | 3% |
| | Oui, partagés | 250 | 45% |
| | Non | 290 | 52% |

* Une personne interrogée n'a pas souhaité être classée dans ces catégories de position. Pour des raisons de protection des données, elle n'a donc pas été enregistrée ici.

2.4 Conception de l'atelier - le développement de mesures comme processus itératif

L'un des éléments clés du projet était l'organisation d'ateliers d'une demi-journée. Les premières propositions de mesures ont été élaborées sur la base des résultats de l'enquête. La suite du processus a été conçue de manière participative et itérative, de sorte que les partenaires de terrain ont été impliqués activement dès le début: les ateliers ont été organisés à intervalles rapprochés avec des équipes de projet des hôpitaux, composées de médecins et de spécialistes RH. Les ateliers ont été dirigés par deux psychologues du travail de la haute école - les auteurs de ce manuel. Pour se préparer, les hôpitaux ont reçu un rapport détaillé sur les résultats. Pour les ateliers, des propositions de mesures, désignées lors des interviews et dans la partie ouverte du questionnaire, ont été préparées et mises à disposition sur des affiches. Les participants ont pu les examiner, les affiner et les concrétiser dans le cadre d'une exposition interactive.

Le contenu des ateliers s'est orienté sur les trois champs d'action suivants:

1. **organisation du travail**
2. **direction** et
3. **coopération**.

Une fois chaque série d'ateliers terminée, l'équipe de recherche de la FHNW a rassemblé, réfléchi et regroupé les thèmes des différents ateliers. Ces résultats regroupés ont été présentés aux groupes respectifs au début de l'atelier suivant afin de favoriser les effets de synergie et d'assurer un transfert de connaissances efficace (voir figure 2). Ce manuel présente les mesures discutées, y compris des exemples d'application concrets, dans l'esprit d'une «inspiration de la pratique».

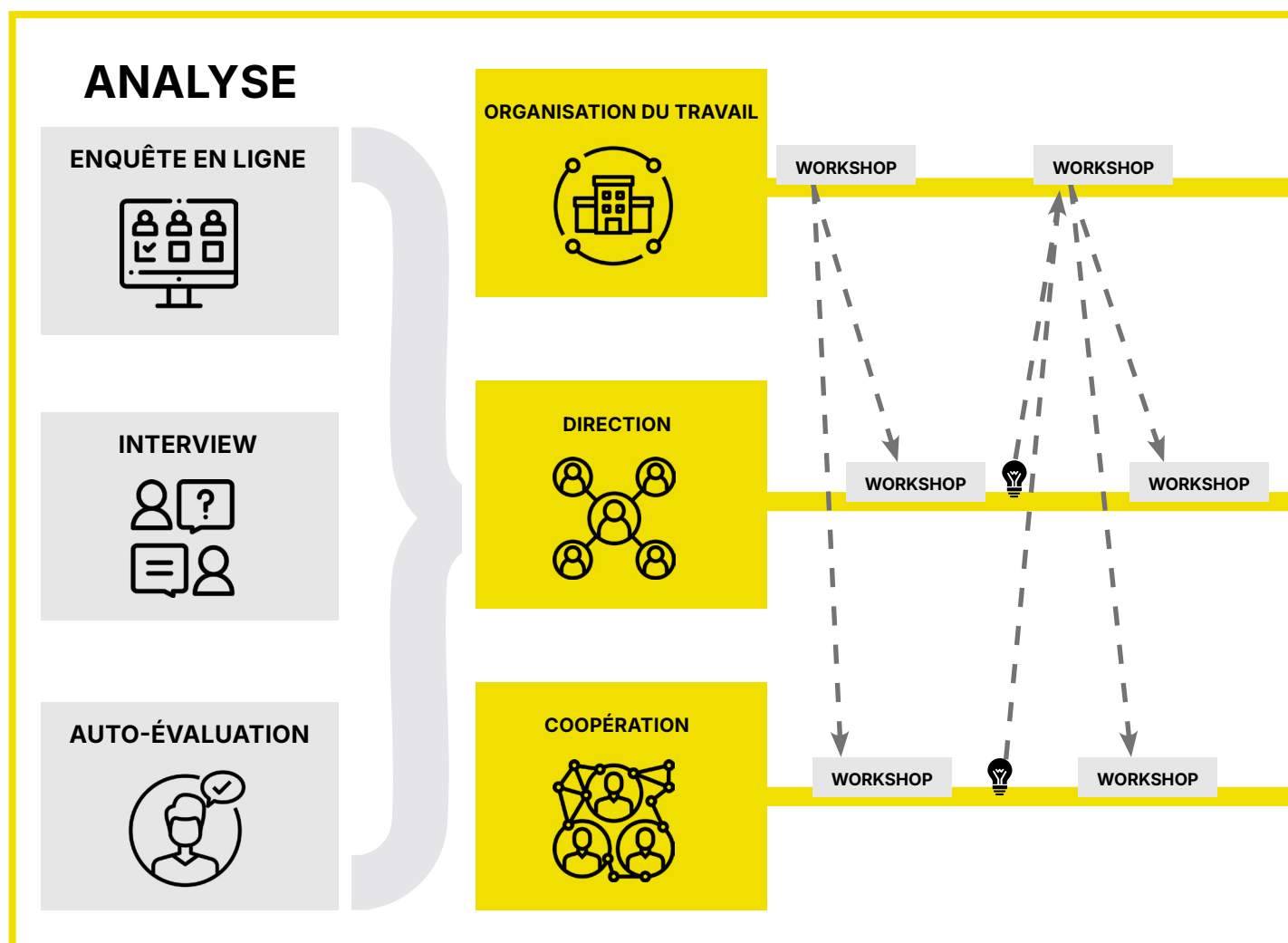


Figure 2. Représentation de la procédure du projet et du transfert de connaissances entre les séries d'ateliers

CHAPITRE 3

GESTION DE LA CARRIÈRE EN FONC- TION DES PHASES DE LA VIE: STATU QUO

3. Gestion de la carrière en fonction des phases de la vie: statu quo

Dans le chapitre suivant, vous trouverez les principales conclusions de l'enquête concernant les besoins liés à la carrière, les situations et les opportunités de carrière perçues par les médecins participants, suivies d'une classification au niveau structurel et culturel (voir chapitres 3.2 et 3.3). Ces connaissances servent de base au développement de mesures permettant de mieux comprendre la réalité du travail clinique et ses défis et d'y réagir de manière appropriée. Les résultats de l'enquête, qui mettent en lumière de manière approfondie les champs d'action de l'organisation du travail, de la direction et de la coopération, se trouvent au chapitre 4.

3.1 Les défis actuels de la conciliation entre une carrière médicale et la vie privée

Grande importance de la compatibilité d'une carrière avec la vie privée: comme le montrent les données de l'analyse, pour 88% des médecins, la compatibilité entre travail et vie privée est un critère extrêmement important, voire indispensable, pour pouvoir envisager une carrière à long terme à l'hôpital (voir figure 3). Pourtant, plus de la moitié des personnes interrogées estiment que la compatibilité entre carrière hospitalière et vie privée n'est pas ou que partiellement garantie (voir figure 4).

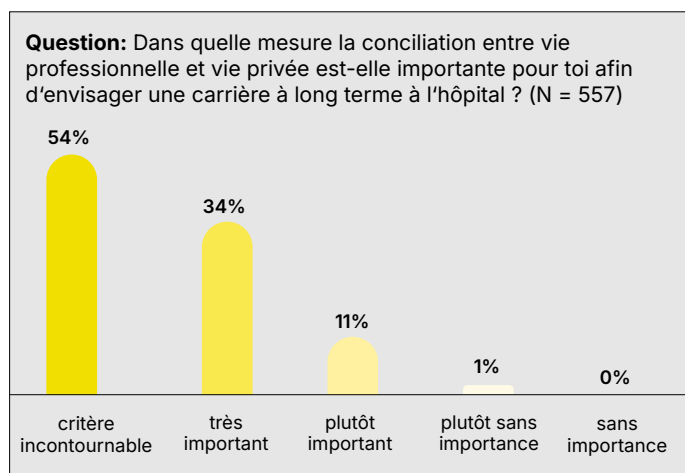


Figure 3. Pondération de la compatibilité pour une carrière hospitalière à long terme

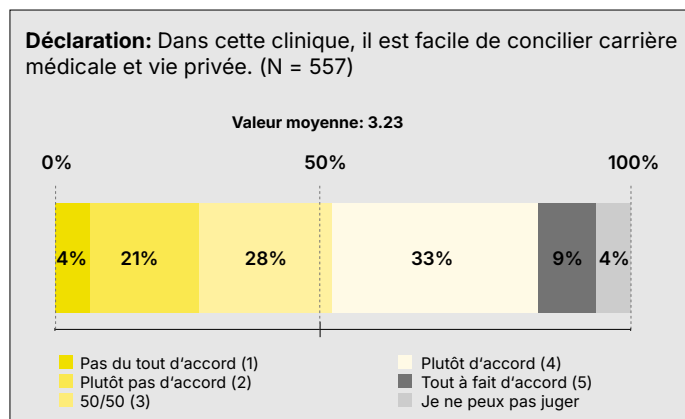


Figure 4. Compatibilité entre la carrière médicale et la vie privée

L'intention de démissionner en raison d'un manque de conciliation est élevée (voir figure 5): ce sont surtout les collaborateurs et collaboratrices occupant les postes les plus bas, principalement les médecins-assistant(e)s, suivis des chef(fe)s de clinique, qui sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils envisageraient de quitter l'hôpital en raison d'un manque de conciliation entre travail et vie privée. Plus le niveau de poste est élevé, plus l'accord avec cette affirmation est faible ($r_{sp} = -.22, p < 0.001$) (voir tableau 2).

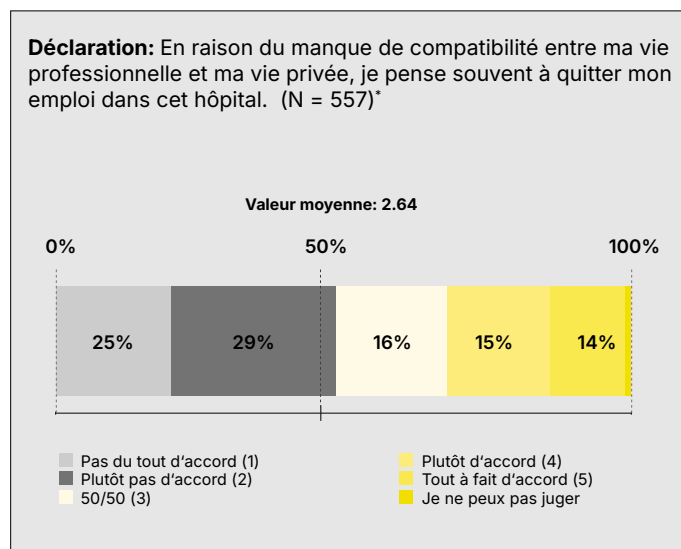


Figure 5. Abandon de l'activité en raison d'un manque de compatibilité

Tableau 2. Estimation du manque de compatibilité, par poste (n = 556)

| Position | Valeur moyenne | écart-type |
|--------------------------------------------|----------------|------------|
| Médecin-assistant(e) (n = 179) | 3.01 | 1.38 |
| Chef/cheffe de clinique (n = 192) | 2.74 | 1.39 |
| Médecin spécialiste en hôpital (n = 14) | 2.29 | 1.27 |
| Médecin adjoint/adjointe (n = 108) | 2.33 | 1.24 |
| Médecin-chef/médecin-cheffe (n = 63) | 1.89 | 1.02 |

1 = «Pas du tout d'accord», 5 = «Tout à fait d'accord»

Les heures supplémentaires et les pertes privées comme élément de carrières réussies: la situation de carrière est décrite comme suit par les médecins 41% des personnes interrogées indiquent que l'on attend des collaborateurs et collaboratrices qu'ils fassent régulièrement des heures supplémentaires ou des heures complémentaires pour faire avancer leur propre carrière (voir figure 6). 39% des personnes interrogées sont d'avis que la réduction (temporaire) du temps de travail pour des raisons privées entraîne une diminution des chances de progresser dans la carrière hospitalière (voir figure 7).

* Pour une meilleure lisibilité, le code couleur de cette figure a été inversé par rapport aux autres figures.

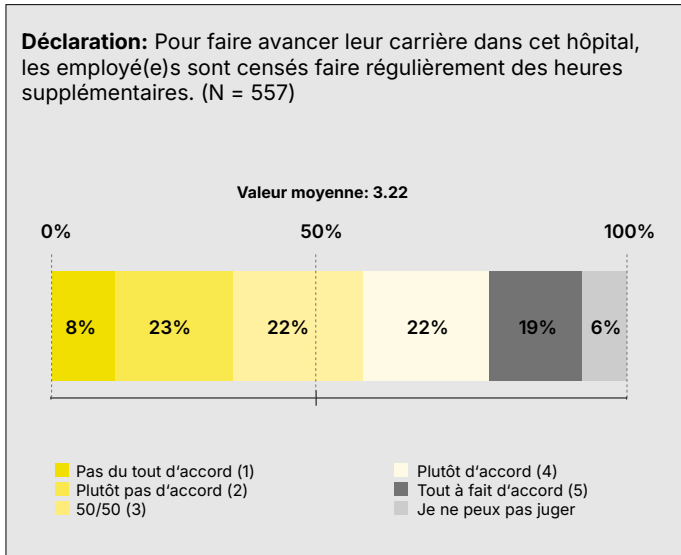


Figure 6. Attentes vis-à-vis des collaborateurs et collaboratrices concernant les heures supplémentaires régulières

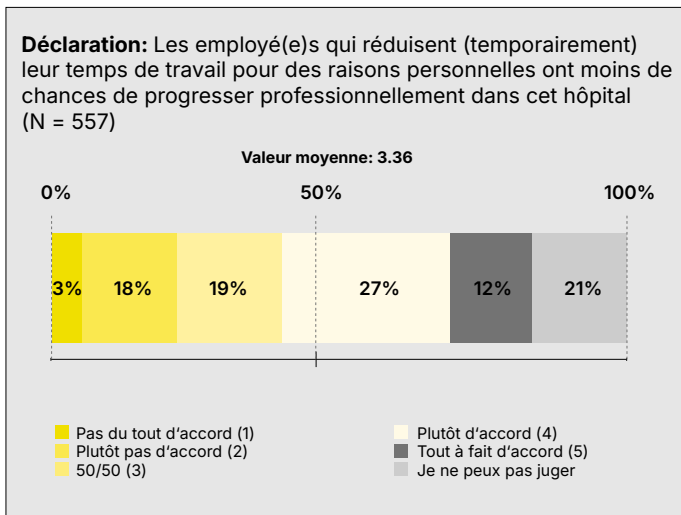


Figure 7. Réduction des chances de progression professionnelle en raison de la réduction du temps de travail

3.2 Classement des résultats au niveau structurel

Dans ce chapitre, les résultats de l'enquête sur la gestion de la carrière des médecins hospitaliers en fonction des différentes phases de la vie sont mis en relation avec les connaissances sur les conditions-cadres existantes (p. ex. longues heures de travail, travail en équipe) et les structures institutionnelles (gestion de la carrière) ainsi que les connaissances issues de la recherche qui y sont liées.

L'incompatibilité des modèles de carrière classiques avec les projets de vie individuels: Les modèles de carrière classiques qui prévalent actuellement (une succession linéaire prédéfinie de postes au sein de fenêtres de temps limitées) n'offrent guère de possibilités de concilier une carrière professionnelle

avec une vie privée épanouie. Les modèles de carrière linéaires, en particulier, ne permettent pas aux femmes de mener à bien leur carrière, qui est souvent interrompue par des périodes de vie familiale. Les modèles de carrière qui sont interrompus par des phases de vie personnelles ne sont pas représentés de manière adéquate et font l'objet de critiques depuis longtemps (Biemann et al., 2012). Une étude longitudinale soutient cette thèse: plus l'interruption de l'activité professionnelle au sein de la carrière médicale est courte, plus les médecins réussissent (en termes de salaire). Les femmes médecins qui ont participé à l'étude ont interrompu leur activité professionnelle beaucoup plus longtemps que les hommes médecins et, au moment de la mesure ultérieure, elles avaient globalement nettement moins de succès (Evers and Sieverding, 2014).

Fonder une famille est un défi: la grossesse en particulier, en tant qu'événement de la vie, représente un défi particulier pour le management dans les hôpitaux. Les femmes médecins avec enfants continuent de décrire la grossesse comme un événement qui entrave leur carrière dans les hôpitaux suisses et ont subi des remarques hostiles à ce sujet (Greiser-Evain et al., 2021). Une étude récente dans le contexte de la chirurgie montre en outre que les chirurgiennes suisses travaillent plus souvent à temps partiel, qu'elles reportent la planification des enfants en raison de leur formation, qu'elles mettent plus de temps à tomber enceintes et qu'elles ont eu besoin d'un plus grand nombre de traitements de reproduction assistée (Faes et al., 2024). Outre la grossesse et les obligations familiales qui en découlent pour les femmes, cela concerne également les pères qui, inquiets de la fin informelle de leur carrière, prennent moins de mesures axées sur la conciliation à l'hôpital.

L'étude présentée ici a également confirmé que les interruptions professionnelles, comme la maternité et le travail qui s'ensuit dans des modèles de temps de travail plus flexibles, sont perçues comme une rupture de carrière, comme le montrent clairement les citations suivantes:

«Et si tu réduis ton activité à 80%, ou disons à 60%, ce qui est tout à fait normal dans certaines professions, ce n'est pas normal dans ce métier. Tu es mis sur la touche, pas partout, mais les chances que cela arrive sont très, très grandes.»
 [Interview ID P, projet LeLa]

«Il est extrêmement difficile pour une femme médecin de fonder une famille. Si tu as des enfants tôt, soit tu interromps ta formation et tu la reprends plus tard pour devenir médecin spécialiste, soit tu essaies de tout concilier et cela prend alors beaucoup plus de temps.»
 [Interview ID K, projet LeLa]

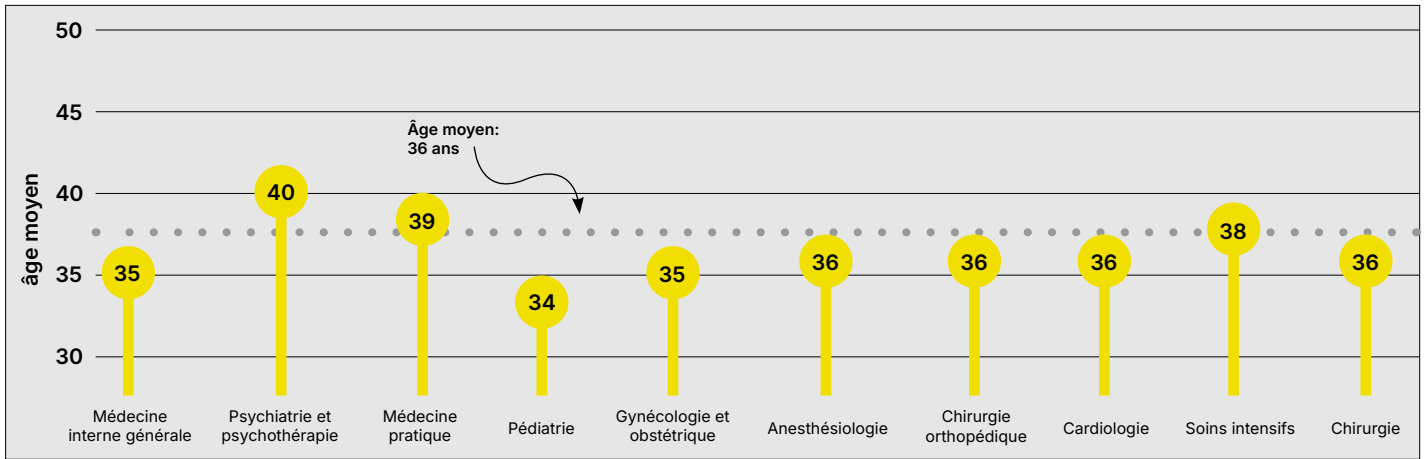


Figure 8. Âge moyen lors de l'obtention du titre fédéral de formation continue par spécialité; source: Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2024)

Si l'on considère l'âge moyen d'obtention du titre fédéral de formation postgraduée selon la spécialité médicale (voir figure 8), il apparaît clairement que l'obtention du titre est en concurrence avec une phase potentielle (limitée par l'âge) de fondation d'une famille chez les médecins.

Les interviews montrent clairement que fonder une famille est décrit comme une course contre la montre et que cette phase est vécue comme un défi particulièrement difficile à relever. La réalisation des concepts actuels d'une carrière médicale dans les délais prévus est perçue comme une contradiction avec la fenêtre biologique de la fondation d'une famille, comme l'expriment clairement les citations suivantes:

«Et c'est généralement le moment où l'on envisage d'avoir des enfants. Je vois que c'est difficile pour beaucoup, car elles sont en fait l'âge où «les hormones travaillent». Mais personne ne veut vraiment réduire le nombre d'heures de travail, car cela constitue une contrainte pour la planification de carrière et la formation de spécialiste. C'est certainement un dilemme.»
[Interview ID K, projet LeLa]

Même après une interruption de carrière due à une grossesse, la garde des enfants rend la situation de conciliation plus difficile:

«Je pense que le moment le plus difficile est surtout celui de la naissance des enfants. Il faut concilier le fait d'être à la maison pour les enfants, la famille et en même temps être à l'hôpital, où l'on attendrait ou où l'on aurait besoin de plus de choses pour pouvoir faire carrière.»
[Interview ID M, projet LeLa]

Dans ce contexte, les obligations familiales comme motif d'interruption de carrière ou de réduction du temps de travail constituent un défi particulièrement difficile à relever d'un point de vue psychologique. En effet, le prix personnel à payer pour donner la priorité à une option (p. ex. accepter un poste de direction médicale) et pour ne pas donner la priorité à une autre (p. ex. assumer un rôle parental

actif) est généralement élevé. Lorsque les personnes s'acquittent moins de leurs obligations familiales pour investir en contrepartie davantage de ressources de travail, il n'est pas rare que cela débouche sur des efforts continus pour tout faire en même temps d'une manière ou d'une autre («phase de pédalage dans le dilemme»). Ce conflit de rôles et/ou de valeurs peut se traduire par un surcroît de travail, une négligence de sa propre santé ou un abaissement de ses propres exigences. Ces situations dites de dilemme sont considérées comme un facteur de risque particulier pour la santé mentale dans les hôpitaux (Born et al., 2022). Les goulots d'étranglement chez les personnes ayant des obligations familiales montrent clairement, à l'instar de l'ensemble du corps médical, où se trouve le potentiel pour mieux concilier vie professionnelle et vie privée.

Les professionnels de la santé ne sont pas les seuls concernés, leurs partenaires le sont également:

Effets indirects sur les partenaires


En raison de l'orientation des carrières médicales vers des modèles de carrière classiques, les partenaires des titulaires de postes doivent, dans certaines circonstances, adapter leur vie (professionnelle) de manière flexible aux horaires de travail des médecins ou, par exemple, renoncer à leurs propres ambitions de carrière en cas d'obligations familiales. Un médecin-chef décrit cela comme suit:

«C'est précisément au moment de la naissance de mes enfants que j'ai fait des bonds en avant décisifs dans ma carrière, ce qui a considérablement réduit le pouvoir économique de ma partenaire au sein de notre couple. Ma partenaire s'est ainsi retrouvée dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle, ce qui aurait pourtant été judicieux d'un point de vue économique.»
[champ libre dans le questionnaire, projet LeLa]

Cela coïncide avec les études de Rusconi et Solga (2011) qui, dans le contexte des doubles carrières académiques, décrivent la fondation d'une famille comme un effort d'harmonisation organisationnel et émotionnel des couples: les rôles de genre instituti-


onnalisés et les modèles de carrière professionnelle «individualistes» deviennent saillants dans le cadre de ces processus de négociation et se croisent de manière «conflictuelle» dans le couple (Rusconi & Solga, 2011, p. 48). L'issue de ces négociations peut favoriser ou entraver les doubles carrières. Les partenaires sont donc déterminants pour le maintien ou la reprise d'une carrière réussie. En particulier, des «conceptions traditionnelles des rôles» (Prentice & Carranza, 2022) dominantes et persistantes ainsi qu'un manque de négociations intrafamiliales sur les possibilités d'organiser deux carrières peuvent empêcher le déploiement d'offres orientées vers la conciliation et la réalisation de doubles carrières (Rusconi & Solga, 2011).

Les études décrites montrent que les carrières médicales ne sont pas suffisamment adaptées aux différents modèles de vie.

 La question de savoir quels sont les domaines de vie prioritaires en dehors du travail rémunéré est secondaire pour les employeurs, car une Life Domain Balance réussi est individuel et relève de l'appréciation personnelle des collaborateurs et collaboratrices. Outre la famille et le travail de soins, ces domaines comprennent par exemple les contacts sociaux, les loisirs, les hobbies, le sport et la santé, les temps de repos (p. ex. le sommeil), les tâches ménagères ou l'engagement bénévole.

3.3 Classement des résultats au niveau culturel

Les défis indiqués par les médecins interrogés indiquent un grand besoin d'agir (voir chapitre 3.1). L'intention de vouloir quitter la profession en raison d'un manque de compatibilité avec la vie privée est plus élevée que dans les groupes professionnels en dehors du secteur de la santé (Grothe & Staffelbach 2020). Cette différence par rapport à d'autres groupes professionnels s'explique en partie par des conditions structurelles (voir chapitre 3.2) et d'autres facteurs tels que le travail en équipe et les longues heures de travail; il convient en outre de tenir compte de la culture de travail qui prévaut dans la profession de médecin.

 **Culture de travail (médicale).** La culture du travail décrit la manière dont on vit l'environnement de travail et dont on se comporte dans l'entreprise: «Culture is the way we do things around here» (Deal & Kennedy, 1982, p. 49) L'intériorisation des valeurs culturelles ou la conformité du comportement est une composante essentielle pour être accepté dans l'entreprise et en faire partie. Les présupposés culturels qui en résultent sont en grande partie inconscients et ne sont pas remis en question ou discutés (Schein, 2010).

La culture de travail des médecins, qui prévaut pour l'essentiel, peut être mieux comprise à l'aide des scripts de performance des médecins, qui sont déterminants pour les particularités spécifiques à la profession. Zwack et al. (2012, p. 183) ont formulé, dans le cadre d'une étude qualitative par interviews avec des médecins particulièrement sollicités, quatre principes directeurs internes qui peuvent contribuer au modèle d'attitude et de comportement des médecins:

1. **«D'abord le travail»** – l'accomplissement du devoir est la priorité absolue dans la vie
2. **«Bien n'est pas assez bien»** – l'exigence généralisée de la perfection dans la vie professionnelle et privée
3. **«Persévérer à tout prix»** – abandonner ou arrêter sont des options exclues ou taboues
4. **«Les autres d'abord»** – sacrifice altruiste pour les patient(e)s au détriment de ses propres besoins —


Les évaluations des interviews de la présente étude montrent que des principes directeurs comme ceux-ci trouvent leur chemin dans le travail quotidien: résumés sous le terme de «norme idéale du médecin», deux facteurs essentiels caractérisent la pensée et l'action des médecins: une grande disposition à la performance d'une part et une grande disposition au sacrifice d'autre part (Germann et al., in review). Selon les personnes interviewées, la disposition à la performance est liée en premier lieu à la présence physique, qui se caractérise par de longues journées de travail (présence) d'un médecin dans le quotidien clinique:

«Souvent, je vois que le bon travail se définit par de longues heures de travail [...] Tout le monde doit être là pendant 10 heures, une heure de pause déjeuner est déduite, que tu la fasses ou non.»
[Interview ID E, projet LeLa]


La disposition au sacrifice se traduit par le fait d'accorder une très grande importance à la profession dans sa propre vie et d'accepter en contrepartie de renoncer à sa vie privée:


«Si tu veux faire carrière, si tu veux avancer, tu dois sacrifier une grande partie de ton temps libre.»
[Interview ID M, projet LeLa]

Dans la culture du travail médical, il n'est pas rare que l'esprit de sacrifice et de performance conduise à ce que l'expression d'un besoin de vivre à côté du travail soit perçue comme illégitime.

 **Facteurs décisifs d'une culture de la conciliation.** Selon Dikkers et al. (2007), il existe des facteurs qui soutiennent l'expérience d'une culture orientée vers la conciliation, mais aussi des facteurs qui y font obstacle. L'organisation, les supérieurs hiérarchiques et les collègues réagissent de manière coopérative aux défis posés par la conciliation. Les facteurs d'entrave comprennent les conséquences négatives perçues sur la carrière personnelle ainsi que les exigences organisationnelles en matière de temps, qui rendent difficile l'utilisation de mesures de conciliation. _____

Cette étude a montré que les médecins craignent en particulier des conséquences négatives sur leur carrière: environ 40% des personnes interrogées sont (plutôt) d'accord avec l'affirmation selon laquelle une réduction du temps de travail rend la progression professionnelle plus difficile, alors que seulement 20% environ pensent que ce n'est pas le cas (voir figure 7). Dans un tel contexte, il peut s'avérer difficile de rechercher le dialogue et de discuter de solutions permettant de mieux concilier vie professionnelle ou carrière et vie privée. La nécessité de ce dialogue ne se manifeste toutefois pas seulement dans les nombreuses intentions de démissionner en raison d'un manque de conciliation.

 A cela s'ajoute un changement visible des valeurs des jeunes générations: les médecins de la génération Y optent nettement plus souvent pour la famille que les générations précédentes lorsqu'ils sont contraints de choisir entre famille et travail (Heuss & Datta, 2020). _____

 Si les hôpitaux ne trouvent pas à l'avenir des réponses appropriées sous la forme de modèles de carrière plus modernes, il faut s'attendre à un nombre nettement plus élevé de départs prématurés de médecins. Outre les adaptations structurelles, il est nécessaire de cultiver activement un environnement de travail dans lequel le thème de la gestion de la carrière en fonction des phases de la vie" peut être discuté ouvertement et des solutions individuelles élaborées. Dans ce contexte, les directions des cliniques sont les premières à être sollicitées, car elles sont déterminantes pour la culture de conciliation vécue (Frey et al., 2023). La bonne pratique des Hôpitaux fmi SA (p. 53) montre comment il est possible de créer une culture de discussion ouverte grâce à la coopération des RH et du corps médical.

CHAPITRE 4

**CHAMPS D'ACTION,
MESURES ET
EXEMPLES DE
BONNES PRATIQUES**

4. Champs d'action, mesures et exemples de bonnes pratiques

Dans les chapitres suivants, les trois champs d'action centraux que sont **l'organisation du travail, la direction et la coopération** sont examinés plus en détail et étayés par des résultats d'enquête approfondis et des ouvrages complémentaires. Ces champs d'action trouvent leur origine dans les interviews d'experts et la recherche documentaire menée au début du projet. Les champs d'action sont enrichis d'idées de solutions (voir aussi figure 9), basées sur des discussions interdisciplinaires entre experts de la médecine et de la GRH. Des portraits et des bonnes pratiques d'hôpitaux, de médecins et de spécialistes RH donnent un aperçu des concepts, des valeurs empiriques et des mesures concrètes. Le contenu des mesures recueillies ne doit pas être considéré comme exhaustif, mais il peut fournir de précieux enseignements concrets.

Le rapport entre les champs d'action et la gestion de carrière axée sur les phases de la vie s'établit comme suit: Les carrières à l'hôpital, qui sont orientées en fonction des phases de la vie, sont

1. indissociables de **l'organisation du travail** en général, car elles doivent tenir compte de facteurs à la fois individuels et structurels (champ d'action: organisation du travail).

2. **Les cadres** jouent un rôle clé en encourageant des mesures de développement ciblées et en créant un environnement de travail favorable (champ d'action «direction»).
3. En ce qui concerne l'orientation en fonction des phases de la vie, une répartition équitable des tâches, la reconnaissance et les possibilités de développement sont essentielles pour garantir l'égalité des chances. La **collaboration avec les collègues** revêt donc une importance capitale (champ d'action «coopération»).

🔧 Laissez-vous inspirer par les approches et les possibilités de mise en œuvre présentées. Vous pourrez ainsi, chers lecteurs et lectrices, profiter des expériences existantes au lieu de devoir réinventer la roue à partir de zéro. Dans l'idéal, utilisez vos propres données, par exemple des enquêtes auprès des collaborateurs et collaboratrices ou des procès-verbaux d'interviews de départ, pour identifier vos propres points de départ. Fixez des priorités pour la mise en œuvre en collaboration avec les acteurs et actrices concernés. - Par exemple avec le corps médical/les RH/la direction, etc.

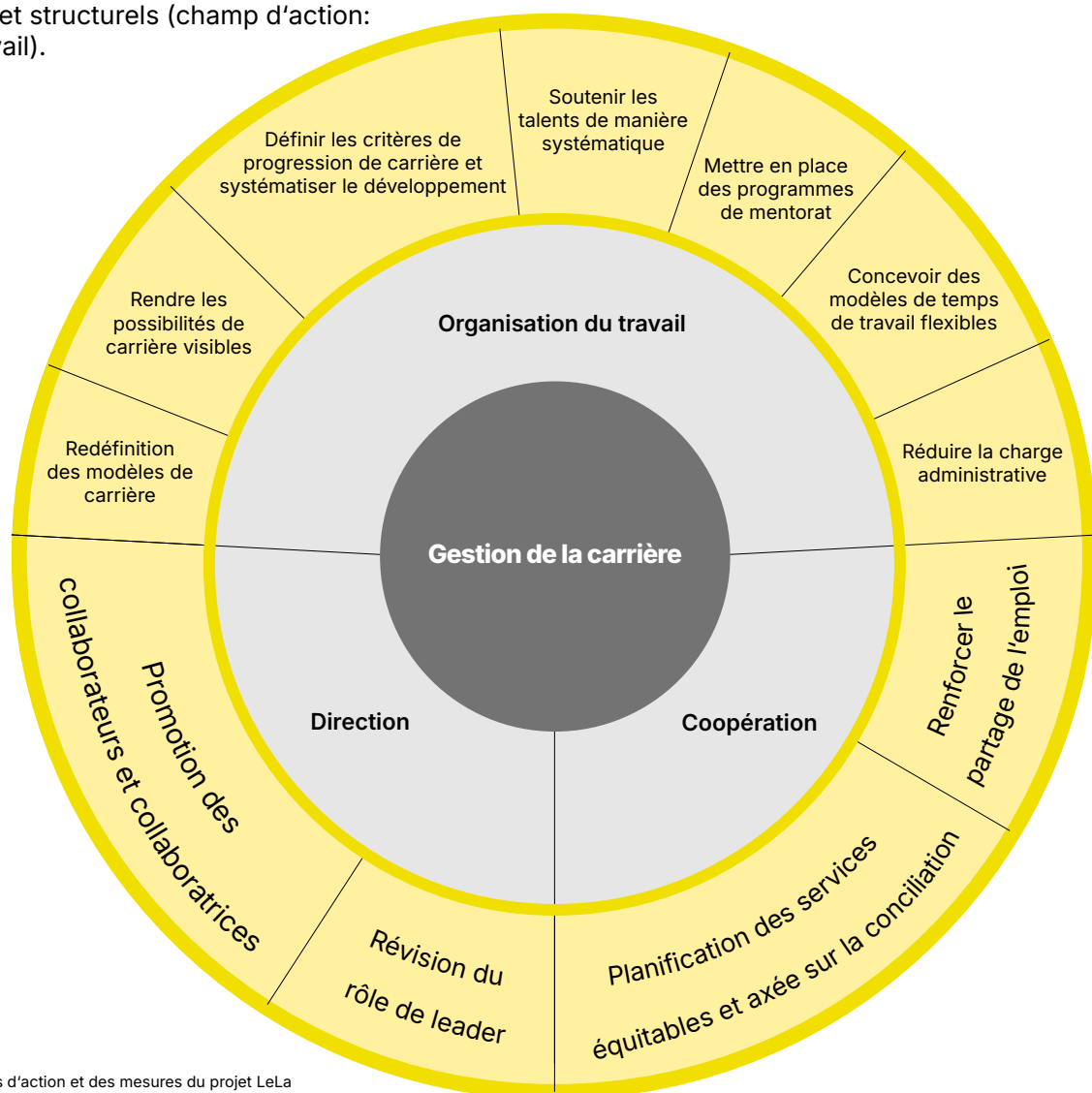


Figure 9. Vue d'ensemble des champs d'action et des mesures du projet LeLa



4.1 Champ d'action Organisation du travail

Le champ d'action Organisation du travail met l'accent sur la question de savoir comment les personnes responsables de l'hôpital doivent adapter les possibilités de carrière des médecins et organiser le travail afin de les rendre plus compatibles avec les différentes phases de la vie.

Sur la base des données recueillies et des discussions avec les médecins et les spécialistes RH, les priorités de travail et de mesures suivantes ont été définies lors des ateliers:



- * **Repenser les modèles de carrière**
(voir chapitre 4.1.1)
- * **Rendre les possibilités de carrière visibles**
(voir chapitre 4.1.2)
- * **Définir des critères pour la progression de carrière**
(voir chapitre 4.1.3)
- * **Encourager systématiquement les talents**
(voir chapitre 4.1.4)
- * **Mettre en place des programmes de mentorat**
(voir chapitre 4.1.5)
- * **Rendre les horaires de travail plus flexibles**
(voir chapitre 4.1.6)
- * **Réduire la charge administrative**
(voir chapitre 4.1.7)

La pertinence de la révision des modèles de carrière se justifie notamment par l'importance accordée par les médecins au développement de leur carrière (voir figure 10).

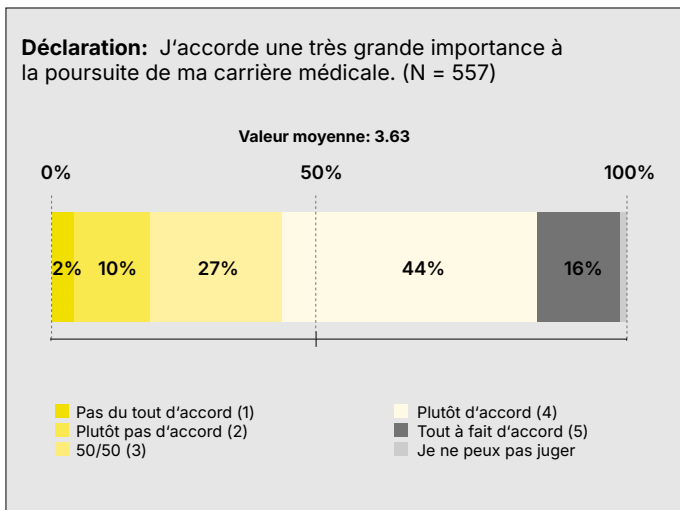


Figure 10. Importance accordée au développement de sa propre carrière

4.1.1 Redéfinition des modèles de carrière

«Personnellement, je trouve [la séparation entre les carrières techniques et les carrières de direction] super. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles je ne veux pas forcément d'un poste de direction. Je ne veux pas du tout avoir de responsabilités de direction. Plus tard, je serai très heureuse d'assumer des fonctions de direction technique, de transmettre mes connaissances en tant qu'experte dans mon domaine, mais pas de prendre l'ensemble des responsabilités de direction du personnel.»
[Interview ID T, projet LeLa]

Dans la plupart des hôpitaux, les carrières médicales suivent actuellement un parcours clairement défini et linéaire. Les médecins passent généralement par une série de postes fixes, commençant par celui de médecin-assistant(e) (MA), suivi de celui de chef(fe) de clinique (CC), puis de médecin adjoint(e) (MAd) jusqu'à celui de médecin-chef(fe) (MC). Ces modèles traditionnels se caractérisent par une hiérarchie claire et sont basés sur le principe de l'ascension continue au sein d'une structure organisationnelle. Le succès se mesure par exemple à l'aune des promotions, du salaire et du statut (Baruch, 2004).

Dans d'autres secteurs, les modèles de carrière multidirectionnels ont déjà fait leur entrée dans le travail quotidien; les connaissances théoriques et pratiques sont donc disponibles:

Concrètement, les modèles de carrière multidirectionnels ouvrent de nouvelles voies au-delà d'un déroulement de carrière purement vertical: selon Hirschi (2017), **les modèles dits horizontaux** permettent aux collaborateurs et collaboratrices de se spécialiser au sein de leur domaine ou de combiner différents secteurs d'activité. Il s'agit par exemple de carrières en spirale, dans lesquelles les professionnels de la santé alternent entre travail clinique, tâches de gestion et recherche scientifique. On peut également imaginer des carrières d'expert ou de spécialiste, qui permettent une spécialisation approfondie sans devoir assumer de responsabilités de gestion supplémentaires. Rüegg-Stürm (2008) fait une distinction pertinente entre la direction spécialisée et la direction systémique pour le secteur de la santé: alors que **la direction spécialisée** (désignée ci-après par carrière spécialisée) comprend la responsabilité de la qualité du travail médical en contact direct avec les patient(e)s, la direction systémique (désignée ci-après par carrière de direction) se concentre sur la gestion dans le *contexte global du système*, qui s'oriente vers les *normes du travail professionnel de stratégie et d'organi-*

sation (Rüegg-Stürm, 2008, p. 1026); (voir également le chapitre 4.2 Champ d'action de la direction).

Dans la carrière de spécialiste, l'accent est mis sur l'approfondissement de l'expertise clinique et l'excellence dans les soins aux patient(e)s. Les professionnels peuvent se concentrer sur des spécialisations médicales, faire de la recherche et développer la qualité des soins. Les avantages sont une focalisation claire, un haut niveau d'accomplissement professionnel grâce à un travail proche des patient(e)s et la possibilité de devenir un(e) expert(e) dans un domaine spécifique, sans être distrait(e) par des tâches administratives (Drescher et al., 2023).

La carrière de dirigeant, quant à elle, s'adresse à ceux qui s'intéressent à la gestion stratégique, à l'optimisation des processus et aux responsabilités organisationnelles. Ici, l'accent est mis sur la direction d'équipes et l'augmentation des responsabilités en termes de contenu, de budget et de finances (Latzke et al., 2019). Cela permet d'exercer une influence directe sur les conditions-cadres du travail clinique et de favoriser le développement de compétences de direction.

Les carrières transitoires, dans le cadre desquelles les médecins assument des tâches de direction ou des responsabilités de projet pendant une période limitée avant de revenir à la prise en charge directe des patient(e)s, offrent également des perspectives attrayantes. Concrètement, les modèles de carrière alternatifs ouvrent de nouvelles voies au-delà d'un déroulement de carrière purement vertical: ces modèles alternatifs présentent de nombreux avantages. Ils favorisent la flexibilité et permettent d'adapter individuellement la carrière professionnelle aux différentes phases de la vie. En même temps, ils mettent l'accent sur le sens du travail et contribuent à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Ils créent un espace pour le développement continu des compétences professionnelles, sans qu'une ascension hiérarchique ne soit obligatoire.

77% de tous les médecins interrogés indiquent qu'ils seraient favorables à des parcours de carrière différents (p. ex. carrière de spécialiste séparée de la carrière de cadre). Au sein de la carrière, ils accordent une importance particulière au développement de l'expertise professionnelle, à la prise en charge des patient(e)s et à la conciliation avec la vie privée (voir figure 11).

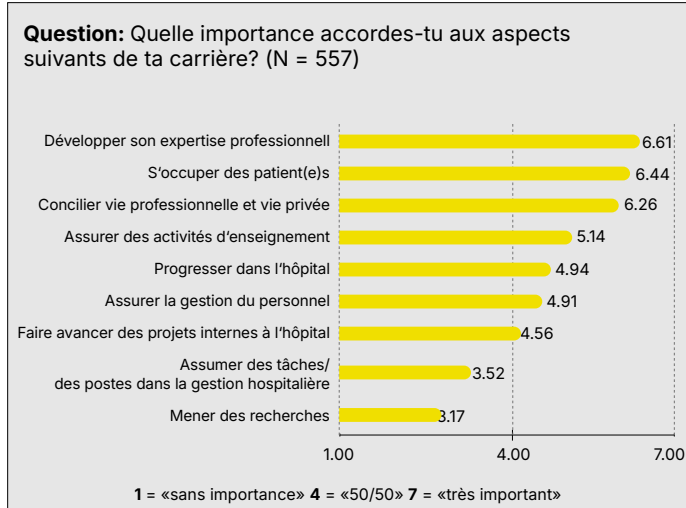


Figure 11. Pertinence de différents aspects de la carrière

Une refonte des modèles de carrière dans les hôpitaux peut répondre au besoin d'une plus grande conciliation en créant des concepts alternatifs qui offrent davantage de choix. Il s'agit de ne pas se focaliser uniquement sur l'avancement classique en fonction des positions et des salaires, mais de prendre davantage en compte des aspects tels que le sens de l'activité, l'équilibre entre les domaines de vie et le développement continu des compétences (Hirschi, 2017).

Les médecins attachent une importance particulière au développement de leur expertise et au suivi des patient(e)s (voir figure 11). Il vaut donc la peine d'examiner de plus près la séparation entre la carrière de spécialiste et celle de cadre. Le défi consiste à organiser les étapes de la carrière de manière à ce que la prise en charge de tâches de direction n'exige pas le renoncement complet aux soins aux patient(e)s. Les modèles hybrides suivants peuvent être prévus et testés dans la pratique:

- * *Répartition du temps de travail:* une partie fixe du temps de travail est réservée aux tâches de direction et de gestion, tandis que l'accent reste mis sur l'activité clinique.
- * *Les modèles de rotation* offrent un potentiel intéressant, car ils permettent aux médecins d'alterner entre le travail clinique et les tâches organisationnelles.
- * *Interdisciplinarité:* en créant des rôles interdisciplinaires, les professionnels de la santé peuvent assumer des tâches de gestion étroitement liées à leur expertise, comme la direction d'un centre spécialisé ou la coordination de projets de recherche.
- * *Intégration des activités scientifiques et pratiques:* les données collectées révèlent une autre possibilité d'organisation. Elles indiquent que l'intégration de la recherche dans le temps de travail peut contribuer de manière décisive à rendre les activités

scientifiques plus attrayantes: 44% des personnes interrogées feraient (davantage) de la recherche si cela était plus compatible avec leur vie privée.

L'introduction de tels modèles nécessite de repenser la gestion des carrières. Une étroite collaboration entre les experts en développement du personnel et des carrières (RH) et les spécialités médicales est recommandée afin de créer un système de carrière flexible adapté à sa propre clinique et permettant des évolutions horizontales à tous les niveaux hiérarchiques. Les médecins doivent être informés à temps des différentes options (voir également le chapitre 4.1.2 Rendre les possibilités de carrière visibles) et être impliqués dans le développement de plans de carrière individuels. De cette manière, les nouveaux modèles sont adaptés de manière optimale à chaque contexte et bénéficient d'une meilleure acceptation au sein du corps médical.

4.1.2 Rendre les possibilités de carrière visibles

«La transparence est la chose la plus importante: il faut formuler clairement ce dont on a besoin pour un poste donné, ce qui est demandé. Aussi pourquoi certaines choses ne sont pas possibles: pourquoi n'est-il pas possible de réduire maintenant à 60% ou que dois-je faire d'autre pour y arriver. Tout cela à un stade précoce. Dès le début, au plus tard à partir du niveau des médecins-chef(fe)s, il faut des perspectives de carrière claires à moyen terme, afin de pouvoir planifier des phases de travail plus intensives et d'en voir les avantages.»

[champ libre dans le questionnaire, projet LeLa]

De nombreux médecins se sentent insuffisamment informés sur les possibilités de développement existantes: en ce qui concerne leurs propres possibilités de carrière, 37% des médecins interrogés indiquent qu'ils se sentent insuffisamment informés. Ce sentiment est particulièrement marqué dans le groupe des chef(fe)s de clinique (voir figure 12).

Une gestion de carrière transparente commence par la mise à disposition précoce d'informations pertinentes sur les différentes possibilités de carrière au sein de l'hôpital:

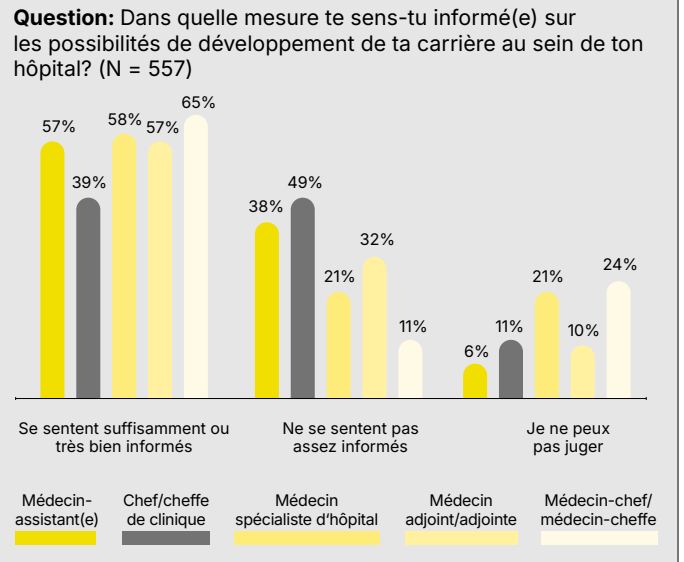


Figure 12. Niveau d'information concernant l'évolution de sa propre carrière, en fonction du poste

«Il est avant tout important de fournir des informations. Je n'avais aucune idée des possibilités qui s'offraient à moi. Il n'y a pas une seule carrière, il y en a 100 différentes. Cela commence dès les études. On ne m'a jamais dit quelles étaient mes possibilités. Ni pendant mes études, ni en tant qu'assistant. Il faut commencer bien plus tôt à dire aux gens: voici les possibilités, voici les chances et les risques, selon la voie choisie. Il faut des rôles et des modèles que l'on peut présenter. Des modèles qui ont fonctionné ou peut-être aussi des modèles qui n'ont pas fonctionné. Pour que chacun puisse évaluer la voie qu'il souhaite emprunter.»

[Interview ID S, projet LeLa]



La transparence des possibilités de carrière au sein de l'hôpital est un élément central pour la promotion individuelle des collaborateurs et collaboratrices et le développement stratégique du personnel. Elle offre une orientation et facilite la planification de la carrière en créant une base sur laquelle les collaborateurs et collaboratrices peuvent coordonner leur projet de vie personnel. Selon les discussions des groupes de projet interdisciplinaires, afin de rendre visibles les structures existantes, les aspects suivants devraient d'abord être clarifiés avant d'être communiqués de manière transparente.

A) Élaboration d'informations sur les carrières

Granularité à tous les niveaux de carrière:

Une définition globale des exigences et des compétences pour chaque niveau de carrière crée une orientation et une structure en tenant compte d'un niveau de détail élevé de l'observation - la granularité. Cela concerne le niveau opérationnel, où l'accent est mis par exemple sur des tâches et des étapes de travail individuelles, tout comme le niveau de gestion intermédiaire pour le pilotage et l'organisation efficace des processus, et le niveau stratégique avec des objectifs supérieurs et des développements à long terme.

Ouvrir des perspectives:

Les possibilités, les chances et les risques liés à l'organisation de la carrière devraient être abordés dès l'interview de recrutement. Un aperçu transparent renforce la motivation et offre une orientation à long terme.

B) Clarification des responsabilités

Une gestion de carrière structurée nécessite des responsabilités clairement définies:

Interlocuteur central:

Un spécialiste, issu par exemple des RH, aide les collaborateurs et collaboratrices à clarifier leurs objectifs professionnels et les informe sur leurs options possibles. Cette personne doit connaître les modèles de carrière et les offres de formation continue spécifiques au secteur de la santé.

Expertise interne à l'équipe:

Au sein des équipes, des responsabilités devraient être attribuées pour des thèmes spécifiques tels que «vie professionnelle et vie privée», «recherche» ou «spécialisation». Ces personnes de contact peuvent transmettre des connaissances approfondies et apporter un soutien individuel en cas de questions.

Transparence et structure dans les processus:

Des critères transparents et des procédures de sélection compréhensibles pour les promotions renforcent la confiance dans l'organisation et garantissent un traitement équitable de tous les collaborateurs et collaboratrices.

C) Canaux et accessibilité

Pour garantir la mise à disposition des informations, il faut utiliser différents canaux et formats:

1. Solutions (numériques) faciles d'accès:

- * des plateformes telles que l'intranet fournissent des informations centralisées sur les parcours professionnels et les opportunités de carrière de manière claire et facilement accessible.
- * En complément, des séances d'information internes peuvent être organisées, au cours desquelles les employé(e)s peuvent poser des questions spécifiques et s'informer sur les différentes possibilités de carrière.

2. Interviews individuels et personnels:

- * **interviews avec les collaborateurs et collaboratrices (EEP):**
ils sont utilisés activement pour discuter des options de carrière, pour initier des mesures de soutien et pour clarifier les besoins individuels.
- * **Définition d'objectifs:** dès le début de l'emploi, les objectifs professionnels sont définis conjointement avec les collaborateurs et collaboratrices. Des contrôles réguliers de ces objectifs permettent de s'assurer de l'orientation: «Quel est ton objectif ? Quelles sont les étapes pour y parvenir ?»
- * **Une promotion sur mesure:**
un concept de formation continue flexible garantit que les mesures sont adaptées aux différents objectifs de carrière. Par exemple, un médecin-assistant qui a pour objectif de devenir médecin généraliste a besoin d'acquérir d'autres expériences qu'une personne qui vise une spécialisation.

3. Des espaces sûrs pour des discussions ouvertes:

- * des espaces protégés pour échanger sur les défis professionnels et les objectifs personnels favorisent l'ouverture et la confiance.
- * En complément, des services d'orientation professionnelle au sein de l'hôpital peuvent aider les employé(e)s à définir leurs objectifs et à développer des parcours de carrière adaptés.

4. Modèles de rôles et programmes de mentorat:

- * un mélange de témoignages et de modèles avec différentes orientations de carrière peut avoir un effet inspirant. L'intégration de mentors ou de tuteurs («programme de mentorat») offre une orientation et une motivation (voir aussi chapitre 4.1.5 Mentorat).

Les expériences le montrent: alors que certaines cliniques et certains hôpitaux ont déjà élaboré en détail leurs concepts de carrière, défini les responsabilités et peuvent donc se concentrer sur une communication transparente, d'autres doivent d'abord élaborer les bases.

4.1.3 Définir les critères de progression de carrière et systématiser le développement

«Beaucoup de gens pensent que si vous avez une habilitation ou un poste de professeur, vous êtes automatiquement un meilleur médecin. Et malheureusement, beaucoup de profanes dans la population le voient ainsi: «oh, il a un titre de professeur». Ce que les gens ne voient pas, c'est que le titre de professeur a pour but la recherche. Mais le temps que d'autres personnes ont ensuite passé à l'hôpital a fait d'eux de meilleurs cliniciens et non de meilleurs chercheurs.»
[Interview ID P, projet LeLa]

L'évaluation des performances des médecins joue un rôle décisif pour les promotions internes, la planification du développement individuel ainsi que pour les remplacements. Jusqu'à présent, l'activité de recherche, y compris une habilitation réussie, est considérée comme la condition nécessaire pour «faire carrière» dans un hôpital.

Les interviews montrent que la performance médicale est souvent liée à la présence physique d'un médecin dans le quotidien clinique. On en déduit implicitement l'hypothèse suivante: celui ou celle qui passe plus de temps à l'hôpital est un meilleur médecin.

Pour s'assurer que tous les critères pertinents sont pris en compte de manière équilibrée dans les processus d'évaluation, il peut être judicieux de recourir à des procédures dites d'opt-out.

Procédure opt-in versus opt-out: une stratégie de recrutement alternative pour concevoir des procédures de sélection équitables

Dans le cadre de la procédure dite «opt-in», les collaborateurs et collaboratrices doivent décider activement de se nommer eux-mêmes pour une promotion. Cela nécessite une décision consciente et une initiative personnelle. En revanche, une procédure «opt-out» implique automatiquement tous les collaborateurs et collaboratrices dans un processus, à moins qu'ils ne décident activement de ne pas participer. Des études ont montré que l'approche opt-out augmente les taux de participation des femmes et les rapproche des taux de participation des hommes dans les procédures opt-in traditionnelles (He et al., 2021).

Dans le contexte hospitalier, la mise en œuvre d'un système d'opt-out pourrait signifier que tous les médecins qualifiés seraient automatiquement pris en considération pour des programmes de formation continue, des promotions ou des projets spéciaux, à moins qu'ils ne s'y opposent expressément. Cela pourrait contribuer à créer un environnement de travail axé sur les compétences et inclusif en réduisant les préjugés inconscients et les barrières qui pourraient empêcher les femmes et d'autres groupes sous-représentés de postuler activement ou de postuler à nouveau.

Le projet DivMed propose d'autres approches pour promouvoir la diversité au sein de la relève des cadres médicaux. Les sujets d'actualité sont partagés sur le groupe LinkedIn du projet.



Pour une gestion globale du développement, il vaut la peine de tenir compte de l'objectivité dans les critères d'avancement et de les rendre transparents, afin de favoriser la diversité: les médecins interrogés considèrent que les connaissances professionnelles, l'engagement et les compétences transversales sont essentiels. Ils souhaitent en outre que l'avancement ne se concentre pas uniquement sur les performances à court terme, mais qu'il tienne compte des phases de vie individuelles. Les priorités et les défis peuvent varier selon les phases de la vie. Au lieu de fixer des fenêtres étroites dans lesquelles certaines étapes professionnelles doivent être franchies, il convient d'envisager une extension temporelle qui permette un développement de carrière sur des périodes de vie professionnelle plus longues. Cela implique également un examen régulier de la motivation et de l'engagement professionnel afin de s'assurer que le développement professionnel reste en phase avec les circonstances de la vie personnelle. Lors de la révision de l'évaluation des performances, il est essentiel de prendre en compte les facteurs d'influence liés à la culture du travail. Voici une liste de questions exemplaires à ce sujet:

Pistes de réflexion à l'attention de la direction de l'organisation: critères d'évaluation des performances

1. Nous contrôlons les comportements par l'évaluation des performances:

Question: Quels comportements voulons-nous (davantage) voir à l'avenir chez nos médecins grâce aux incitations que nous mettons en place actuellement ?

2. Nous établissons la culture d'entreprise par le comportement vécu:

Question: Comment contribuons-nous (maintenant) à une culture d'entreprise future souhaitée en définissant des critères de performance ? Sont-ils en accord avec notre modèle ?

3. En cas d'incertitude, on se réfère souvent à ce que l'on connaît:

Question: Où voulons-nous consciemment quitter le chemin et oser la nouveauté ?

La bonne pratique suivante (p. 27), rédigée par le groupe de projet de l'hôpital cantonal de Winterthur, présente la manière dont la réorganisation d'une gestion du développement pour les médecins peut se présenter concrètement. Ensuite, en page 32, deux médecins participant au projet nous font part de leurs réflexions sur l'avenir de l'organisation de la carrière médicale.



Gestion du développement basée sur CanMEDS – identifier les potentiels et créer des perspectives

Simona Egli, Sophia Hoff, Nora Nussbaumer, KD Dr med. Michael Streit, Dr med. Sarah Wettstein, Hôpital cantonal de Winterthour

À une époque où le manque de personnel médical qualifié représente un défi majeur pour les hôpitaux, l'encouragement du développement professionnel individuel des médecins revêt une importance croissante. En tant qu'équipe de projet interdisciplinaire, composée de collaborateurs et collaboratrices des ressources humaines (RH) et de médecins représentant différents niveaux hiérarchiques de la clinique de médecine interne (CMI) de l'hôpital cantonal de Winterthour (KSW), nous nous sommes donné pour mission de développer des parcours de carrière structurés pour la formation continue et le perfectionnement des médecins. Notre vision est de montrer aux médecins de la CMI les possibilités de carrière qui leur permettront de concilier leurs ambitions professionnelles avec leurs objectifs de vie privée, dans le contexte d'un quotidien hospitalier exigeant et des besoins de la clinique. L'accent est mis sur le développement des potentiels respectifs. Nous voulons établir une culture qui permette de créer les conditions nécessaires à l'encouragement individuel et à la planification du développement des employé(e)s de la clinique en tant que partie intégrante de leur travail quotidien. En même temps, cette culture doit permettre et encourager les employé(e)s à réfléchir consciemment à leur propre carrière professionnelle et à y participer activement.

La CMI compte 50 à 60 médecins-assistant(e)s, environ 25 chef(fe)s de clinique et près de 10 médecins adjoint(e)s et médecins-chef(fe)s. La clinique évolue dans un environnement exigeant et en constante évolution. Dans le même temps, et c'est précisément pour cette raison, la formation continue et le perfectionnement individuel des employé(e)s sont essentiels et doivent être systématiques, structurés et accompagnés.

Afin de répondre aux objectifs et aux talents individuels ainsi qu'aux besoins de la clinique, nous souhaitons à l'avenir proposer des offres de formation continue adaptées aux différents parcours professionnels. Ces offres seront axées sur le développement des compétences techniques, méthodologiques et sociales, en fonction du parcours de chacun. Dans le cadre de notre projet, nous nous concentrons dans un premier temps sur les chef(fe)s de clinique de la CMI. C'est souvent à ce poste que se joue l'avenir professionnel. C'est à ce stade que les chef(fe)s de clinique décident (souvent de manière définitive) de poursuivre leur carrière à l'hôpital ou de se tourner vers une activité en cabinet. Pour

concrétiser cette vision, il est essentiel d'évaluer de manière réaliste le potentiel individuel des chef(fe)s de clinique. À l'avenir, cette évaluation sera réalisée à la fois par les médecins-chefs expérimentés et par les médecins-assistant(e)s, qui s'autoévalueront et seront évalués par des tiers. L'évaluation externe doit être compréhensible et transparente pour les personnes concernées. La comparaison entre le potentiel individuel et les ambitions professionnelles permet une réflexion approfondie sur ses propres objectifs et la planification d'étapes de développement concrètes. Cela aide à son tour la clinique dans la planification stratégique de la relève: les candidats potentiels sont identifiés à un stade précoce pour des fonctions spécifiques et préparés de manière ciblée aux nouvelles exigences.

Bien que nous nous concentrons actuellement sur les chef(fe)s de clinique, nous avons pour objectif à long terme d'étendre ce concept aux médecins-assistant(e)s. Nous souhaitons ainsi créer un plan de développement global pour les deux niveaux hiérarchiques et établir une culture qui encourage activement le développement individuel, la réflexion et la participation.

Les bases d'un plan de développement structuré

Nous avons commencé avec l'objectif de créer des parcours de carrière à partir du niveau de médecin-chef. Cependant, nous avons rapidement constaté que des conditions de base telles qu'un processus d'évaluation et de feedback clair et transparent ne sont actuellement pas en place à la CMI. Dans un premier temps, il convient donc de mettre en place un processus approprié de planification structurée du développement. Selon nous, les éléments importants d'un tel processus sont a) un échange continu entre les employé(e)s et leurs supérieurs hiérarchiques avec b) un retour d'information régulier pour réfléchir aux points forts et aux domaines de développement et c) la définition d'objectifs professionnels comme base pour d) la planification des prochaines étapes de développement. Si aucun échange régulier et structuré n'a lieu, les potentiels individuels ne peuvent pas être systématiquement identifiés et, par conséquent, une promotion ciblée avec des étapes de développement concrètes ne peut pas être mise en œuvre. Par conséquent, notre première grande étape consiste à

établir un processus de feedback systématique à tous les niveaux médicaux.

Les processus de feedback systématiques sont établis depuis des décennies dans le cadre des cycles d'évaluation des performances dans le secteur privé. Mais dans le secteur de la santé, en particulier dans une grande clinique ayant une mission de formation initiale, continue et complémentaire, nous nous heurtons à des obstacles inhérents au système. Les médecins-assistant(e)s travaillent par exemple avec des médecins cadres qui changent fréquemment, et sont donc inévitablement encadrés par différentes personnes. À cela s'ajoutent des aspects structurels liés aux rotations de formation (ce qui signifie un changement de toute l'équipe du point de vue des médecins-assistant(e)s ainsi que la pression croissante en matière d'efficacité, qui impose des délais serrés pour les processus d'évaluation.

Mise en place d'un système de gestion du développement

La gestion globale du développement prévue pour tous les niveaux hiérarchiques médicaux est basée sur un cycle annuel clairement structuré et adapté au niveau de fonction. L'accent est mis sur l'identification des potentiels de développement, qui sont comparés aux objectifs de développement individuels ainsi qu'aux perspectives professionnelles réelles, afin de pouvoir aborder concrètement le développement personnel et la planification de carrière.

Les étapes de développement possibles sont par exemple la rotation dans un autre service, la participation à des cours spécifiques (communication, leadership, etc.) ou à des formations externes adaptées au sujet. Dans l'idéal, la planification de carrière va au-delà des limites de l'entreprise, par exemple en incluant des hôpitaux du réseau où la carrière peut se poursuivre. Cela peut être mis en œuvre de manière temporaire, dans le but de retourner plus tard à l'hôpital d'origine, ou constituer un changement permanent, ce qui contribue alors à renforcer le paysage hospitalier régional et son attractivité.

Le cycle annuel de la gestion du développement (voir figure 13) comprend les éléments suivants (présentation à titre d'exemple à l'aide d'un médecin-chef externe):

- * **Intégration structurée:** les nouveaux médecins de la CMI suivent désormais un programme d'intégration interdisciplinaire. Désormais, l'intégration au sein de la clinique doit être encore plus structurée, mais surtout plus systématique et accompagnée à tous les niveaux hiérarchiques. Un élément essentiel est le système de pairs, qui sert de point de contact facilement accessible aux nouveaux employé(e)s pour toute question ou demande d'aide. Les progrès réalisés lors de la période d'intégration sont abordés dans le cadre d'un entretien de prise de contact.
- * **CanMEDs Multisource Feedback (MSF):** environ deux mois et demi après leur entrée en fonction, les nouveaux collaborateurs et collaboratrices reçoivent une invitation à participer à une version abrégée du nouveau CanMEDs Multisource Feedback (questionnaire basé sur CanMEDs), qui sert à évaluer la période d'essai. Neuf mois plus tard, une version plus détaillée du MSF est réalisée. Elle sert de base complète à la planification du développement et est intégrée dans l'entretien annuel avec le collaborateur ou la collaboratrice. Ensuite, le MSF détaillé est réalisé chaque année, y compris l'entretien.
- * **Conférences de développement:** deux fois par an, la moitié des chef(fe)s font l'objet de discussions en séance plénière des médecins cadres (MAd/CC). L'objectif est de discuter des points forts, des domaines de développement et des projets d'avenir afin de définir des mesures de soutien adéquates. Ces conférences créent de la transparence et une compréhension commune au niveau de la direction en ce qui concerne les mesures de soutien. Elles favorisent une planification du développement durable et structurée ainsi qu'une planification stratégique de la relève au sein de la clinique.
- * **Entretiens annuels:** sur la base du MSF, les points forts et les domaines d'apprentissage individuels sont abordés et des mesures de développement sont définies pour atteindre les objectifs individuels. Cela se fait lors de l'entretien annuel entre le médecin-chef et le tuteur responsable (MAd/CC).

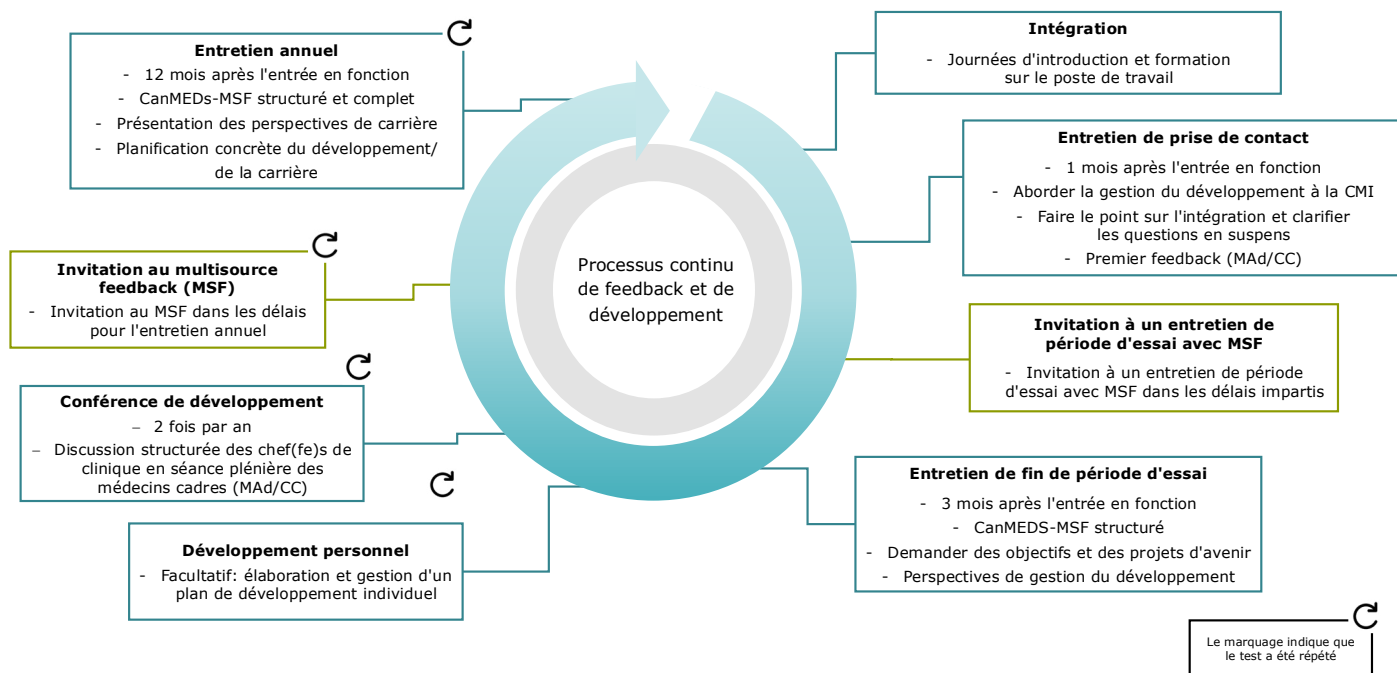


Figure 13. Cycle annuel de la gestion du développement à l'exemple des chef(fe)s de cliniques externes

CanMEDS MSF au cœur du projet

Outre la planification individuelle de carrière et le développement du potentiel des collaborateurs et collaboratrices ainsi qu'une planification transparente de la succession pour la clinique, nous poursuivons également avec ce projet l'objectif d'améliorer la qualité du feedback dans notre clinique pour tous les collaborateurs et collaboratrices et de renforcer les tuteurs dans l'accompagnement de leurs tutorés. Le cœur de la gestion du développement est donc notre nouveau système de feedback basé sur CanMEDS, qui fournit aux personnes qui reçoivent le feedback, aux tuteurs et tutrices ainsi qu'à la direction de la clinique une image aussi objective et large que possible du niveau de développement d'un médecin. Ce système est basé sur le concept déjà mentionné du MSF, qui se caractérise par des retours d'information provenant de toutes les perspectives médicales. Concrètement, le MSF demande une évaluation de la part de personnes avec lesquelles les personnes qui donnent leur feedback travaillent régulièrement au quotidien: supérieurs hiérarchiques, pairs, collaborateurs et collaboratrices subordonné(e)s et, à l'avenir, spécialistes des soins et de la thérapie.

L'intégration de différents donneurs de feedback offre l'avantage d'évaluer les compétences sous différents angles et de niveler les sources d'erreur personnelles (biais). Il en résulte une image globale et une autoréflexion approfondie est encouragée par la comparaison entre l'évaluation externe et l'auto-évaluation.

Le modèle de compétences CanMEDS comme base du MSF

Pour mettre en œuvre un système de feedback tel que le MSF de manière ciblée et structurée, il faut un modèle de compétences bien établi. Dans le domaine médical, le cadre CanMEDS, reconnu au niveau international, est approprié et déjà utilisé dans de nombreux pays, dont la Suisse. Ce modèle définit sept rôles centraux que les médecins doivent assumer dans leur pratique professionnelle: le rôle d'expert médical, de communicateur, de collaborateur, de leader, de promoteur de la santé, d'érudit et de professionnel. Le rôle d'expert médical est au cœur de ce modèle. Il intègre les autres compétences et constitue la base des soins centrés sur le patient.

Le modèle CanMEDS ne constitue pas seulement une base théorique, il s'est également révélé être un outil pratique pour décrire, observer et évaluer les compétences. Les activités professionnelles confiées (APC/entrustable professional activities) sont un exemple de mise en œuvre concrète de ce modèle. Elles définissent des activités médicales observables qui se composent de connaissances, de compétences et d'attitudes et peuvent être directement attribuées aux compétences CanMEDS. Les APC permettent d'évaluer le développement d'un médecin de manière pratique et compréhensible, en mesurant les progrès réalisés à l'aide de niveaux de supervision. Dès qu'un médecin a démontré qu'il possède les compétences nécessaires pour une activité donnée, il peut l'exercer de manière autonome. En Suisse, les étudiants en médecine sont déjà confrontés aux compétences CanMEDS à l'université. À l'avenir, leur formation continue à l'hôpital

se fera sur la base des APC décrits ci-dessus, qui sont basés sur le catalogue d'objectifs d'apprentissage respectif (PROFILES). L'ISFM envisage de rendre cette mise en œuvre obligatoire d'ici 2032. Contrairement aux modèles de formation continue basés sur le temps et les chiffres qui prévalaient jusqu'à présent, le cadre CanMEDS, combiné aux APC, offre une base pour non seulement transmettre les compétences de manière théorique, mais aussi pour promouvoir et évaluer leur application dans la pratique clinique quotidienne. Notre outil de feedback, que nous avons développé nous-mêmes et qui se base sur les compétences CanMEDS, s'intègre ainsi parfaitement dans le continuum de la formation initiale, continue et postgraduée des médecins.

Les questionnaires que nous avons développés spécifiquement pour la CMI contiennent chacun 30 à 40 items et couvrent six des sept rôles du modèle de compétences CanMEDS. Le Health Advocate, qui s'intéresse à la perspective sociétale globale (par exemple politique) de l'action médicale, a été jugé moins pertinent pour nos objectifs et n'a donc pas été inclus dans nos questionnaires. Les autres rôles CanMEDs (par exemple le «Scholar») ont été précisés par des compétences partielles (par exemple «Teaching») et détaillés par un catalogue de comportements observables («Saisit les occasions d'enseigner dans la pratique clinique quotidienne»), dont les plus pertinents ont été inclus dans nos questionnaires.

Dans leur travail quotidien, les groupes de fonctions médicales (médecins-chef(fe)s, médecins adjoint(e)s, médecins-assistant(e)s, chef(fe)s de clinique) assument différentes tâches (par exemple la direction du personnel) et ont donc besoin de compétences différentes. Les groupes de fonctions font également l'expérience de la personne qui reçoit le feedback dans différentes situations et observent donc des comportements différents. Des questionnaires spécifiques ont été élaborés pour chaque combinaison de groupe de donneurs et de receveurs de feedback. Cela signifie, par exemple, que les médecins-assistant(e)s qui évaluent des médecins-chef(fe)s évaluent d'autres éléments (comportements) que les médecins-chef(fe)s qui évaluent un pair. Les sous-compétences évaluées de manière globale (par exemple la «communication») sont identiques pour tous les groupes de fonctions. Les items (comportements concrets) sont en revanche adaptés à la perspective et aux possibilités d'observation du groupe de personnes qui donne le feedback. Un exemple: un médecin-assistant peut difficilement évaluer si une cheffe de clinique participe de manière profitable aux processus internes de la clinique en prenant des initiatives, car cette compétence se manifeste souvent dans des situations que le médecin-assistant ne vit pas directement. Un médecin-chef ou une cheffe de service, en revanche, peut évaluer cela.

Cette approche spécifique à la fonction du côté du donneur et du receveur garantit que les évaluations reflètent précisément les domaines de responsabilité et les observations spécifiques des groupes fonctionnels respectifs et permettent ainsi une vision complète et différenciée des compétences des personnes recevant le feedback. À notre connaissance, il n'existe à ce jour qu'un seul questionnaire MSF validé, basé sur les compétences CanMEDS, en langue allemande (Hennel et al., 2020). Contrairement à ce questionnaire, nous avons développé des éléments spécifiques aux groupes de fonctions, de sorte que les médecins de tous niveaux peuvent agir en tant que destinataires et émetteurs de feedback.

La transparence, un élément clé

Outre un feedback structuré et largement étayé, la transparence est le pilier central de la gestion du développement. Elle garantit que les employé(e)s savent toujours ce que l'on attend d'eux, comment et quand ils sont évalués, quelles méthodes sont utilisées et de quels groupes de fonctions médicales ils reçoivent un feedback. En même temps, la transparence signifie également que l'on donne des retours clairs et honnêtes, par exemple lorsque certains objectifs de carrière ne peuvent pas être mis en œuvre sur le site actuel ou sont jugés fondamentalement irréalistes. Ces retours aident les employé(e)s à identifier des perspectives et des voies alternatives pour leur développement professionnel.

Lors de l'introduction de nouveaux formats tels que les conférences de développement, la transparence permet de développer une compréhension commune au niveau de la direction, par exemple sur les mesures de soutien qui sont appropriées dans chaque cas et sur la manière dont les synergies peuvent être utilisées de manière ciblée au sein ou en dehors de la clinique. Au fil du temps, ce processus conduit à une gestion plus uniforme du développement des employé(e)s et renforce en même temps le développement stratégique de la clinique.

Promotion des compétences en matière de leadership et de communication

Une gestion efficace du développement nécessite des cadres qualifiés qui, en tant que tuteurs, contribuent activement au processus et au changement culturel qui en découle. Les médecins-chef(fe)s qui occupent un nouveau poste doivent relever un défi particulier: en plus de leur activité clinique exigeante, ils doivent rapidement s'adapter à leur nouveau rôle de tuteur pour les médecins-assistant(e)s. Nous estimons qu'il est



Hôpital cantonal de Winterthour

nécessaire de renforcer de manière ciblée leurs compétences en matière de communication et de gestion. Compte tenu de la charge de travail élevée et de la pénurie de personnel qualifié, il est difficile d'inciter les médecins à suivre des formations de plusieurs jours. C'est pourquoi nous avons développé un programme de formation modulaire, appelé «OA-Basecamp», qui est spécialement adapté aux besoins des médecins-chef(fe)s et aux formations «Teach the teachers» déjà existantes de l'ISFM. Ce programme transmet les compétences essentielles en matière de leadership et de communication dans le cadre de modules courts répartis sur l'année. Le transfert des connaissances acquises dans la pratique doit être soutenu par des consultations collégiales régulières et guidées, qui offrent l'occasion d'aborder des situations de leadership concrètes issues du travail quotidien et d'y réfléchir ensemble.

Un pas vers l'avenir

La mise en place d'un système de gestion du développement est riche en défis et implique également un changement de culture. Des ressources humaines et financières limitées exigent un engagement important. Une mise en œuvre réussie ne peut se faire qu'avec la participation de toutes les parties prenantes concernées. La transparence, une communication claire de la valeur ajoutée et l'utilisation ciblée des synergies sont des facteurs de réussite essentiels. Une

évaluation complète est également indispensable pour déterminer et présenter les avantages perçus par le corps médical (par exemple, la satisfaction à l'égard de la gestion du développement) et ceux au niveau de la clinique (par exemple, les ressources en temps; la conformité des processus). Avec l'introduction de la gestion du développement, nous posons un jalon décisif pour un développement durable et motivant du personnel médical à la CMI du KSW. Notre vision reste claire: nous voulons créer des perspectives de carrière individuelles qui répondent non seulement aux besoins et aux ambitions des médecins, mais qui permettent également une intégration dans leur projet de vie personnel. En mettant en place avec succès la gestion du développement, nous posons les bases qui nous permettront à l'avenir de proposer des parcours professionnels sur mesure, si possible au-delà des frontières du KSW. Cela permettra également de renforcer le réseau médical régional. L'objectif est d'accompagner les médecins dans leur carrière afin de mieux concilier leur développement professionnel et leurs obligations personnelles, telles que les responsabilités familiales. Cette adaptation à la réalité de la vie professionnelle vise non seulement à accroître la satisfaction à long terme, mais aussi à contribuer activement à lutter contre la pénurie de main-d'œuvre qualifiée.

Auteur de la correspondance:

*Simona Egli,
Hôpital cantonal de Winterthour: simona.egli@ksw.ch*

Source:

Hennel, E. K., Subotic, U., Berendonk, C., Stricker, D., Harendza, S., & Huwendiek, S. (2020). A german-language competency-based multisource feedback instrument for residents: development and validity evidence. *BMC medical education*, 20, 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02259-2>



Interview

L'avenir de l'organisation de la carrière médicale

«De nombreux médecins cadres ne sont pas conscients du rôle de modèle qu'ils ont à jouer dans ce domaine»: l'avenir de la carrière médicale du point de vue de deux médecins de l'hôpital cantonal de Winterthour.

Sarah Wettstein, docteur en médecine, et Sophia Hoff travaillent à la clinique de médecine interne de l'hôpital cantonal de Winterthour (KSW). Les deux femmes font partie d'une équipe de projet composée de spécialistes des ressources humaines et de médecins qui revoient la planification structurée du développement de la clinique pour les médecins. Sarah Wettstein est cheffe de clinique et travaille à 60%, tandis que Sophia Hoff est médecin-assistante à temps plein. Dans le cadre d'un interview sur l'organisation de carrière en fonction des différentes phases de la vie, elles partagent leur vision de la réussite professionnelle et racontent leurs expériences dans la mise en œuvre du projet.



Dr. med. Sarah Wettstein

Une carrière médicale réussie

Lorsqu'on lui demande ce qui fait pour elle le succès professionnel en tant que médecin, Sarah Wettstein répond: «Pour moi, le suc-cès, c'est une grande adéquation entre ses propres intérêts, ses compétences et ses talents et les exigences de l'activité.» Elle souligne qu'une carrière réussie ne doit pas

nécessairement être linéaire. «Il est bien plus important de réfléchir régulièrement pour savoir si les points clés de l'activité actuelle sont toujours valables et de rester ouvert à de nouvelles possibilités.» Pour la cheffe de clinique, les personnes qui réussissent sont donc avant tout celles qui restent flexibles, qui empruntent sans cesse de nouvelles voies et qui parviennent à concilier leur vie professionnelle et leur vie privée. Sophia Hoff ajoute à cette perspective l'importance d'un équilibre entre les compétences techniques et les compétences sociales. Pour elle, le contact avec les patient(e)s et les collègues est tout aussi essentiel que les connaissances techniques. Elle est particulièrement impressionnée par les collègues qui travaillent depuis de nombreuses années et qui conservent leur passion pour leur domaine de spécialité tout en ayant trouvé un bon équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée, c'est-à-dire un équilibre qui leur convient.

Souhaits pour la future carrière

Pour leur propre avenir professionnel, les deux femmes médecins souhaitent continuer à bénéficier du soutien

de leurs supérieurs et d'une ambiance de travail dans laquelle il est possible de parler ouvertement de ses projets de carrière. Sophia Hoff souligne l'importance des exemples en ce qui concerne les différents modèles de vie, par exemple les médecins cadres qui travaillent à temps partiel ou qui quittent visiblement la clinique à l'heure en raison d'obligations privées: « Cela est perçu positivement par les médecins-assistant(e)s et je pense que de nombreux médecins cadres ne sont pas du tout conscients du rôle de modèle qu'ils ont sur ce sujet.»

Outre les conditions structurelles, Sarah Wettstein met en avant la composante culturelle: «Pour réussir sa carrière, il faut une culture dans laquelle les dirigeants abordent activement des sujets tels que la promotion des employé(e)s, la planification de carrière et les modèles de carrière et conçoivent des solutions transparentes et modernes. Aujourd'hui, c'est aussi un élément essentiel de l'attractivité de l'employeur.»

Les deux femmes sont d'accord sur un point: pour retenir davantage de médecins dans la profession et leur permettre d'envisager un avenir à long terme à l'hôpital, les postes à temps partiel et les modèles de travail flexibles doivent devenir une évidence à tous les niveaux. Les personnes travaillant à temps partiel ne doivent pas seulement être tolérées, mais également être encouragées de manière égale et intégrées dans des projets.

Il est également indispensable de planifier les services de manière fiable, de réduire la bureaucratie inutile et de créer une culture dans laquelle il est possible d'aborder les défis: «Il est essentiel d'identifier rapidement les difficultés rencontrées dans le travail quotidien afin d'éviter que les jeunes médecins ne

quittent leur profession prématurément. Les problèmes structurels et les domaines d'apprentissage individuels doivent être identifiés rapidement et traités de manière ciblée afin qu'une carrière médicale ne soit pas prématurément interrompue pour des raisons systémiques qui pourraient en principe être résolues. Après tout, avec la pénurie actuelle de personnel qualifié, il est dans l'intérêt de tous de ne pas perdre des médecins de cette manière», déclare Sophia Hoff.



Gestion du développement: la mise en œuvre du projet au KSW

Le groupe de projet du KSW s'est fixé pour objectif de créer des conditions-cadres permettant une planification active de la carrière. Dans le cadre d'un plan de développement structuré, il s'agit de créer des structures, des fonctions et des outils permettant de représenter les

Sophia Hoff

forces individuelles, les domaines de développement, les souhaits et les projets, et d'identifier les perspectives d'avenir professionnel, en tenant compte de la vie privée (pour plus de détails sur le contenu du projet, voir l'exemple de bonne pratique, p. 27).

Les deux femmes racontent les avantages que leur a apportés leur participation au projet: « Le travail sur ce projet est passionnant, exigeant, varié, stimulant et élargit mes horizons. J'apprends non seulement sur le fond (par exemple sur la théorie du feedback), mais aussi sur la forme, par exemple sur le déroulement des processus de promotion à l'hôpital. La mise en réseau au-delà de la clinique avec les RH et d'autres parties prenantes de l'hôpital est également d'une valeur inestimable. J'ai un mentor et un supérieur hiérarchique qui me soutiennent et me guident, mais qui me font aussi confiance et me laissent de la liberté [...] Je voudrais donc profiter de cette occasion pour souligner l'importance des chef(fe)s qui nous soutiennent. Si ce projet a pu voir le jour, c'est en grande partie grâce à

l'ouverture d'esprit de notre chef(fe) vis-à-vis de la planification de carrière», explique Sarah Wettstein.

Sophia Hoff ajoute: «En participant au projet, j'ai pu découvrir les coulisses de l'hôpital: d'une part, la collaboration avec les RH était nouvelle pour moi. J'ai beaucoup appris sur le domaine de responsabilité des spécialistes des RH, mais leur engagement et leur formation en psychologie ont également été bénéfiques pour notre projet, ce qui m'a permis d'acquérir de nombreuses connaissances. D'autre part, j'ai également découvert le cadre organisationnel de l'hôpital, par exemple les processus structurels, l'obtention d'autorisations et la nécessité de convaincre différents acteurs de notre travail, ce qui prend beaucoup de temps. C'est précisément là que nous avons été très reconnaissants du soutien des RH. Mais ce qui m'a le plus impressionnée, c'est l'engagement et la coopération de toute l'équipe interdisciplinaire, et de voir que la gestion du développement - qui est essentielle surtout pour les jeunes médecins - est un sujet pour lequel de nombreuses professions sont prêtes à s'engager.»


Sarah Wettstein conseille ensuite aux futurs médecins de saisir les opportunités qui se présentent: «Dites oui aussi souvent que possible» lorsque quelqu'un vous propose une tâche, un aperçu ou de participer à un projet, mais aussi de connaître vos propres limites et de dire « non » lorsque la charge de travail devient trop importante.

Les deux médecins sont convaincues des avantages que présente la nouvelle gestion du développement: grâce à un soutien ciblé et à une planification de carrière transparente et axée sur les différentes étapes de la vie, les talents peuvent être mieux reconnus et utilisés et la satisfaction au travail peut être accrue. Sarah et Sophia sont convaincues qu'un soutien systématique des employé(e)s et une culture du travail engagée conduisent à long terme à un lieu de travail plus attrayant, ce qui profite sans aucun doute à la qualité des soins médicaux.

Nous remercions les deux médecins pour leur témoignage!

4.1.4 Soutenir les talents de manière systématique

Dans les ateliers avec les spécialistes RH et les médecins, la gestion des talents a été abordée comme un instrument central de la gestion de carrière.

 La gestion des talents adopte une approche globale qui met en adéquation les besoins stratégiques de l'entreprise et les objectifs de carrière individuels des collaborateurs et collaboratrices (Nurmala & Hermina, 2024) (voir figure 14).

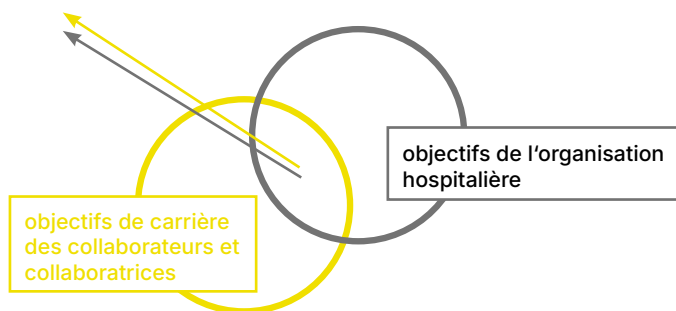



Figure 14. Concordance entre les objectifs de carrière des collaborateurs et collaboratrices et les objectifs de l'entreprise, d'après Hirschi, 2017, p. 544.

L'évaluation systématique des performances et du potentiel, associée à une planification claire de la succession et à l'attribution de postes clés, (c'est-à-dire de personnes stratégiquement importantes et/ou influentes au sein de l'hôpital), permet non seulement d'assurer le succès à long terme de l'entreprise, mais aussi de motiver les talents et de les fidéliser à l'entreprise.

 La gestion des talents avec une approche axée sur les phases de la vie peut jouer un rôle décisif en considérant les **potentiels individuels** et les **besoins de l'entreprise** non seulement en termes de compétences, mais aussi dans le contexte de la phase de vie des collaborateurs et collaboratrices.

Une gestion des carrières axée sur les phases de la vie tient compte du fait que les collaborateurs et collaboratrices ont des besoins différents selon la phase de leur vie, comme la possibilité de se qualifier de manière intensive dans la première phase ou de trouver un meilleur équilibre vie-domaine dans la phase du milieu. La gestion des talents peut soutenir ces phases de vie de manière proactive en proposant aux collaborateurs et collaboratrices **des offres de développement et de carrière** ciblées à différents stades, qui peuvent être mises en adéquation avec les **besoins de l'entreprise en matière de relève et de postes clés**.

La **gestion des performances et du potentiel** dans le cadre de la gestion des talents doit être suffisamment flexible pour tenir compte du fait que les collaborateurs et collaboratrices peuvent avoir des priorités différentes et fournir des performances différentes au cours des différentes phases de leur vie. Ainsi, il est possible qu'un collaborateur ou collaboratrice au potentiel de performance élevé et aux capacités correspondantes (appelé «haut potentiel») fasse temporairement preuve de moins d'engagement pendant une phase familiale, alors que ses ambitions de carrière augmentent à nouveau dans des phases ultérieures. Une gestion flexible des talents n'évalue donc pas seulement les collaborateurs et collaboratrices de manière rigide selon des critères de performance actuels, mais prend en considération le **développement du potentiel** à long terme et tient compte des situations de vie individuelles.

Dans le cadre d'une gestion de carrière axée sur les phases de vie, la **gestion des talents** peut en outre identifier très tôt les potentiels de succession pour les postes clés et préparer les collaborateurs et collaboratrices à ces postes, tout en tenant compte des phases de vie des collaborateurs et collaboratrices. Un collaborateur ou collaboratrice en début de carrière pourrait être préparé à de futurs postes clés par des programmes de promotion ciblés, tandis que les collaborateurs et collaboratrices en fin de carrière pourraient transmettre leurs connaissances en assumant des tâches de mentorat ou de direction.

La gestion de carrière axée sur les phases de la vie mise donc sur des **plans de développement flexibles** qui correspondent aux besoins individuels des collaborateurs et collaboratrices dans les différentes phases de leur vie professionnelle.

Angélique Hulliger, directrice des ressources humaines des hôpitaux fmi, nous en dit plus sur la gestion des talents dans le secteur de la santé dans le portrait en page 35.



Interview

Gestion des talents dans le secteur de la santé – Tenir compte des différentes phases de la vie

La gestion des talents dans un hôpital? Cette approche, qui vise à faire coïncider au maximum les objectifs de carrière des collaborateurs et collaboratrices avec les objectifs de l'entreprise, est largement répandue dans de nombreuses grandes entreprises depuis des années. Dans le secteur de la santé, en revanche, cette approche n'est utilisée que de manière isolée et peu systématique. Cela devrait bientôt changer. Angélique Hulliger est membre de la direction des hôpitaux fmi, dirige le département des ressources humaines et est expérimentée dans la mise en place de la gestion des talents. Lors d'un entretien, elle partage son expérience pratique dans le domaine de la promotion des talents et souligne la nécessité pour les hôpitaux de prendre en compte dès le départ les changements de situation des employé(e)s.



Angélique Hulliger, directrice des ressources humaines et membre de la direction

Angélique Hulliger travaille dans le secteur de la santé depuis environ 14 ans, dont 2 ans chez Spitäler fmi AG. Depuis, elle a déjà accompli beaucoup de choses avec son équipe et a encore bien d'autres projets. L'une de ses principales préoccupations est le développement des cadres dans le contexte médical. Elle est convaincue que la simple compétence professionnelle ne suffit plus dans une fonction de cadre médical. Le développement de ses propres collaborateurs et collaboratrices devrait être assuré en priorité par le supérieur hiérarchique direct, selon la devise: «Le supérieur hiérarchique est le premier responsable du développement du personnel». Ainsi, cette préoccupation centrale du développement des collaborateurs et collaboratrices ne peut être déléguée à un service spécialisé, explique Angélique Hulliger. De plus, elle observe dans le quotidien hospitalier que les jeunes employé(e)s ont des attentes beaucoup plus élevées envers leurs supérieurs en matière de communication transparente et de développement professionnel individuel que ce n'était

peut-être le cas auparavant. Néanmoins, les cadres ne devraient pas avoir à relever ces défis seuls: par exemple, les RH sont disponibles pour servir de sparring-partner lors des entretiens difficiles. C'est là que se trouve un potentiel encore inexploité: il s'agit d'un processus continu dans lequel les spécialistes des ressources humaines et les médecins apprennent à mieux se connaître avec leurs compétences respectives et renforcent ainsi les avantages d'une coopération commune.

Une promotion systématique des talents, également à l'hôpital

On dirait qu'il y a encore beaucoup à faire au niveau de la direction et des ressources humaines. Pourquoi donc ajouter la gestion des talents? La gestion des talents est un processus culturel, explique la responsable des ressources humaines. Elle est étroitement liée à la stratégie de l'entreprise et façonne de manière significative la culture de gestion, notamment en mettant l'accent sur le développement des employé(e)s. En coordonnant systématiquement l'évaluation du potentiel de chaque collaborateur ou collaboratrice et en assurant la relève pour les fonctions centrales, appelées fonctions clés, l'hôpital acquiert un avantage décisif pour poursuivre et assurer stratégiquement le succès futur de l'entreprise, explique Angélique Hulliger (pour en savoir plus sur les bases théoriques de la gestion des talents, voir p. 34).

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée, il est indispensable de s'assurer systématiquement que les bonnes personnes seront affectées aux bons postes au bon moment, et de ne pas laisser cela au hasard. C'est la seule façon de créer les bases d'un développement stratégique des ressources humaines et d'une gestion proactive plutôt que réactive. Les hôpitaux périphériques de la société Spitäler der Spitäler fmi AG

peuvent ainsi bénéficier d'un avantage concurrentiel. Les employé(e)s ont une vision claire de leurs perspectives, ce qui leur permet de planifier activement leur carrière et d'entamer un dialogue tourné vers l'avenir avec leurs supérieurs.

Pas de processus de changement sans obstacles

Selon Angélique Hulliger, il y a plusieurs points à prendre en compte lors de l'introduction d'un système de gestion des talents: la gestion des attentes des employé(e)s est particulièrement importante. Cela impose des exigences particulières aux cadres. Ils doivent aborder activement le développement de carrière avec leurs employé(e)s et communiquer ouvertement s'il n'y a pas (actuellement) de perspectives correspondantes dans l'entreprise. Ce type de conversation est souvent désagréable, mais nécessaire. Ces discussions font également partie du quotidien d'un dirigeant, souligne Angélique Hulliger. Car les employé(e)s se préoccupent de toute façon de leur avenir professionnel. La question décisive est de savoir si l'on entre dans un dialogue ouvert et si l'on reconnaît à temps lorsque les attentes respectives divergent.

La prise en compte des phases de la vie comme levier de changement

Le dialogue est indispensable pour pouvoir réagir de manière appropriée aux changements de conditions. Ainsi, l'évaluation du potentiel d'un collaborateur ou d'une collaboratrice à occuper un poste plus élevé dans un avenir proche peut évoluer avec le temps. Dans le cadre de la gestion des talents, cette évaluation du potentiel repose sur trois éléments:

1. La capacité à acquérir de **nouvelles compétences**,
2. l'engagement ou **l'attachement à l'entreprise** et
3. **l'aspiration** à «vouloir aller plus loin».

Le dernier élément est celui qui présente la plus grande volatilité. Par exemple, il se peut qu'une personne qui

vient de fonder une famille ne souhaite pas changer de fonction pendant cette phase, mais que cette aspiration change à nouveau après un certain temps. Actuellement, dans le contexte médical, les attentes futures en matière de carrière sont souvent considérées comme une décision ponctuelle, oui ou non: soit on s'y consacre pleinement, soit on ne prend plus en compte les décisions de carrière.

«Comment faire en sorte que le fait d'être satisfait de sa situation actuelle n'entraîne pas un arrêt définitif de sa carrière?»

La responsable des ressources humaines explique: «La systématisation de la gestion des talents permet d'impliquer plusieurs personnes dans le processus de développement des talents, par exemple des cadres de différents services et niveaux hiérarchiques qui se réunissent lors de «conférences sur les talents». Lors de ces conférences, les cadres et les responsables des ressources humaines échangent de manière ciblée sur le potentiel de chaque collaborateur ou collaboratrice. Cela permet de promouvoir systématiquement les collaborateurs et collaboratrices et de les préparer stratégiquement à de futurs rôles clés. Dans ce contexte, les suppositions des individus sont également remises en question de manière critique. En outre, des entretiens réguliers entre les supérieurs hiérarchiques et les collaborateurs et collaboratrices sont particulièrement nécessaires, selon M. Hulliger. Les entretiens de potentiel devraient avoir lieu au moins une fois par an. En médecine aussi, il faut être clair en ce qui concerne le changement de niveau de fonction lors des phases de transition de la vie: un «non» pour le moment n'est pas un «non» pour toujours. Sinon, un grand nombre de talents prometteurs seront perdus à cause d'une erreur de raisonnement.

Nous vous remercions pour cet interview!

4.1.5 Mettre en place des programmes de mentorat

«J'aimerais avoir quelqu'un qui soit mon mentor, qui m'accompagne, qui me montre des possibilités. Une personne qui me dise comment je peux travailler différemment pendant un certain temps en tenant compte de ma famille, qui m'aide à élaborer un plan et qui me dise comment le mettre en œuvre. En fait, nous n'avons ni le plan ni les outils pour le mettre en pratique.»

[Interview ID O, projet LeLa]


La citation ci-dessus était l'une des nombreuses qui, lors d'interviews avec des médecins, mettaient en avant le besoin de programmes de mentorat.

Un programme de mentorat bien structuré, avec des critères de sélection clairement définis, des relations adaptées entre mentor et personne mentorée ainsi que des formats de mise en œuvre variés, peut être un facteur de réussite décisif pour la gestion de la carrière à l'hôpital:

«J'ai constaté que l'on avait généralement plus de chances de réussir sa carrière médicale si l'on avait un mentor qui nous aidait à planifier notre carrière, car au début, on n'a pas du tout une vue d'ensemble de la situation.»

[Interview ID A, projet LeLa]

La combinaison de l'expertise interne, des perspectives externes et de l'encouragement individuel permet aux collaborateurs et collaboratrices d'atteindre leurs objectifs professionnels tout en maîtrisant les défis du quotidien de la clinique. En de nombreux endroits, le mentorat permet notamment de créer un réseau et de prendre son courage à deux mains pour faire avancer sa carrière à différentes étapes de la vie, comme l'explique la Dr Christina Venzin dans l'interview en page 39.

 Lors de la mise en place d'une offre de mentorat, il est essentiel de décider au préalable du type et du format du mentorat. Dans la pratique comme dans la littérature de recherche actuelle, l'utilisation du terme n'est pas uniforme. Une orientation possible est la définition suivante:

«Le mentorat est une relation réciproque et un mode de développement humain dans lequel une personne investit des connaissances personnelles, de l'énergie et du temps pour aider une autre personne à grandir et à se développer et lui permettre de devenir la meilleure et la plus performante qu'elle puisse être (Henry-Noel et al. 2019, p. 629)».

Le développement de la carrière est au centre de ces programmes. Le degré de formalisation et le contenu effectif des programmes de mentorat doivent être définis individuellement en fonction de la situation de départ et des objectifs à atteindre lors d'une éventuelle mise en œuvre. _____



Conseils pratiques pour la mise en œuvre

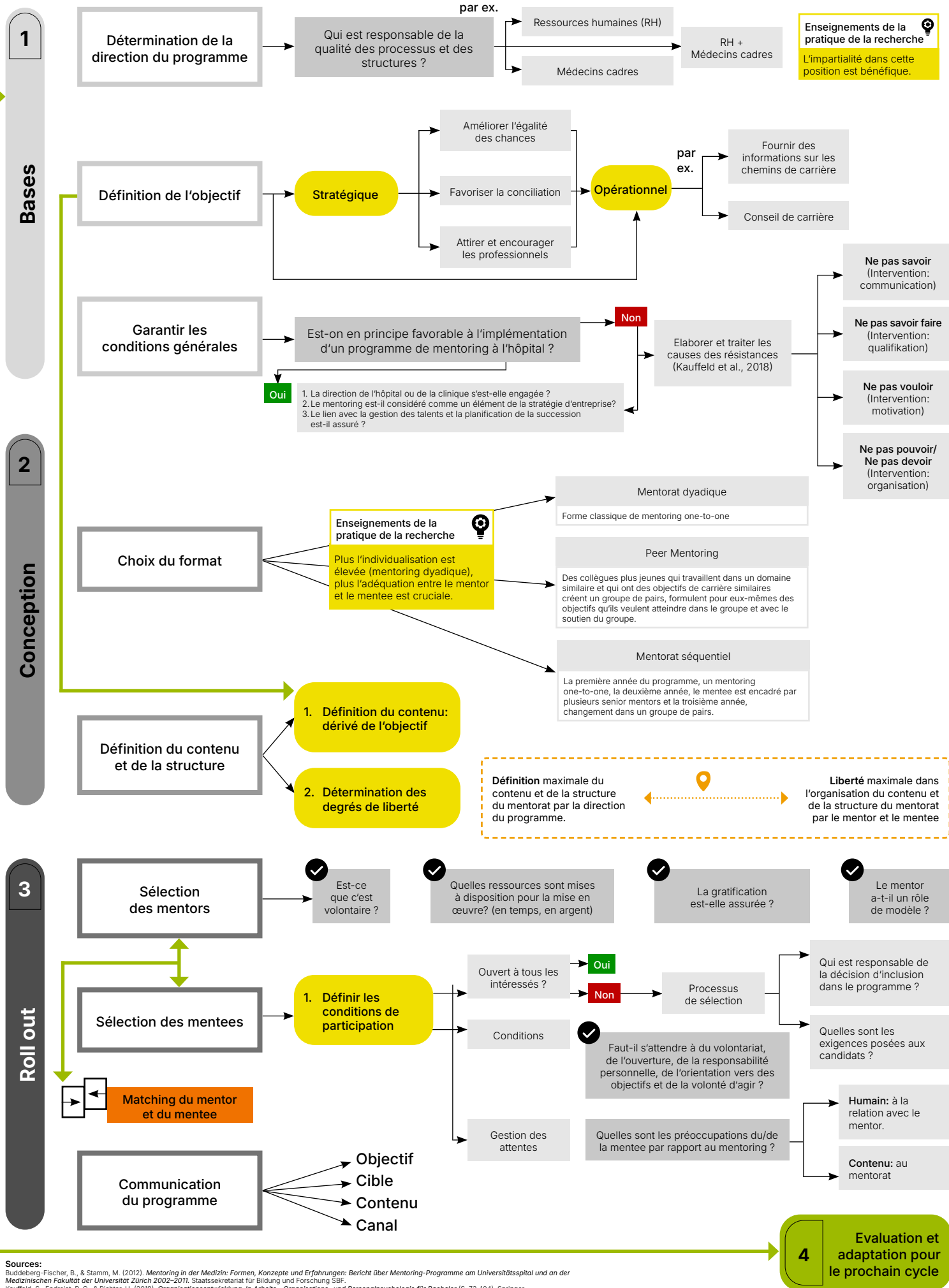
La liste de contrôle du mentorat ci-dessous donne un aperçu des étapes concrètes et des réflexions à mener lors de la mise en place d'un programme de mentorat (voir page 38).

En dehors de l'hôpital, les interviews de coaching qui abordent par exemple directement la question des carrières médicales rencontrent également un certain succès. La Dr Christina Venzin raconte dans l'interview en page 39 les questions qui se posent aux femmes médecins dans ce contexte.

Liens complémentaires (les liens sont en allemand):

[Le mentoring en médecine - formes, concepts et expériences - rapport sur les programmes de mentorat à l'Hôpital universitaire et à la Faculté de médecine de l'Université de Zurich. 2002 - 2011 \(unibas.ch\)](#)

[L'effet des programmes de mentorat pour les médecins - La matrice des rôles comme outil possible d'auto-évaluation de la clinique et polyclinique d'urologie du campus Grosshadern de l'hôpital universitaire de Munich](#)





Interview

«Future Women Physicians»

Entretien avec la Dr Christina Venzin, médecin et enseignante dans le cadre de l'atelier «Future Women Physicians».



La Dr med. Christina Venzin, médecin et intervenante lors de l'atelier

La Dr med. Christina Venzin est directrice du service de néphrologie et de dialyse à l'hôpital de Davos, directrice du programme de master «Leading Learning Healthcare Organisations» de l'université de Berne et membre de la direction du College M. Dans le cadre de ses fonctions, elle dirige régulièrement l'atelier de l'asmac «Future Women Physicians» et assure des coachings, notamment pour les femmes dans le domaine médical. Elle a étudié la médecine humaine et la philosophie aux États-Unis et en Allemagne.

Madame Dr Venzin, vous dirigez depuis quelque temps l'atelier «Future Women Physicians: atelier de carrière pour les médecins-assistant(e)s et les chef(fe)s de clinique»: quels sont les aspects centraux à prendre en compte lors de la planification de sa propre carrière? Comment une jeune femme médecin peut-elle façonner activement sa carrière?

Il est important de commencer par prendre conscience de ses priorités et de ses objectifs. Souvent, on n'a pas une idée claire de ce que l'on veut faire de sa carrière. Il est utile de se poser les questions suivantes: «Qu'est-ce que la carrière signifie pour moi? Qu'est-ce que je veux accomplir?» Ces réflexions ne concernent pas seulement le contexte professionnel, mais aussi l'organisation de la vie privée et le projet de vie personnel dans son ensemble. Sur la base de ces idées claires, les femmes médecins peuvent analyser les connaissances et les compétences dont elles disposent pour atteindre leurs objectifs. Dans le même temps, il est important d'identifier les obstacles internes et externes qui peuvent rendre difficile la réalisation de ces objectifs. Des études montrent que les gens atteignent beaucoup plus souvent leurs objectifs lorsqu'ils les visualisent concrètement et anticipent les obstacles potentiels (voir l'encadré sur le contraste mental). Dans l'atelier «Future Women Physicians», j'aborde les facteurs internes possibles. Il s'agit notamment de réfléchir à l'origine de l'image que l'on a de la femme et de la carrière et à la mesure dans laquelle elle correspond à ses propres idées.



Contraste mental

La méthode de contraste mental est une méthode d'autorégulation qui aide à atteindre efficacement ses objectifs. Elle comprend quatre étapes: le souhait, le résultat, l'obstacle et le plan. Tout d'abord, on visualise le souhait et le résultat positif, puis on identifie les obstacles qui pourraient se dresser sur notre chemin. Enfin, on élabore un plan concret pour surmonter ces obstacles. Dans la pratique, cette méthode (WOOP) favorise la motivation et augmente les chances de réussite, car elle aide à la fois à définir clairement les objectifs et à identifier et à surmonter les obstacles réalistes (Krott et al., 2019).

Dans notre société, les femmes sont souvent influencées par des croyances inconscientes qui peuvent les amener à sous-estimer leur propre potentiel. Le simple fait de reconnaître ces influences, qui peuvent être en contradiction avec leurs désirs les plus profonds, peut révéler de nouveaux potentiels.

D'après ton expérience, quels sont les obstacles que les femmes médecins rencontrent le plus souvent au cours de leur carrière?

Je constate souvent que le premier obstacle est que les femmes médecins manquent de confiance en elles. Par exemple, elles hésitent à postuler à un poste si elles ne se sentent pas encore tout à fait qualifiées pour le poste. Derrière cela, il peut y avoir la peur des sanctions sociales ou des attentes: un comportement compétitif est souvent considéré comme incompatible avec le rôle traditionnel de la «bonne épouse». Cette divergence peut conduire les femmes à adapter leur comportement aux attentes de la société, ce qui peut freiner leurs ambitions professionnelles. C'est pourquoi je tiens particulièrement à aborder cet aspect en détail lors de l'atelier et à susciter une discussion nuancée à ce sujet.

Deuxièmement, l'idée même de fonder une famille dissuade de nombreuses femmes de se pencher plus sérieusement sur leur plan de carrière. Les femmes médecins hésitent souvent à postuler à un emploi, de peur d'être mal perçues si elles tombent enceintes peu après avoir commencé à travailler. Dans ce contexte, le «maternal wall» (le mur de la maternité) représente un obstacle important.

Un troisième obstacle est lié à une vision trop vague du poste de travail souhaité. Dans cette situation, le réseautage, le mentorat et le courage de se renseigner activement sur les options de carrière sont utiles. Les échanges avec d'autres femmes médecins montrent également que beaucoup de femmes partagent les mêmes peurs et les mêmes doutes, même si elles ont l'air de réussir. D'après mon expérience, cette compréhension mutuelle peut apporter un grand soulagement et un grand soutien.

Jusqu'à présent, vous avez surtout parlé des défis internes. Voyez-vous aussi des barrières structurelles ou sociales qui entravent l'évolution de la carrière des femmes?

Oui, les deux obstacles suivants sont déterminants:

Nos organisations sont encore fortement marquées par la hiérarchie. Les hôpitaux universitaires, en particulier, suivent des structures paternalistes. Ces vieux schémas sont souvent difficiles à briser. La façon dont notre système social définit les parcours de carrière ne tient pas suffisamment compte de la réalité biologique des femmes. Après avoir eu trois enfants, on est souvent trop âgée pour faire une carrière scientifique sérieuse

à l'université. Ce problème est de nature structurelle et montre à quel point nos structures sociales sont peu adaptées aux réalités biologiques des femmes.

Quelles recommandations donneriez-vous aux femmes médecins qui sont confrontées à des obstacles internes ou structurels?

Lors des séances de coaching, je suis toujours étonnée de voir à quel point les femmes ont peu conscience de leurs propres capacités, de leurs réussites et de leurs points forts. Une réflexion sur ces sujets constitue une bonne base pour les recommandations suivantes. Si une femme médecin sait ce qu'elle veut accomplir, il est essentiel qu'elle communique clairement ces objectifs à son supérieur hiérarchique et qu'elle s'informe activement des possibilités d'avancement et de carrière. Idéalement, cela doit être fait de manière aussi concrète que possible: quelles conditions dois-je remplir pour atteindre le poste souhaité?

Il est tout aussi important de rechercher du soutien autour de soi: «J'ai les objectifs suivants, peux-tu m'aider à les atteindre?» Le réseautage joue un rôle central à cet égard, en particulier l'échange avec des personnes qui sont déjà là où l'on veut être. Des discussions avec le ou la médecin-chef(fe), un coaching ou un entretien avec la famille peuvent aussi avoir des effets surprenants. Il est également utile d'aborder ouvertement les craintes et les doutes qui vous retiennent, notamment en ce qui concerne la planification familiale. Dans ce cas, le dialogue avec le partenaire est décisif.

En collaboration avec différents hôpitaux, nous développons actuellement des mesures visant à mieux concilier les carrières des médecins avec les différentes phases de la vie. Selon vous, quelles mesures les hôpitaux devraient-ils prendre en priorité?

1. Les hôpitaux devraient proposer des **postes à temps partiel en standard** pour les hommes et les femmes, car cela répond également aux attentes de la jeune génération.
2. Il est important de **créer des structures qui favorisent la mise en réseau** des femmes. Un programme de mentorat actif, tant au sein de l'institut qu'entre les différentes disciplines, offre une bonne opportunité à cet égard. Les groupes cibles doivent être composés de femmes et d'hommes. En formalisant l'offre, les femmes peuvent être intégrées dans des réseaux qui se créent souvent de manière informelle entre hommes.
3. Du point de vue de la direction, il est important d'avoir régulièrement des **discussions actives sur la carrière** avec les collaborateurs et collaboratrices: «Où te vois-tu? Quelles sont les prochaines étapes que tu envisages?» Les cadres devraient agir en tant que coachs de soutien.

4. Il peut être utile de surréserver des postes à un certain pourcentage lors de la planification des horaires de travail, car les hommes comme les femmes peuvent s'absenter pour des périodes plus ou moins longues. La cheffe du service de médecine interne de l'hôpital Waid, qui applique cette pratique avec succès, en est un exemple. Cela permet de bien organiser le travail quotidien avec les pourcentages de postes, et d'éviter que les employé(e)s qui s'absentent n'aient mauvaise conscience.
5. En outre, l'employeur doit reconnaître que fonder une famille implique un changement pour les deux parents. Il est important de ne pas se limiter à demander aux femmes si elles souhaitent travailler moins après leur congé maternité, mais aussi de **discuter avec les futurs pères** et de leur demander comment le changement familial affecte leur vie professionnelle quotidienne.
6. J'ai eu de bonnes expériences en menant des **entretiens d'embauche au sein d'équipes mixtes**. Un médecin-chef peut par exemple faire participer une cheffe de clinique à l'entretien.
7. Pour la **sélection du personnel au niveau des cadres**, je recommande le concept de la sélection aléatoire focale (Focal Random Selection) (voir l'encadré sur la SSF).
8. Pour conclure, j'aimerais que la grossesse d'une femme médecin soit reconnue comme un événement heureux et normal, comme c'est le cas dans la société en général. En règle générale, les femmes sont félicitées pour leur grossesse. Malheureusement, à l'hôpital, ce n'est pas souvent le cas, ou seulement en apparence. Les hommes qui deviennent pères devraient eux aussi recevoir les meilleurs vœux pour cette aventure. Si une femme médecin est enceinte, il est important d'avoir un entretien précoce sur la reprise du travail. Lors de cet entretien, il convient de discuter de la manière dont elle envisage **la reprise du travail** et de la manière dont elle peut réussir. Des questions telles que «Quels sont tes objectifs à long terme et comment pouvons-nous t'aider à les atteindre?» sont décisives. Il est important que la femme ne soit pas mise sur la touche et qu'on n'attende pas qu'elle ait un deuxième ou un troisième enfant. Fonder une famille ne doit pas être considéré comme une interruption, mais comme une partie intégrante de la carrière. Les parents reviennent souvent avec des expériences précieuses, qui sont particulièrement importantes dans le domaine de la gestion (l'étude «Führungskompetenz. Learning by Family» des auteurs Joachim Lask et Nina Junker fournit des résultats à ce sujet).



La sélection aléatoire focalisée (FRS)

La sélection aléatoire focalisée (Focal Random Selection/FRS), telle que décrite par Berger et al. (2020), combine des procédures basées sur la performance et le hasard pour pourvoir des postes de cadres. Dans ce modèle, la sélection des candidats n'est pas basée uniquement sur des critères de performance, mais intègre également un élément aléatoire. Cette approche vise à réduire les différences de compétitivité entre les sexes en éliminant les préjugés inconscients. En garantissant l'égalité des chances tout en tenant compte des performances, la FRS encourage une sélection juste et équilibrée, en particulier en ce qui concerne l'égalité des sexes.

Merci beaucoup pour ces précieux conseils. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez dire aux futures femmes médecins?

Soyez courageuses, faites des hommes vos alliés et abordez directement les sujets tabous. Une bonne méthode pour aborder les injustices consiste à les poser sous forme de questions.

Merci beaucoup pour cet interview!

Sources:

Berger, J., Osterloh, M., & Rost, K. (2020). *Focal random selection closes the gender gap in competitiveness*. *Science advances*, 6(47), eabb2142.

Krott, N.R., Marheinecke, R., Oettingen, G. (2019). *Mentale Kontrastierung und WOOP fördern Einsicht und Veränderung*. In: Rietmann, S., Deing, P. (eds) *Psychologie der Selbststeuerung*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24211-4_9

4.1.6 Concevoir des modèles de temps de travail flexibles

«Bon, je travaille à 80% depuis 6 ans maintenant, mais pas avant. Mais je pense qu'il y a plusieurs choses [qui sont utiles pour travailler à temps partiel].

- A: je suis probablement relativement efficace et c'est déjà quelque chose.

- B: bien sûr, je ne travaille pas officiellement à 80%.

Il faut le dire, si l'on compte les soirées, les week-ends ou les matinées. Cela ne me dérange pas maintenant, car les 80% me donnent de la flexibilité. Et puis, j'ai eu des mentors très ouverts, qui n'ont jamais mesuré les performances en termes de présence, mais en termes de performance. Je dirais que c'est ce qui a fait la différence pour moi.»

[Interview ID R, projet LeLa]

En particulier, dans l'optique d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les modèles de travail flexibles sont considérés comme une partie de la solution pour promouvoir la carrière des médecins.

Différents facteurs font partie des modèles de travail flexibles ou les favorisent, qui sont présentés plus en détail ci-dessous:

- * Taux d'occupation réduit (temps partiel)
- * Assouplissement des modèles de temps de travail
- * Développement des possibilités de travail à domicile
- * Interruptions de carrière et réinsertion professionnelle

Le partage de poste en tant que modèle de travail (d'horaires) présente un caractère hautement coopératif, c'est pourquoi des explications à ce sujet sont fournies dans le champ d'action Coopération (voir chapitre 4.3).

Réduction du temps de travail (temps partiel): La possibilité de réduire son temps de travail est considérée par de nombreux médecins comme un moyen efficace de mieux concilier travail et vie privée. En Suisse, une personne active est considérée comme travaillant à temps partiel si son taux d'occupation est inférieur à 90%. Les données de l'enquête montrent que les médecins qui travaillent à temps partiel sont plus susceptibles de déclarer avoir suffisamment de temps pour leur vie privée malgré leur travail à l'hôpital. En ce qui concerne le taux d'occupation effectif et souhaité, les chiffres sont les suivants: en moyenne, le taux d'occupation de tous les médecins interrogés (N = 557) est de 89,5%. Les personnes interrogées ont indiqué en moyenne 80% comme taux d'occupation souhaité. Les médecins qui travaillent actuellement à 90-100% souhaitent en particulier une réduction de leur temps de travail (voir figure 15). Le souhait de réduire le temps de travail est indépendant de l'âge et de

la position des personnes interrogées. Le «fossé générationnel», dont il est souvent question, n'apparaît donc pas dans cette enquête.

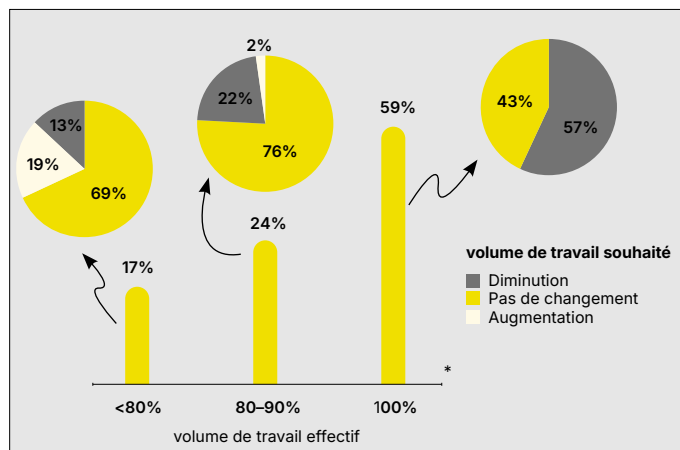


Figure 15. Charge de travail effective par rapport à la charge de travail souhaitée (N = 557)

En ce qui concerne l'impact d'une augmentation du travail à temps partiel, la plupart des médecins (74%) pensent que cela n'affectera pas la qualité des soins, mais 17% pensent que cela réduira la qualité des soins.

La recherche sur les effets du travail à temps partiel des médecins sur la sécurité des patient(e)s n'est pas encore bien établie. Les premiers résultats sont mitigés et ne peuvent pas être interprétés de manière définitive (Fairchild et al., 2001; Kato et al., 2021).

Un nombre important de cadres interrogés (n = 157) se disent prêts à engager davantage de collaborateurs et collaboratrices à temps partiel (45%) ou indiquent que nombre de leurs collaborateurs et collaboratrices travaillent déjà à temps partiel (43%).

En ce qui concerne le temps partiel et la réussite de la carrière, il convient de tenir compte des éléments suivants, comme nous l'avons expliqué au chapitre 3.1 sur les défis actuels: bien que le travail à temps partiel soit considéré comme possible dans de nombreux endroits, il est souvent perçu comme un obstacle à la réussite de la carrière.

«Et je me bats avec moi-même, parce que j'aimerais réduire mon temps de travail, parce que j'aimerais m'occuper d'autres choses ou me concentrer davantage sur ma vie privée. Mais je suis convaincue que je devrais alors attendre indéfiniment avant de pouvoir entamer cette rotation. J'ai observé cela [en prenant l'exemple d'autres collègues]: les hommes et les femmes - avec enfant - à temps partiel, qui attendent et attendent. Souvent, ils ne savent pas pourquoi et posent des questions, mais ils n'en savent pas plus après.»

[Interview ID B, projet LeLa]

* En tenant compte de la charge de travail effective, ni la position ni l'âge ne s'avèrent être des facteurs pertinents pour expliquer les différences entre la charge de travail actuelle et la charge de travail souhaitée.

L'acceptation du travail à temps partiel révèle en outre des différences perçues entre les sexes: plus de 40% des personnes interrogées confirment qu'il est toujours plus facilement accepté dans l'environnement clinique que les femmes réduisent (temporairement) leur temps de travail (voir figure 16).

Les hommes bénéficient souvent de moins de compréhension ou de soutien à cet égard:

«De plus, il semble que les hommes en particulier aient plus souvent tendance à éviter de parler des aspects familiaux et de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. J'ai bon espoir que cela puisse changer avec la jeune génération.»

[champ libre dans le questionnaire, projet LeLa]

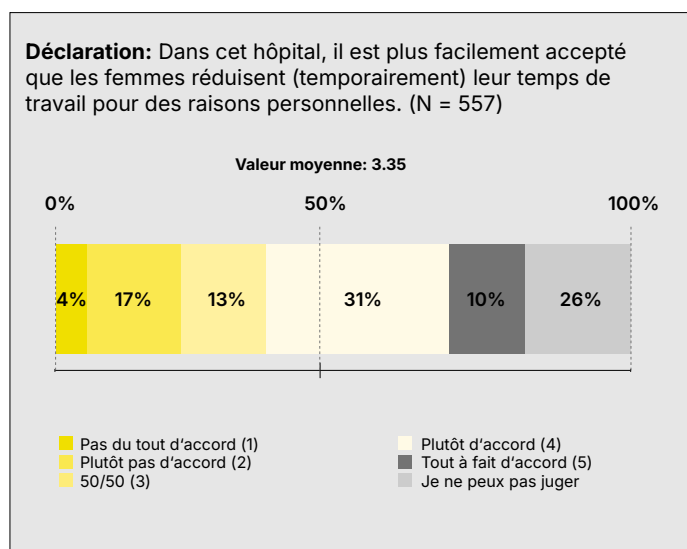


Figure 16. Acceptation plus forte de la réduction du temps de travail chez les femmes que chez les hommes

Flexibilisation des modèles de temps de travail: Dans des phases telles que la fondation d'une famille, la garantie de la garde des enfants ou d'autres nécessités extraprofessionnelles, il faudrait garantir, outre la simple réduction du temps de travail, d'autres réglementations individuelles et flexibles pour la réalisation d'une activité médicale, ainsi que des possibilités de développement ultérieur (recherche, enseignement). Concrètement, les participants ont évoqué les possibilités suivantes: une libération par phases du service en équipe, la possibilité d'une planification plus flexible des jours de congé (p. ex. jour de congé fixe à 80% ou 1 semaine toutes les 5 semaines), des modèles de temps partiel sans services d'urgence ou avec des rotations moins importantes. En outre, la possibilité de se faire dispenser de certaines activités à certains moments de la vie, en étant par exemple affecté en priorité à des consultations ou à la recherche.

Développer les possibilités de travail à domicile: Le télétravail est un moyen d'organiser de manière mobile et flexible les tâches de documentation, les activités administratives ou le travail sur des projets, et de permettre l'introduction de jours de bureau lorsque le nombre de postes de travail au bureau est limité.

Outre les aspects positifs du télétravail, il convient également de considérer les défis de manière différenciée. Le fait d'emporter le travail «à la maison» peut également entraîner une flexibilisation croissante de la frontière entre la vie professionnelle et la vie privée. Le travail à domicile est souvent moins visible (travail de l'ombre). Cela peut conduire à travailler encore plus pour ne pas donner l'impression d'être moins productif à la maison. Il est nécessaire de gérer consciemment les défis du télétravail afin d'en maximiser les aspects positifs (Wu & Chen, 2020).

Les médecins interrogés qui ont déjà fait l'expérience du télétravail décrivent pour la plupart cette possibilité comme très positive et suggèrent de développer davantage les possibilités de travail mobile et flexible:

«Aux soins intensifs, on a par exemple instauré certains jours de bureau où on peut s'occuper de la paperasse. Et c'est quelque chose de très précieux; on peut enfin faire avancer ses tâches administratives.»

Ce serait certainement quelque chose de pouvoir faire des tâches administratives en télétravail, mais ce n'est tout simplement pas facile pour la clinique.»

[Interview ID P, projet LeLa]

«Nous avons la possibilité de faire du télétravail et je trouve personnellement que c'est très positif. Je continuerais sans hésiter à le soutenir. Cela offre de nombreuses possibilités: je ne dois plus rester deux heures de plus à l'hôpital juste pour rédiger des rapports, je peux le faire à un autre moment, car ce n'est pas urgent et j'ai la possibilité de le faire à la maison ou en déplacement. Je pense que c'est un point important et je serais très favorable à ce que cela soit également introduit par défaut pour les médecins-assistant(e)s.»

[Interview ID D, projet LeLa]

La manière dont le télétravail peut être utilisé au-delà des tâches de documentation, même pour les soins aux patient(e)s, est décrite dans la bonne pratique en page 45.

Interruptions de carrière et réinsertion professionnelle: parmi les médecins interrogés, environ un quart a interrompu son activité professionnelle pendant plus de trois mois au cours des cinq dernières années. L'activité a été interrompue dans le cadre d'un congé parental, en raison d'un congé sabbatique, d'une activité scientifique ou pour d'autres raisons (voir figure 17).

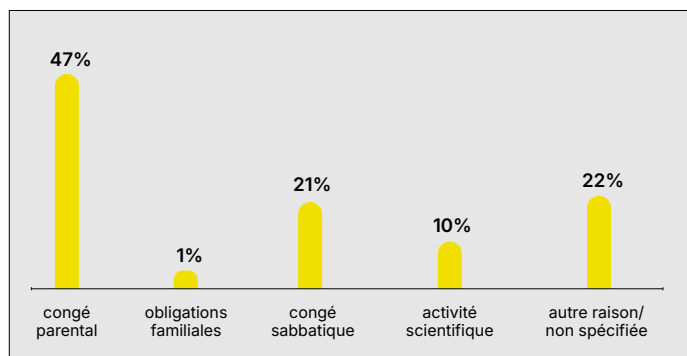



Figure 17. Raisons de l'interruption de carrière (n = 134)

La plupart des personnes (56%) déclarent avoir interrompu leur activité professionnelle entre 3,5 et 6 mois. Au retour de l'interruption, 58% des personnes interrogées déclarent avoir été suffisamment accompagnées lors de leur retour à l'emploi, 37% ne sont que partiellement ou pas du tout d'accord.


Après un congé de maternité ou une longue maladie, il est possible de planifier un retour progressif. Cela signifie que le premier mois, le nombre d'heures est réduit et qu'une collègue expérimentée apporte son soutien lors des premières opérations ou d'autres activités exigeantes. Cette forme de retour à l'emploi réglementé (reboarding) a été saluée en conséquence:

«Nos assistant(e)s et surtout les personnes qui reprennent le travail ont chez nous un système de tutorat avec les chef(fe)s de clinique. Ils ont un interlocuteur avec lequel ils peuvent aborder les prochaines étapes.»
[Interview ID G, projet LeLa]

Comme le souligne la Dr Christina Venzin dans l'interview en page 39, il est en outre essentiel de planifier consciemment les étapes suivantes de la carrière avant même le début du congé de maternité.

 Un groupe réuni autour de la Dr Celina Cornelius (2024) de l'Université de Heidelberg a publié les autres possibilités d'améliorer les conditions-cadres pour les collaboratrices enceintes à l'hôpital: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-024-01402-8>

Ils proposent de créer des conditions structurelles (par exemple en désignant une personne responsable de la grossesse) afin d'améliorer le processus et de garantir que les mesures de protection sont mises en œuvre après l'annonce de la grossesse. Une possibilité consiste à élaborer un système de feux de signalisation qui classe les différentes tâches de travail en fonction des degrés de recommandation concernant le sentiment de sécurité, afin de garantir la protection. —

 Les mesures proposées peuvent être appliquées à la loi suisse et aux tâches et procédures individuelles des cliniques.



Interview

Travail à temps partiel en tant que médecin-assistant

«Si quelqu'un est vraiment passionné par la matière, il peut faire des progrès rapides même à temps partiel.»

Till Flury est médecin de clinique adjoint aux urgences du centre hospitalier de Bienne. Il travaille à 60% et termine actuellement sa spécialisation en médecine interne. En tant que médecin-assistant, il a travaillé dans différents établissements, avec des taux d'occupation compris entre 70 et 100%. Dans l'article suivant, il décrit ses expériences avec ce modèle de temps de travail et explique pourquoi le travail à temps partiel est adapté à sa phase de vie actuelle.



Till Flury, chef de clinique adjoint des urgences

Après deux ans d'activité à temps plein, Till Flury a décidé, alors qu'il était encore en plein stage d'assistantat, de travailler à temps partiel et est resté fidèle à ce modèle de temps de travail, à des degrés divers. Quelles sont les raisons qui l'ont poussé à poursuivre sa voie constamment à un taux d'occupation réduit? Le travail posté en médecine d'urgence est éprouvant et, dans ce domaine, on ne vise souvent plus un taux d'occupation à

temps plein, explique Till Flury. Des raisons personnelles ont également joué un rôle: il a constaté que la réduction de ses heures de travail était bénéfique pour sa santé. Quand il est devenu père, ses priorités ont de nouveau changé: comme on a besoin de lui à la maison, il veut avoir suffisamment de temps pour sa famille. Si ces conditions de base sont réunies, il peut se concentrer à 100% sur ses patient(e)s à l'hôpital et récolter les fruits de son travail.

Apprendre: même avec moins de 50 heures de travail hebdomadaires?

Il y a toujours des voix critiques sur le travail à temps partiel pendant la période d'assistantat. Till Flury le confirme: selon la spécialité, il est difficile de trouver un poste de formation à temps partiel. On craint d'apprendre trop peu avec un emploi du temps réduit, car on investit trop peu de temps dans le contenu du travail. Il a lui-même fait d'autres expériences: c'est justement parce qu'il avait suffisamment d'énergie à la maison qu'il a pu se consacrer intensément aux contenus de l'apprentissage. Le regard porté sur l'étranger rend également le chef de clinique sceptique: il ose douter que les

médecins-assistant(e)s des pays voisins soient de moins bons médecins avec des horaires de travail hebdomadaires réduits.

L'expérience qu'il a acquise dans son nouveau rôle de chef de clinique adjoint a confirmé son point de vue: selon lui, l'intérêt et l'implication active dans le sujet sont plus importants pour la réussite de l'apprentissage que le temps de présence hebdomadaire. En ce qui concerne les perspectives professionnelles, il voit les inconvénients du travail à temps partiel: selon la spécialité, la recherche d'emplois à temps partiel reste difficile, en particulier les emplois à temps partiel de moins de 80% peuvent s'avérer un défi. Till Flury tient à ce que les médecins qui embauchent à l'avenir accordent plus d'importance à l'intérêt et à l'engagement et ne les assimilent pas aux heures de présence: «Est-ce que quelqu'un souhaite progresser? Car si quelqu'un est vraiment passionné par la spécialité, il peut aussi progresser rapidement à temps partiel.»

Le temps partiel: une décision personnelle

Till Flury conseille aux médecins-assistant(e)s qui réfléchissent à leur taux d'activité de prendre en compte leurs propres besoins et de réfléchir à leurs priorités. Les médecins accordent une grande importance à leur profession et à leur carrière, tandis que d'autres aspects de leur vie reçoivent souvent moins d'attention.

Il a constaté que de nombreux collègues ne se sentaient plus bien en raison de leur charge de travail élevée. Il peut donc être utile de se demander: «De quoi ai-je besoin pour me sentir bien? De quoi ai-je besoin pour être heureux? Qu'est-ce qui sera important pour moi dans 20 ou 30 ans?» – Chaque personne est différente. Till Flury a décidé pour lui-même qu'il voulait rester médecin hospitalier et travailler au plus près des patient(e)s, en s'appuyant sur une formation continue

en autodidacte. Pour lui, réduire son temps de travail était la bonne décision. Cela l'aide à maintenir un bon équilibre et à fixer des limites. Depuis, il a moins de conflits dans sa vie privée, sa vie est devenue plus riche et il va au travail avec beaucoup de plaisir. Mais il faut du courage pour dire que l'on veut être médecin, que l'on veut être un bon médecin, et que l'on n'est pas prêt à tout sacrifier pour cela.

Merci beaucoup pour cet interview!



Expériences avec un nouveau modèle de travail à temps partiel pour les médecins cadres en médecine interne hospitalière: le mercredi en télétravail

E. Potluková, L. Dratz, Hôpital cantonal de Bâle-Campagne

Dans cet article, nous faisons part de notre expérience en matière de modèles de travail à temps partiel dans le domaine de la médecine interne hospitalière au Centre universitaire de médecine interne (UZIM) de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne (KSBL). À l'UZIM, nous proposons différents modèles de travail à temps partiel pour les médecins cadres, avec un taux d'occupation allant de 50% à 90%:

1. **Activité alternée sur une base hebdomadaire**
2. **Semaines divisées avec transfert en milieu de semaine**
3. **Charge de travail hebdomadaire réduite avec une demi-journée de télétravail le mercredi**

Les deux premiers modèles sont déjà bien établis et répandus dans d'autres cliniques. Nous avons introduit le troisième modèle en juin 2024 et nous le présenterons en détail par la suite.

Nous nous sommes demandé comment un médecin cadre expérimenté ayant des responsabilités en matière d'hospitalisation pouvait rester à la maison un jour par semaine pour s'occuper de ses enfants. Un tel modèle semblait à première vue difficilement réalisable. Après une analyse minutieuse, nous sommes toutefois arrivés à la conclusion qu'une solution viable pouvait être possible sous certaines conditions.

Structure du modèle

Le médecin cadre travaille à 90% et s'occupe d'un maximum de 24 patient(e)s hospitalisé(e)s, réparti(e)s entre deux médecins-assistant(e)s.

- **Lundi et mardi:** visites cliniques complètes avec les médecins-assistant(e)s.
- **Mercredi (jour de télétravail, demi-journée de travail):**

- * Les visites cliniques sont effectuées de manière indépendante par les médecins-assistant(e)s.

- * Une discussion structurée entre les médecins-assistant(e)s et le médecin cadre a lieu par téléphone ou vidéoconférence via un accès à distance au système d'information de la clinique.
- * Les urgences cliniques ou les nouveaux patient(e)s nécessitant un traitement urgent sont pris en charge par des membres du personnel soignant connus des médecins-assistant(e)s.
- * Le mercredi après-midi, le médecin cadre n'est pas tenu d'être de service.

- **Jeudi et vendredi:** reprise des visites cliniques complètes par le médecin cadre.
- **Services:** participation aux services de garde en semaine et aux services de présence le week-end et les jours fériés, comme pour les autres membres du personnel cadre. .

Conditions générales pour une mise en œuvre réussie

Le modèle ne peut être mis en œuvre que sous certaines conditions:

1. L'unité est une unité de soins internes classique sans surveillance intensive.
2. Il ne s'agit pas d'un hôpital de soins intensifs pour les cas très complexes.
3. L'équipe de cadres soutient activement le modèle et est prête à assumer des responsabilités supplémentaires le mercredi.
4. Les membres de l'équipe de cadres ont une expérience clinique suffisante.



Hôpital cantonal de Bâle-Campagne

Expériences passées - Perspective du collaborateur ou de la collaboratrice

Avec le Dr Lucas Dratz, un interniste et urgentiste expérimenté, nous avons lancé ce modèle il y a huit mois dans le service de médecine interne générale du site de Liestal. Il résume ici son expérience en tant que chef de clinique avec le modèle de travail :

«Au début, il était difficile de gérer les patient(e)s hospitalisé(e)s un jour par semaine à distance, uniquement à travers les yeux et les mains des médecins-assistant(e)s, sans pouvoir les voir en personne. Pour y parvenir, il me faut une préparation minutieuse, qui consiste à examiner les dossiers électroniques des patient(e)s, à classer les nouveaux résultats ou les résultats inhabituels et à les comparer avec les médecins-assistant(e)s avant qu'ils n'effectuent seuls leur visite clinique. Ainsi, même en télétravail, la journée de travail est calquée sur la journée clinique à l'hôpital et son déroulement. Elle commence tôt le matin, afin de s'assurer des connaissances nécessaires et des objectifs de la journée de part et d'autre avant le début officiel des visites.

Cela signifie qu'il doit être possible, du côté de la famille, de coordonner l'horaire de la journée à l'hôpital avec l'horaire de la vie familiale en télétravail, ce qui est toujours un exercice d'équilibre. Sans une équipe de médecins cadres sur place, disponibles et serviables, qui puisse se rendre directement auprès des patient(e)s en cas d'urgence clinique ou de situations cliniques incertaines, il n'est pas possible d'assurer de manière responsable la prise en charge de personnes gravement

malades présentant des tableaux cliniques imprévisibles, même si le besoin de recourir à ce type de prise en charge ne se fait sentir qu'environ toutes les 4 à 6 semaines.

Le modèle de travail à temps partiel sous cette forme permet, si les conditions susmentionnées sont remplies, d'exercer une activité de médecin cadre en médecine interne hospitalière, tout en préservant dans une large mesure la continuité de la médecine de cadre, avec seulement un peu plus de travail pour les transferts et la formation. En même temps, cela me permet, en tant qu'employé, de réduire le temps de trajet pour me rendre sur mon lieu de travail et d'augmenter le temps de présence pour ma famille un jour par semaine. Les longues journées de travail auxquelles je suis habitué représentent toujours un défi dans la vie quotidienne avec de jeunes enfants, même si le temps de travail hebdomadaire réglementaire de 41,4 heures pour un emploi à 90% (46 heures de travail hebdomadaire réglementaire pour un emploi à 100%) correspond toujours à un emploi à temps plein dans certaines autres catégories professionnelles.»

Perspective de la médecin-chef

La Dr Eliška Potluková explique: «Du point de vue de la direction, le travail à temps partiel dans le secteur hospitalier représente un défi, notamment en ce qui concerne la continuité des soins aux patient(e)s. Néanmoins, il est essentiel pour la viabilité future de notre profession.

Concilier vie de famille et vie professionnelle est un facteur décisif pour les médecins cadres. La médecine

interne hospitalière perd souvent des spécialistes hautement qualifiés au profit du secteur ambulatoire, qui offre des horaires de travail plus flexibles. Pour rester attractifs en tant qu'employeurs, nous devons développer des modèles de travail innovants. En introduisant ce modèle de travail à temps partiel, nous avons pu recruter un médecin cadre hautement qualifié qui enrichit notre équipe sur le plan professionnel et organisationnel. Le Dr Lucas Dratz a contribué à améliorer la qualité médicale de notre service, notamment grâce à son expertise en échographie point-of-care (POCUS).

Jusqu'à présent, l'équipe a toujours réussi à relever les défis liés à la présence d'un médecin cadre le mercredi. Toutefois, pour que la mise en place soit réussie, il faut que l'équipe de cadres dispose d'une expérience suffisante et que le nombre de patient(e)s et leur complexité restent dans des limites raisonnables.»

Conclusion

Le modèle a fait ses preuves dans notre contexte et offre une option prometteuse aux cliniques qui souhaitent permettre à leurs employé(e)s de travailler selon des horaires plus flexibles.

Si vous êtes intéressé par l'introduction d'un modèle similaire, nous sommes à votre disposition pour en discuter.

Adresse de correspondance:

PD Dr. med. et phil. Eliška Potluková, MME
Centre universitaire de médecine interne
Hôpital cantonal de Bâle-Campagne
Rheinstrasse 26
CH-4410 Liestal
eliska.potlukova@ksbl.ch

4.1.7 Réduire la charge administrative

«Il serait important de réduire le temps de travail à 42 heures. Cela serait possible si l'on pouvait réduire la charge de travail administratif (rapports de sortie abrégés avec une liste détaillée des diagnostics et des procédures, éviter les doublons dans la documentation médicale). Les gens seraient plus disposés à travailler plus longtemps si ce temps pouvait être consacré aux patient(e)s ou à l'enseignement plutôt qu'à la rédaction de rapports fastidieux.»

[champ libre de l'enquête en ligne]

Si l'on considère le champ d'action Organisation du travail dans son ensemble, il ne faut pas négliger la charge administrative élevée dont il est souvent question. La plupart du temps, il s'agit d'optimiser les tâches de routine quotidiennes. Selon les indications des médecins interrogés, une réduction de la charge administrative peut déjà être obtenue par les mesures suivantes:

- * garantir une documentation plus efficace grâce à des rapports de sortie succincts avec une liste de diagnostics détaillée,
- * l'utilisation d'un dictaphone pour que d'autres personnes puissent saisir les informations dans le dossier du patient ou
- * optimiser l'infrastructure informatique sous la forme d'un système d'information hospitalier convivial qui rationalise et rend plus efficace la documentation médicale.

Les médecins consacrent environ deux heures par jour à des travaux de documentation en rapport avec le dossier du patient, et la tendance est à la hausse (FMH, 2024). Il s'agit donc d'un facteur central lorsqu'il s'agit de réduire le temps et la charge de travail. C'est pourquoi cette thématique est analysée et abordée de manière approfondie dans différents projets (voir par ex. la bureaucratie dans les hôpitaux – asmac)



Les hôpitaux profitent également de la réduction des tâches administratives en vue de la mise en œuvre de mesures pour une gestion de carrière axée sur les phases de la vie. La réduction de la charge de travail libère des ressources qui peuvent être utilisées plus efficacement pour créer des environnements de travail attrayants. Cela favorise à son tour la fidélisation et le recrutement du personnel.



4.2 Champ d'action Direction

Dans le parcours linéaire actuel d'une carrière hospitalière, l'exercice d'une fonction de direction est une conséquence inévitable pour une carrière médicale axée sur les possibilités de promotion, en raison de l'absence de séparation entre les carrières spécialisées et les carrières de direction. Dans ce contexte, la promotion des collaborateurs et collaboratrices et la création de possibilités de carrière revêtent une grande importance.

Sur la base des conclusions de la recherche et des données recueillies, les ateliers ont permis d'envisager des mesures visant à encourager les collaborateurs et collaboratrices (voir chapitre 4.2.1) et à revoir le rôle des dirigeants (voir chapitre 4.2.2).

4.2.1 Promotion des collaborateurs et collaboratrices

«Il est important d'avoir des interviews au cours desquels les objectifs et les perspectives sont définis. Mon (nouveau) supérieur actuel ne trouve pas cela important. Mon dernier interview de développement a eu lieu avec l'ancienne cheffe il y a deux ans. [...] Presque personne dans l'équipe (ni OA ni AA) n'a eu un tel interview au cours des 18 derniers mois, bien que les RH aient des directives à ce sujet.»
[champ libre dans le questionnaire, projet LeLa]

L'interview avec les collaborateurs et collaboratrices en tant qu'instrument de gestion central: les cadres médicaux jouent un rôle décisif dans l'organisation de la carrière de leurs collaborateurs et collaboratrices, que ce soit au sein des organisations hospitalières ou en dehors. L'interview avec les collaborateurs et collaboratrices est considéré comme un instrument central de la gestion coopérative, qui favorise l'échange entre le cadre et les collaborateurs et collaboratrices et qui, outre l'analyse des performances passées, permet surtout de définir ensemble les objectifs de développement futurs (Meldau, 2022).

Dans l'ensemble, environ un tiers des médecins interrogés indiquent que le thème de la gestion de carrière n'a pas été suffisamment abordé avec leur propre supérieur hiérarchique jusqu'à présent. Pour environ un quart d'entre eux, le sujet n'a encore jamais été abordé (voir figure 18).

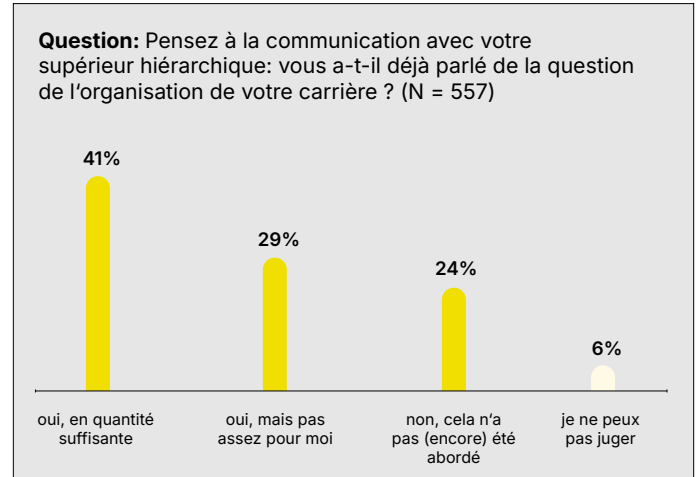


Figure 18. Thématisation de l'organisation de la carrière avec le supérieur hiérarchique

En outre, 35% des médecins interrogés déclarent ne pas se sentir suffisamment ou partiellement encouragés par leur supérieur hiérarchique (voir figure 19).

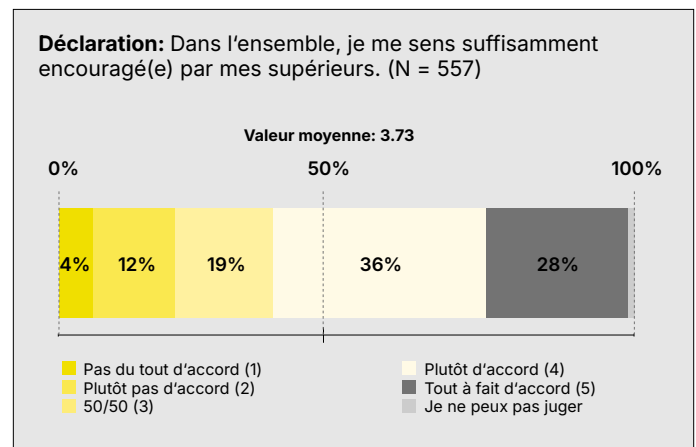


Figure 19. Encouragement par les supérieurs

«Je pense qu'il est important de stimuler l'intérêt des gens. Et parfois [...] les jeunes ne savent pas du tout quelles sont leurs qualités. Et je pense qu'un supérieur hiérarchique devrait le sentir et les soutenir. Il peut s'agir d'une qualité professionnelle ou d'une qualité de leadership. [...] Si tu vois par exemple que quelqu'un a plutôt les qualités requises pour un master, alors tu lui donnes cette possibilité. Et si tu vois que quelqu'un a les qualités requises pour l'un ou l'autre domaine, tu l'aides à trouver un débouché, par exemple.»
[Interview ID G, projet LeLa]

Du point de vue des cadres, la réflexion suivante est pertinente à cet égard: ils indiquent qu'ils peuvent mieux soutenir leurs collaborateurs et collaboratrices et les encourager de manière plus ciblée s'ils connaissent leur situation personnelle et professionnelle et peuvent en tenir compte (voir figure 20). De ce point de vue, il serait donc important que les collaborateurs et collaboratrices apportent leur contribution à une communication réussie en rendant leur situation de vie transparente.

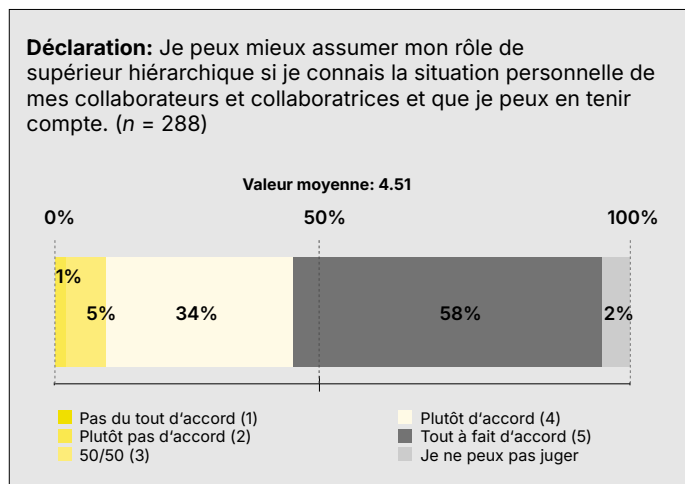


Figure 20. Connaître la situation de vie des collaborateurs et collaboratrices pour mieux les diriger.

Pour que les perspectives de développement puissent être explorées en commun dans le cadre de l'interview avec les collaborateurs ou collaboratrices, il faut faire preuve d'ouverture. Celle-ci nécessite toutefois une confiance considérable de la part des collaborateurs ou collaboratrices. Si les collaborateurs et collaboratrices craignent que la divulgation d'informations personnelles soit préjudiciable ou que des données sensibles soient utilisées stratégiquement contre eux, ils peuvent être amenés à retenir des informations et des émotions essentielles. Cela peut à son tour conduire à des conflits plus larges (voir Peter et al., 2021).

Dans un environnement où les carrières ne sont pas (suffisamment) adaptées aux différentes phases de la vie, la garantie de la sécurité psychologique joue un rôle important. La sécurité psychologique désigne «une croyance partagée selon laquelle l'équipe est à l'abri des risques interpersonnels». (Edmondson, 1999, p. 350). Une culture d'entreprise qui ne crée pas une atmosphère de discussion basée sur la confiance compromet la motivation et le développement à long terme des collaborateurs et collaboratrices. Dans ce contexte, les exigences posées aux cadres médicaux qui contribuent à façonner les carrières sont par conséquent élevées.

La formation et le soutien à la direction ainsi que les safe spaces comme clés de la promotion d'une gestion de carrière axée sur les différentes phases de la vie: dans un environnement de travail exigeant, une formation solide à la direction et le soutien du service RH sont essentiels. La bonne pratique des hôpitaux fmi montre comment les RH et le corps médical peuvent collaborer avec succès pour organiser des interviews avec les collaborateurs et collaboratrices de manière ciblée et efficace (voir page 53). Alors que la promotion des collaborateurs et collaboratrices est et reste une tâche de direction, l'incertitude liée au partage du projet de vie personnel peut éventuellement être réduite par la création de lieux de confiance, appelés safe spaces. Dans le cadre des ateliers organisés, le souhait de créer des safe spaces est apparu clairement. Les sujets sensibles doivent pouvoir y être abordés ouvertement. Les hôpitaux qui souhaitent permettre une gestion de la carrière basée sur la confiance et la transparence devraient donc créer des conditions structurelles qui encouragent activement la sécurité psychologique - que ce soit par des formations pour les cadres, des offres de conseil anonymes ou la mise en place ciblée d'une culture du feedback ouverte (voir également le chapitre 3.3 Classement des résultats au niveau culturel).



Entamer le dialogue ensemble: «Il y a un risque de parler de l'organisation de la carrière en fonction des phases de la vie.»

Que se passe-t-il lorsque des médecins et des spécialistes des ressources humaines réfléchissent ensemble à l'organisation de la carrière médicale? Le Dr Silvio Gujer, médecin-chef du service de chirurgie, et Sarah Kübli, conseillère en ressources humaines des hôpitaux fmi, ont tenté l'expérience.

Dans le cadre du projet «Gestion de carrière axée sur les phases de la vie», des ateliers inter-hôpitaux et inter-services ont été organisés. Le chirurgien et la conseillère en ressources humaines y ont participé. Le projet a permis d'approfondir la coopération entre les RH et les médecins, de mieux comprendre les situations et les besoins de chacun et d'optimiser les services des RH pour le groupe cible des médecins. L'objectif commun: promouvoir l'organisation de la carrière des médecins en fonction des différentes phases de leur vie et mener un dialogue honnête entre eux.



Sarah Kübli, Consultante en RH

La motivation était grande et la liste des mesures possibles s'allongeait rapidement. Mais le travail quotidien imposait d'autres exigences. Au fil des échanges, il est apparu que l'accent devait être mis sur des mesures à la fois très efficaces et réalisables. Concrètement, il s'agissait de revoir les processus et les documents de soutien afin de promouvoir durablement l'échange entre les supérieurs hiérarchiques et les collaborateurs et collaboratrices.

D'un malentendu à une bonne pratique

Le chirurgien a parlé à la conseillère en ressources humaines d'une liste de contrôle qu'il a lui-même élaborée pour la formation des médecins-assistant(es). L'objectif était de préparer la documentation de manière structurée pour la reconnaissance de l'ISFM et d'aborder les questions de carrière à un stade précoce de la collaboration.

Sarah Kübli a repris l'idée et a élaboré une proposition de liste de contrôle du point de vue des ressources humaines: «En tant que supérieur hiérarchique, à quoi dois-je faire attention lorsqu'une nouvelle collaboratrice commence à travailler chez moi?»



Dr. med. Silvio Gujer, médecin-chef du service de chirurgie

Le chirurgien n'en croyait pas ses yeux: jusqu'à présent, il utilisait une liste de contrôle pour les nouveaux employé(e)s, et non pour lui-même en tant que supérieur hiérarchique. «J'ai trouvé ce malentendu génial», a déclaré le chirurgien. En effet, un bref échange a rapidement permis de clarifier les choses: la combinaison des deux documents constitue la solution idéale. Lors de l'arrivée de nouveaux employé(e)s, le médecin-chef peut désormais accéder à une liste de contrôle complète qui le guide tout au long du cycle de l'employé: De la prise de contact avant l'entrée en fonction, en passant par les entretiens avec les responsables de la formation continue au cours de la première semaine, jusqu'aux entretiens de carrière réguliers et aux sujets à aborder lors de l'entretien de départ. Toutes les tâches et



Hôpital d'Interlaken

obligations importantes du rôle de supérieur hiérarchique sont résumées de manière compacte dans un seul document. En même temps, le médecin-chef offre à ses nouveaux employé(e)s une orientation en leur remettant, comme d'habitude, une liste de contrôle de leurs tâches. Ce document indique notamment qu'un entretien avec le responsable de la formation continue aura lieu au cours de la première semaine. En outre, les collaborateurs et collaboratrices sont encouragé(e)s à rechercher activement le dialogue avec leur supérieur hiérarchique en cas de changement d'objectif de spécialisation, et à lui faire part de leurs commentaires et suggestions d'amélioration. Ils savent également à quoi s'attendre lors de l'entretien de départ et peuvent s'y préparer de manière ciblée.

Combinaison de processus de formation continue et d'instruments de gestion des ressources humaines

Outre le document relatif à l'ensemble du cycle d'embauche, un autre sujet a été mis en avant:

Le formulaire d'entretien d'évaluation périodique (EEP): Silvio Gujer et Sarah Kübli se sont fixé pour objectif de concevoir le formulaire de manière à ce qu'il soit plus attrayant pour les supérieurs hiérarchiques et qu'il continue à constituer une bonne base pour le développement personnel des collaborateurs et collaboratrices. En analysant le formulaire EEP (un outil RH) et le logbook ISFM (un outil permettant aux médecins-assistant(e)s de documenter leur formation continue), des parallèles ont pu être identifiés, ce qui permet une utilisation efficace des deux outils. Il s'est avéré que les entretiens dans le cadre de la formation continue ISFM remplissent souvent le même objectif que le formulaire EEP.

En les combinant intelligemment, il a été possible de remplacer presque entièrement l'EEP par ces entretiens. Cela permet de réduire les efforts et les doublons. Le nouvel appel aux médecins-chef(fe)s est donc le suivant: si les entretiens ISFM sont bien menés, les RH les acceptent comme EEP. La perspective des col-

laborateurs et collaboratrices sur le développement de leur carrière est également mise en avant, tant pour les médecins-assistant(e)s que pour les chef(fe)s de clinique: quels sont les objectifs de carrière définis? Le pourcentage d'emploi est-il satisfaisant? Faut-il assumer davantage de responsabilités en matière de gestion, de spécialisation ou de projets?

Les discussions sur l'organisation de la carrière en fonction des différentes phases de la vie ne sont plus taboues.

«Lors de ces entretiens, il y a un risque que des sujets exigeants tels que l'organisation de carrière en fonction des différentes étapes de la vie soient abordés», sourit le médecin-chef du service de chirurgie. La discipline chirurgicale n'est pas encore idéalement positionnée en ce qui concerne la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Mais de tels entretiens permettent d'engager un premier dialogue et de clarifier ensemble ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas. Il lui arrive parfois de jouer le rôle de «rabat-joie» et de mettre en évidence ce qui, d'après son expérience, complique les carrières. Par le passé, l'absence de discussions a également conduit à ce que des obstacles majeurs soient identifiés trop tard et que des carrières soient bloquées. Mais il a également fait des expériences positives: lors des discussions, des mesures favorables ont pu être envisagées, comme la possibilité d'un temps partiel en tant que médecin-assistant en chirurgie, ce qui est déjà le cas depuis longtemps pour lui.

Sarah Kübli acquiesce: c'est exactement ce type de dialogue que le service des ressources humaines des hôpitaux fmi souhaite promouvoir.

Créer ensemble de la valeur ajoutée

La coopération interdisciplinaire entre les RH et le corps médical dans le cadre du projet FHNW a permis, comme le montrent les mesures, de dissiper de nombreuses incertitudes, de réduire la charge administrative et de

créer une réelle valeur ajoutée. Selon la conseillère en ressources humaines, les deux parties se rapprochent désormais plus tôt. Et il a déjà été décidé de se rencontrer plus régulièrement à l'avenir. Ainsi, indépendamment des affaires courantes, un échange annuel entre les RH et les différentes cliniques a été mis en place. Silvio Gujer ajoute: «Avant, je contactais les RH surtout lorsque des questions urgentes se posaient. Maintenant, je sais que j'ai trouvé en eux un partenaire avec lequel je peux discuter de manière proactive de questions stratégiques et faire avancer les choses. Alors que les médecins, par exemple, voient les aspects techniques de la promotion des employé(e)s et se concentrent sur les personnes qui peuvent traiter les patient(e)s, les RH se concentrent

davantage sur les aspects de gestion et d'organisation. Et en fin de compte, les deux sont décisifs, estime le chirurgien expérimenté. Il faut donc faire l'un sans négliger l'autre. Les deux hommes s'accordent à dire que dans la plupart des spécialités, la carrière peut encore être mieux adaptée aux différentes phases de la vie. Il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine au cours des prochaines années. Un premier pas important a été franchi: la voie vers le dialogue nécessaire est ouverte, de sorte que la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée n'est plus un sujet tabou, du moins dans les hôpitaux.

Nous vous remercions pour ces informations!




Hôpital de Frutigen

4.2.2 Révision du rôle de leader

«Un dirigeant est actuellement une sorte de super-héros qui doit tout savoir faire. Il doit être un expert capable de tuer des sommités, une personne intègre avec des fonctions de direction, capable de s'intégrer à ses collègues et je ne sais quoi d'autre. Une seule personne peut difficilement remplir toutes ces fonctions. Je pense qu'à l'avenir, nous devons utiliser les gens davantage en fonction de leurs capacités. [...]»
[Interview ID K, projet LeLa]

État des lieux d'un cadre médical

Comme l'illustre la citation d'introduction, le rôle de dirigeant médical comprend aujourd'hui une multitude de tâches et de responsabilités qui exigent des compétences à la fois professionnelles et personnelles.

 Une revue systématique de Berghout et al. (2017) décrit 34 aspects associés à une direction médicale réussie. Il s'agit entre autres des qualités et compétences suivantes:

- * Capacités de communication, de travail en équipe et de résolution de conflits
- * Capacité à s'imposer et conscience de l'importance de l'intégrité, associées à l'aptitude à travailler en équipe
- * Compétences de direction
- * Connaissances médicales spécialisées et compétences cliniques solides et actualisées
- * Connaissances en matière de gestion hospitalière et de système de santé
- * Combinaison des exigences cliniques et de gestion
- * Orientation qualité

Une grande crédibilité au sein du corps médical et une sensibilisation à la collaboration interdisciplinaire sont également utiles (Berghout et al., 2017).

Si l'on considère cette liste d'exigences posées aux cadres médicaux, on peut se demander dans quelle mesure un cadre médical peut ou doit effectivement maîtriser tous ces facteurs (van de Riet et al., 2019). Dans la pratique, il ressort d'une étude réalisée en Suisse romande que les jeunes cadres médicaux se sentent actuellement souvent insuffisamment préparés à leurs tâches de direction et de gestion - en particulier dans les domaines du style de direction, de la gestion d'équipe et de la gestion des conflits (Lüchinger et al., 2023).



Dans le cadre de ce projet, les questions centrales suivantes se sont également posées dans l'optique des futurs cadres médicaux:

Quelles tâches et combien de tâches sont réellement acceptables pour un futur cadre médical - et servent-elles aussi bien les patient(e)s, l'hôpital et les collaborateurs et collaboratrices, si le nombre de tâches reste le même ou augmente ?

Ces questions devraient être prises en compte à l'avenir lors de la refonte des modèles de carrière, qui peut impliquer une plus grande séparation entre les carrières spécialisées et les carrières de direction (voir chapitre 4.1.1).

Une première étape essentielle consiste à rendre visibles les tâches et les compétences, et ce dans deux perspectives: d'une part, en tant qu'instrument de gestion pour un meilleur pilotage et, d'autre part, en tant qu'élément central pour les cadres eux-mêmes afin qu'ils puissent remplir leur rôle de manière plus ciblée. Les bonnes pratiques présentées en page 57 montrent à quoi cela peut ressembler concrètement.



«Toutes les personnes impliquées doivent comprendre qui est responsable de quoi.»

Introduction d'un tableau de gouvernance comme instrument de gestion en médecine interne

Dans le monde du travail complexe d'un hôpital, il est essentiel d'établir des structures claires pour les responsabilités et les processus décisionnels. La Dr Eliška Potluková, médecin-chef en médecine interne et directrice du centre universitaire de médecine interne de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne, utilise un outil central pour garantir la transparence et l'efficacité organisationnelle: Un tableau de gouvernance qui donne à cette médecin expérimentée une vue d'ensemble complète des tâches et des responsabilités et qui constitue ainsi la base d'un développement de carrière équitable pour les médecins, en tenant compte des différentes phases de la vie des employé(e)s.



PD Dr. med. et phil. Eliška Potluková, MME

«Le terme <gouvernance> est d'abord étranger à de nombreux médecins, car il n'est pas courant dans la formation médicale», explique la médecin-chef. Un tableau de gouvernance est un document structuré qui présente clairement les tâches, les responsabilités et les pouvoirs de décision de tous les employé(e)s d'une organisation ou d'un service. Il définit clairement qui assume quel rôle, qui prend les décisions, qui doit être consulté et qui doit être informé. Grâce à cette transparence, le tableau de gouvernance favorise l'efficacité des processus, évite les malentendus et renforce la responsabilité au sein de l'équipe.

Les connaissances acquises lors d'études supérieures (Master of Medical Education) et le soutien d'un mentor ont aidé le médecin à mettre en œuvre ce concept de manière ciblée dans sa clinique. Avec son mentor, elle a développé une première version du tableau de gouvernance et l'a introduit dans sa clinique dans le cadre d'un projet pilote. Le tableau a été discuté avec l'équipe et affiné. Il sert maintenant à répartir et à sécuriser les tâches et les structures. Le tableau ne se limite pas à l'organisation opérationnelle de la clinique, il s'applique également à la formation continue et à la recherche. La médecin-chef nous fait part de son expérience et des enseignements qu'elle a tirés de la mise en œuvre de ce tableau.

«La création de ce tableau a demandé beaucoup de travail, mais il a permis à l'équipe de travailler dans le calme et la clarté.»

Avantages

Le tableau de gouvernance donne un aperçu clair des responsabilités de tous les membres de l'équipe et met en évidence les tâches potentielles et les parcours professionnels. Une répartition équitable des tâches et une clarification des responsabilités peuvent réduire les conflits et favoriser la coopération. Le tableau montre qui est responsable de quoi et offre ainsi une base plus objective pour les promotions. Les employé(e)s ont la possibilité d'identifier de nouveaux domaines de responsabilité adaptés à leur situation personnelle, ce qui favorise leur développement professionnel.

L'expérience montre que les employé(e)s qui réduisent leur temps de travail risquent de voir leur développement professionnel stagner. Le tableau offre l'avantage de rendre cette évolution transparente et permet de transférer des compétences décisionnelles qui favorisent la carrière professionnelle. La Dr Potlukova cite l'exemple d'une médecin-chef à temps partiel qui assume actuellement la responsabilité principale d'un groupe spécifique de patient(e)s et qui, malgré un temps de travail réduit, assume ainsi une responsabilité centrale.

Les difficultés à résoudre

Le tableau présente la répartition des tâches entre les différents médecins. Dans les cas où il apparaît que certaines personnes assument moins de tâches que d'autres, la divulgation du tableau pourrait au départ susciter une certaine résistance de la part des personnes concernées, selon le médecin. Néanmoins, elle favorise globalement une répartition équitable des tâches, ce qui contribue à soulager l'équipe et renforce potentiellement la satisfaction au travail. Une implication précoce de l'équipe et une communication transparente sur la valeur ajoutée du tableau favorisent l'acceptation et contribuent à promouvoir la confiance et l'équité à long terme.

Cela a éveillé ta curiosité?

Les étapes (possibles) suivantes te permettront de développer ton propre tableau de gouvernance (voir tableau 3).

1 Processus de création

Avant de pouvoir mettre en place le tableau de gouvernance dans un hôpital, il est conseillé, selon le médecin, de se faire accompagner par un mentor ou une personne expérimentée qui connaît déjà l'utilisation des

tableaux de gouvernance. Cela permet une utilisation efficace et fondée de l'instrument.

La première version du tableau doit être présentée à l'équipe, chaque membre ayant la possibilité de donner son avis au préalable. Un atelier collaboratif en équipe ou en comité de direction peut être utile pour discuter des rôles et des responsabilités.

2 Structure du tableau

Afin d'adapter le tableau aux besoins spécifiques de la clinique, les domaines de responsabilité doivent être clairement structurés et adaptés aux principales exigences cliniques. Les domaines pour lesquels un tel tableau vaut la peine d'être établi sont par exemple l'exploitation clinique (toutes les tâches importantes dans la gestion des patient(e)s et les soins cliniques), l'enseignement (formation continue et complémentaire des collaborateurs et collaboratrices, coaching de carrière/mentorat, y compris formations régulières et entretiens de feedback) et la recherche (activités scientifiques et académiques importantes pour la clinique).

Une structure garantit que tous les domaines de responsabilité pertinents sont organisés de manière systématique et claire et qu'ils répondent aux différentes exigences du quotidien de la clinique. La structure du tableau de gouvernance doit être conçue de manière à être facilement compréhensible pour tous les membres de l'équipe.

Pour les différents domaines (par exemple, l'exploitation clinique), le tableau est ensuite divisé horizontalement en noms et rôles des employé(e)s, de la direction de la clinique aux secrétaires en passant par les médecins-assistant(e)s. Verticalement, les domaines de responsabilité (pour chaque domaine) tels que le processus de recrutement, les entretiens d'évaluation, la gestion des patient(e)s, les programmes informatiques ou

Tableau 3. Présentation d'un tableau de gouvernance

| | Direction du centre | | Cadre dirigeant | | Cadre moyen | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tâches, activités, processus | Médecin-chef/ médecin-chef | Gestion du centre | Médecin-chef adjoint(e) | Médecin adjoint(e) | Chef/chef de clinique | Chef/chef de clinique | Chef/chef de clinique |
| Collaborateurs | n. n | n. n | n. n | n. n | n. n | n. n | n. n |
| Processus de recrutement | D, A, E | P, I, A, E | K, P, I, A, E | C, I | C, I | C, I | C, I |
| Planification des services | | | | | | D, C, P, I, A, E | D*, C, P, I, A, E |
| Coordination des patient(e)s hospitalisés | (E), C, I | | D, P, I, A, E | C, I | C, I | K, I | C, I |

Légende

D Pouvoir de décision
(E) Le droit « Veta »
P Planifier/coordonner

D* Pouvoir de décision en cas d'absence de la personne D

C Droit de consultation

O Donner des ordres

C Consultation/conseil facultatif (si nécessaire)

E Exécuter

I Information



Hôpital cantonal de Bâle-Campagne

d'autres sujets pertinents sont clairement présentés. Chaque tâche peut ensuite être classée dans l'une des catégories suivantes: Planifier/coordonner (P), Donner des ordres (O), Exécuter (E). En outre, la rubrique Information (I) indique qui doit être informé de la tâche en question ; la rubrique Pouvoir de décision (P) précise qui prend la décision finale (D), la rubrique Droit de consultation (C) indique qui doit être consulté. Un «D» ne doit être attribué qu'à une seule personne pour chaque domaine de responsabilité. Par exemple, la planification des services nécessite une suppléance, c'est pourquoi un D* (en suppléance) peut être ajouté. Le droit «Veta» ((E)) revient toujours au médecin-chef, mais ne doit être utilisé que dans des cas exceptionnels pour des tâches spécifiques.

3

Mise à jour et entretien réguliers

Mise à jour et entretien réguliers: selon la Dr Potlukova, un tableau de gouvernance doit être régulièrement vérifié et mis à jour afin de s'assurer qu'il reflète toujours la situation actuelle. Il est recommandé de mettre à jour le tableau au moins tous les six mois afin de s'assurer qu'il continue à refléter les changements structurels et de personnel dans la clinique. En outre, des ajustements doivent être effectués en cas de changements de personnel ou de structure afin de maintenir les responsabilités à jour. La mise à jour régulière du tableau est fastidieuse, mais peut contribuer de manière significative à l'amélioration et à la transparence de la gestion. Il faut également beaucoup de patience et de persévérance pour introduire un tel outil - mais du point de vue de la médecin-chef, l'effort en vaut clairement la peine.

Merci pour cet aperçu !



4.3 Champ d'action Coopération

Le champ d'action Coopération met en lumière les aspects de la collaboration entre les médecins et d'autres collègues qui doivent être pris en compte dans le cadre d'une gestion de carrière axée sur les différentes phases de la vie.

Les résultats de l'enquête sont tout d'abord présentés et complétés par les résultats de la recherche. Ensuite, le chapitre 4.3.1 est consacré - sur la base de ces données et des discussions en atelier - à la question de savoir comment concevoir une planification des services qui soit à la fois compatible et équitable. Le chapitre 4.3.2 aborde le jobsharing en tant que forme particulière de collaboration.

Le soutien social sur le lieu de travail est essentiel pour maîtriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Peter et al., 2021) et pour favoriser une carrière à long terme dans les hôpitaux.

La majorité des personnes dans l'hôpital comprennent les obligations notamment familiales: Dans la présente étude, plus de la moitié des personnes interrogées indiquent que les personnes travaillant dans leur propre hôpital font preuve de compréhension à l'égard des obligations notamment familiales (voir figure 21). Cependant, seul un quart d'entre eux rapportent que les collaborateurs et collaboratrices de l'hôpital sont soutenus lorsqu'ils souhaitent réduire les contraintes liées au travail (comme le service de nuit) pour des raisons privées (voir figure 22).

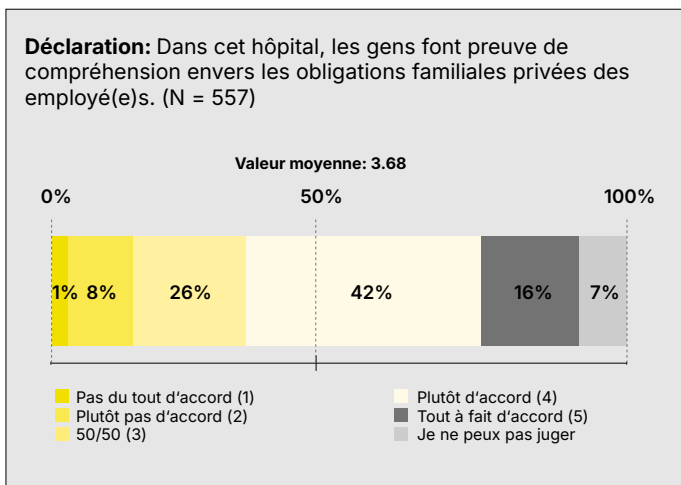


Figure 21. Compréhension des obligations familiales des collaborateurs et collaboratrices

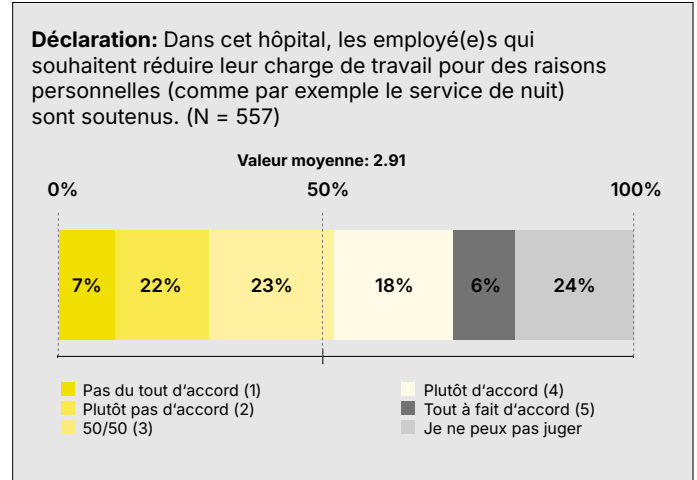


Figure 22. Soutien en cas de désir de sollicitations liées au travail

Le soutien actif des collègues est souvent présent: Au niveau de l'équipe, deux tiers des personnes interrogées estiment que leurs collègues les soutiennent lorsqu'elles réduisent leur temps de travail pour des raisons privées (voir figure 23).

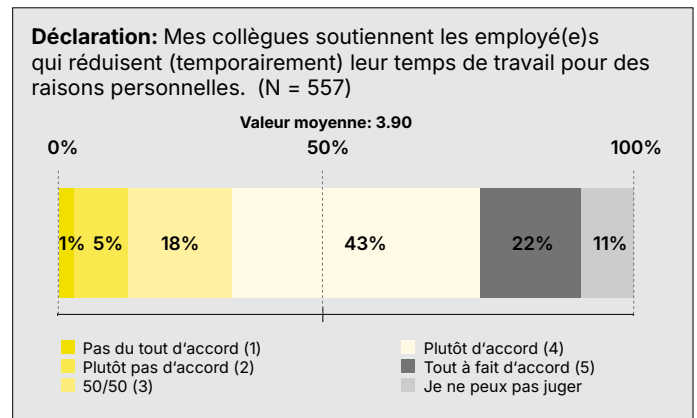


Figure 23. Soutien de la part de tes collègues pour réduire ton temps de travail

Les trois quarts des collègues remplacent les personnes qui doivent quitter leur travail en raison d'obligations privées (voir figure 24).

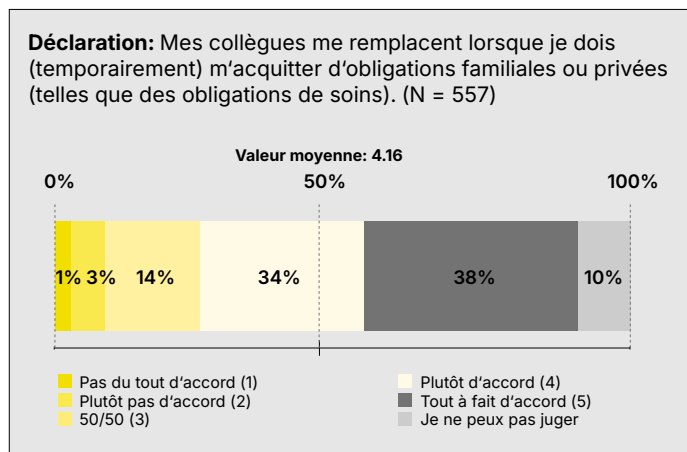


Figure 24. Les collègues te remplacent lorsque tu as des obligations familiales ou privées

Le surcroît de travail engendré par les modèles de temps de travail flexibles est perceptible:

Actuellement, les modèles de temps de travail flexibles entraînent un surcroît de travail perceptible pour les collègues, par exemple en raison d'un nombre accru de transmissions ou de planifications de service plus complexes. Le travail à temps partiel et les interruptions professionnelles, en particulier, influencent la collaboration au sein des équipes médicales: plus de la moitié des collaborateurs et collaboratrices interrogés indiquent que le mode de travail orienté vers la conciliation des membres de l'équipe est lié pour eux à un certain surcroît de travail. Plus de 20% parlent même d'un surcroît de travail important (voir figure 25).

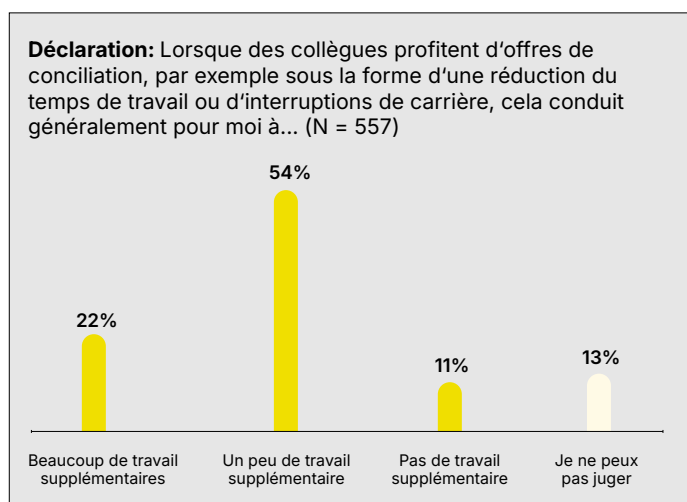


Figure 25. Surcroît de travail du point de vue des employé(e)s qui proposent des mesures de conciliation à leurs collègues

Les données montrent que malgré le surcroît de travail vécu, il y a beaucoup de soutien.

Une tension apparaît toutefois lorsqu'un déséquilibre subjectif apparaît dans la répartition de la charge de travail (équité de la répartition), comme l'illustre la figure 22.

Il convient donc d'accorder une attention particulière au thème de l'équité dans le travail quotidien:

«Il faut une répartition équitable. Il ne faut pas, par exemple, que ceux qui n'ont pas d'enfants soient désavantagés. Sinon, ce sont toujours eux qui restent plus tard le soir. Ce sont eux qui font tous les services et tout ça. Je pense qu'il est important de pouvoir gérer les services de manière un peu plus flexible. Je pense qu'il faut veiller à ce que cela soit résolu de manière équitable. Je ne sais pas si l'indemnisation financière est la seule solution. Mais j'ai l'impression que ces personnes qui veulent travailler 150 heures ou à 350% n'existent plus. Peu importe qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, avec ou sans enfants. La vie sociale devient de plus en plus importante et de nos jours, tout le monde est probablement content de pouvoir partir à l'heure ou du moins pas trop tard.»

[Interview ID T, projet LeLa]

Du point de vue de la recherche, l'équité peut être placée sous la notion de «justice organisationnelle». Celle-ci désigne la perception individuelle que les événements, les actions ou les décisions au sein d'une organisation correspondent à des normes équitables (Colquitt & Zipay, 2015). Les collaborateurs et collaboratrices évaluent leur lieu de travail sur la base de quatre dimensions centrales:

1. **L'équité distributive**, qui se réfère à la répartition équitable des ressources telles que le salaire ou la rémunération;
2. **L'équité procédurale**, qui garantit l'équité et la transparence des processus décisionnels;
3. **L'équité interpersonnelle**, qui met l'accent sur le traitement respectueux et digne de tous les employé(e)s et
4. **L'équité informationnelle**, qui englobe l'adéquation, l'honnêteté et la clarté des informations communiquées sur les décisions (Colquitt et al., 2001).

Selon Zhao et al. (2024), l'équité de la répartition et des procédures, en particulier, a un impact sur l'intention de fluctuation des employé(e)s du secteur de la santé. En d'autres termes, si les travailleurs estiment que la répartition des ressources et des opportunités ainsi que les processus qui conduisent à ces résultats sont équitables, ils sont moins susceptibles de vouloir quitter leur emploi. Ces dimensions d'équité constituent donc des variables d'influence importantes pour le maintien des professionnels de la santé.


Selon les médecins interviewés, la répartition équitable des ressources et des charges de travail ne se manifeste pas seulement, mais dans une large mesure, dans le cadre de la répartition des services, raison pour laquelle ce point est examiné plus en détail dans le chapitre suivant.

4.3.1 Planification des services équitable et axée sur la conciliation

«Je trouve qu'une planification des services plus structurée [...] est essentielle pour pouvoir mieux planifier sa vie personnelle.»
[Interview ID D, projet LeLa]

La planification des services a une influence essentielle sur la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Il est notamment essentiel de **communiquer** le plan de service **suffisamment tôt**:

«Il est important de planifier les services bien à l'avance (y compris les services de soutien) avec une certaine flexibilité pour les échanges avec les collègues. Chez nous, c'est très bien, le planning est établi deux mois à l'avance. Nous pouvons même indiquer quand nous aimerions travailler. Et puis, si on veut, on trouve toujours quelqu'un avec qui échanger.»
[Interview ID H, projet LeLa]

 Dans le même ordre d'idées, une étude menée dans le secteur suisse de la santé (Peter et al. 2021) a identifié plusieurs facteurs susceptibles de désamorcer le conflit entre vie professionnelle et vie privée chez les professionnels de la santé. Les principales conclusions montrent que la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée des professionnels de la santé y est liée,

- * dans quelle mesure ils peuvent influencer la planification des équipes (possibilité d'échanger entre les équipes),
- * dans quelle mesure leurs préférences individuelles sont prises en compte (par exemple, ne travailler que dans une équipe spécifique),
- * combien d'équipes doivent être effectuées par week-end
- * et les heures de travail par semaine.


D'autres indications pour une planification des services orientée vers la conciliation se trouvent dans une interview de la Dr Susanne Eichenberger du groupe Insel dans un guide pour la promotion de la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée (Frey et al., 2023, p. 62).


Comme mentionné au chapitre 4.3, la prise en compte de la charge de travail en équipe joue également un rôle central. **En conséquence, lors de la planification des services, il convient de trouver un équilibre entre la répartition équitable de la charge de travail entre les médecins et la prise en compte des questions de conciliation.**

Les processus de négociation sur la répartition des services peuvent renforcer le sentiment d'égalité de traitement, en particulier lorsqu'ils suivent le principe

suivant: *Les personnes ayant des obligations familiales n'ont pas (toujours) la priorité sur les collaborateurs et collaboratrices célibataires pouvant être engagés de manière flexible.*

Ce principe favorise l'équité organisationnelle, qui est un facteur essentiel pour un environnement de travail sain et productif. Elle influence de manière déterminante le bien-être des collaborateurs et collaboratrices ainsi que leur identification à l'organisation (Virtanen & Elovainio, 2018). Une interaction équilibrée entre le mode de vie individuel et la justice organisationnelle contribue de manière décisive à la motivation des collaborateurs et collaboratrices et à leur satisfaction au travail (Colquitt et al., 2001; Cropanzano et al., 2007).

 Pour ce faire, il peut être utile de classer systématiquement les équipes en fonction de leur niveau de stress (par exemple, le Shift Load Index selon Schmidt et al., 2024). Cela permet de planifier de manière plus ciblée et d'éviter que les travailleurs ne soient exposés durablement à des horaires de travail contraignants. Une étude sur la gestion de la charge de travail (Britt et al., 2024) se réfère en outre à la mise en œuvre de stratégies visant à gérer et à répartir plus uniformément la charge de travail. Il s'agit notamment d'optimiser les plans de personnel afin d'assurer une couverture adéquate pendant les périodes de pointe et de réduire le nombre de patient(e)s par médecin pendant les gardes. La question de la répartition de la charge de travail est également étroitement liée à celle de la rémunération ou des honoraires des collaborateurs et collaboratrices qui peuvent être utilisés de manière particulièrement flexible (éventuellement en fonction de la phase de vie).

 Selon les discussions des groupes de projet interdisciplinaires, les procédures suivantes peuvent soutenir une planification avancée des services en tenant compte des connaissances susmentionnées:

- * **Utilisation de la planification par Humanity Shift (basée sur l'IA):** l'intelligence artificielle est utilisée pour créer des plannings de service basés sur des paramètres prédéfinis tels que les préférences en matière de temps de travail, les exigences légales et la continuité de l'équipe. Les employé(e)s font part de leurs souhaits, et l'IA en tire un plan équitable et transparent. **Une équipe de recherche interdisciplinaire de la Haute école spécialisée bernoise** développe actuellement un outil de planification qui, grâce à l'intelligence artificielle, doit répartir équitablement les services (actuellement encore dans le domaine des soins) et prendre en compte les préférences individuelles.
- * **Les équipes qui s'auto-organisent** planifient leur travail de manière autonome, en agissant dans un cadre clairement défini. Cela implique que l'équipe se voit attribuer des plages horai-

res fixes, par exemple 2 à 3 heures par semaine ou par remplacement, qui sont exclusivement utilisées pour la coordination et la planification des tâches. Il est également essentiel que chaque membre de l'équipe respecte scrupuleusement les délais fixés. Le respect des engagements et la ponctualité dans l'exécution des tâches sont nécessaires pour que l'équipe puisse atteindre ses objectifs de manière efficace. Cette structure permet aux membres de l'équipe de travailler de manière autonome tout en restant organisés et concentrés sur leurs objectifs.

- * **Responsabilité structurée de l'équipe:** une équipe de trois personnes (par exemple deux médecins adjoint(e)s et un ou une assistant(e)) se charge de la planification des services. La composition de l'équipe peut être flexible, en fonction de la motivation et de l'expérience des participants. Il faut veiller à ce que les responsabilités soient réparties équitablement, afin d'éviter la concentration du pouvoir et de favoriser une prise de décision juste. Il faut veiller à ce que quelqu'un soit toujours disponible pour effectuer des changements de dernière minute et garantir ainsi la flexibilité et la capacité d'adaptation de l'équipe.
- * En plus de la conciliation entre vie professionnelle et vie privée, la planification des services devrait également inclure l'impact sur le salaire, par exemple en cas de services de nuit et de week-end. Il est particulièrement important que la **flexibilité** soit rémunérée de manière appropriée et valorisée, car cela contribue de manière significative à la motivation et à la satisfaction des employés.

4.3.2 Renforcer le partage de poste

«Je travaille en job sharing. Nous avons maintenant un taux d'occupation total de 115%. C'est plus avantageux pour l'hôpital que de payer des heures supplémentaires. C'est mieux pour les employé(e)s d'être payés. C'est beaucoup plus intéressant pour l'hôpital, sinon cela coûterait beaucoup plus cher. Je dirais que c'est une situation gagnant-gagnant.»

[Interview ID H, projet LeLa]

Le partage d'emploi en tant que forme de travail combine le caractère coopératif avec la flexibilisation du temps de travail, sous forme de travail à temps partiel. Un poste est occupé en commun dans le cadre d'une étroite collaboration. Ainsi, même les postes comportant un ensemble de tâches complexes peuvent être adaptés au temps partiel. Selon les déclarations des médecins interrogés, le jobsharing en tant que modèle de travail mobile et flexible n'est que rarement rencontré jusqu'à présent, mais il est salué par de nombreuses personnes interrogées. Sa mise en œuvre nécessite toutefois une planification minutieuse:

«[Je connais] deux cheffes de clinique qui ont travaillé chacune à 50% pour pouvoir s'occuper de leurs enfants et qui se sont partagé un poste à 100%. Il est donc difficile de procéder à des transferts plus fréquents, les informations sont parfois perdues et la prise en charge d'un patient n'est pas garantie dans son intégralité. Surtout si tu es chirurgien et que tu ne travailles pas à 100%, il est parfois difficile de concilier cela avec la planification des opérations.

Je pense que c'est avant tout le chirurgien qui devrait s'occuper du suivi postopératoire d'un patient. Mais si le chirurgien ne travaille qu'à 50%, cela n'est pas garanti.»

[Interview ID C, projet LeLa]

Le facteur central est que les partenaires d'un poste en job sharing se complètent en termes de qualifications professionnelles:

«Pour les postes en job sharing, il faut vraiment des personnes qui se complètent. Il faut qu'elles se trouvent et il faut peut-être l'annoncer en conséquence: nous recherchons un poste à 50/50 avec une personne qui s'intéresse peut-être davantage à la clinique et une personne qui s'intéresse davantage à l'organisation. Il faut que cela puisse se mettre en place proprement.»

[Interview ID Q, projet LeLa]

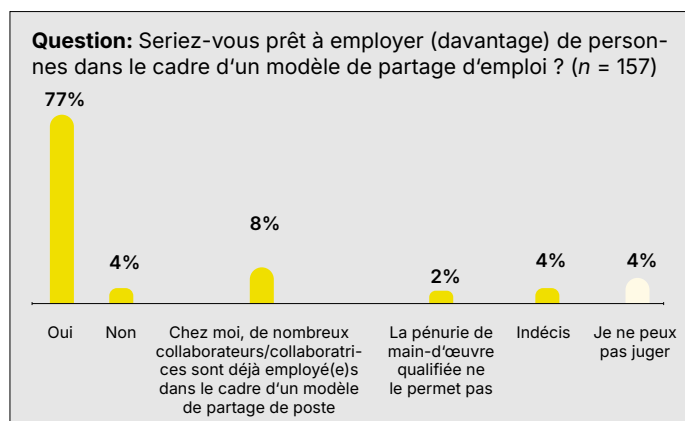



Figure 26. Estimation des cadres sur l'embauche de personnes dans un modèle de partage d'emploi

Dans l'ensemble, la plupart des cadres interrogés (77%) seraient prêts à engager davantage de personnes dans un modèle de partage de poste (voir figure 26). Pour tenir compte de l'aspect coopératif des transferts, il convient toutefois d'inclure les pourcentages de postes correspondants.

Le renforcement des possibilités de partage d'emploi est donc une mesure qui présente un grand potentiel.

 Un guide pratique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) explique ce que signifie le jobsharing pour les médecins et propose des conseils concrets pour la mise en œuvre, des stratégies de candidature et des témoignages. Vous trouverez le guide en français en cliquant sur le lien suivant: chuv-guide-partage-emploi.pdf

La Dr Noreen Hinrichs de l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne montre également comment le jobsharing peut être mis en œuvre concrètement et fait part de ses expériences dans ce modèle de temps de travail à la page 65.



Interview

Maîtriser l'exercice d'équilibriste: opportunités et défis du partage d'emploi en médecine interne

La Dr Noreen Hinrichs est cheffe de clinique en médecine interne à l'hôpital cantonal de Bâle-Campagne (Kantons-spital Baselland, KSBL). Outre sa formation de base en médecine interne, elle possède une expérience des soins intensifs et des urgences. Son parcours l'a menée en Suisse après avoir travaillé en Australie, en Italie, en Inde, en Allemagne et en Autriche. Elle se décrit comme une personne qui «aime toujours mettre les gaz», que ce soit en faisant de la recherche et de l'enseignement ou en faisant du bénévolat dans le domaine du sport. Au milieu de son quotidien à la clinique, la médecin prend un moment pour nous parler de son modèle de travail actuel, le partage d'emploi.



Dr. med. Noreen Hinrichs, cheffe de clinique en médecine interne

La décision d'opter pour le modèle du partage d'emploi est survenue avec le tournant personnel qu'a représenté le fait de devenir «maman». Cette forme d'emploi lui permet de concilier vie professionnelle et vie de famille sans avoir à renoncer à ses responsabilités professionnelles et au contact avec les patient(e)s.

Depuis janvier 2024, la Dr Hinrichs travaille à 60% à l'hôpital de Liestal avec sa partenaire de partage d'emploi. Elle travaille à la clinique les lundis et mardis, ainsi qu'un mercredi sur deux. Elle effectue les tâches

supplémentaires, telles que la rédaction de rapports et la préparation de la semaine, depuis son domicile. Dix pour cent de son temps de travail sont prévus pour ces tâches: «J'apprécie cette flexibilité. On peut aussi écrire des lettres depuis chez soi, ou se mettre à jour pendant le week-end, en fonction de ce qui convient le mieux avec son partenaire et la garde des enfants.»

Dans le quotidien de la clinique, la Dr Hinrichs et sa partenaire de job sharing se partagent la prise en charge des patient(e)s. Un élément central du modèle de job sharing est la transmission minutieuse des dossiers des patient(e)s. Afin de garantir la continuité et la qualité des soins aux patient(e)s, les deux partenaires de job sharing ont mis en place un système de transmission écrite détaillée par e-mail. «Au début, il était important de nous rencontrer en personne pour créer un climat de confiance et jeter les bases de notre collaboration», se souvient-elle. C'est ainsi qu'elles ont peu à peu mis au point une méthode de travail coordonnée et un rythme de transmission qui permet de passer d'un jour de travail à l'autre sans heurts. Pour les cas complexes, elles se servent toutefois aussi du téléphone et clarifient les questions en suspens lors d'un entretien direct.

La médecin parle ouvertement des avantages, mais aussi des défis du modèle de partage de poste. D'une part, elle bénéficie des perspectives et des diagnostics de sa partenaire, car chacune apporte ses propres points forts et ses éventuelles formations complémentaires. Alors que l'une a suivi une formation continue dans le domaine de l'anorexie ou de l'inféctiologie, l'autre possède par exemple un certificat en échographie. Ce «double» portefeuille peut d'une part enrichir le traitement des patient(e)s, mais d'autre part, le médecin-assistant peut également en profiter dans le cadre de sa formation continue. En même temps, ce modèle comporte aussi des défis: les deux médecins doivent accepter les plans de traitement de

l'autre et rester flexibles. «Souvent, en médecine, il y a plusieurs chemins qui mènent au but. Ce serait déroutant pour l'équipe et les patient(e)s si chacun de nous suivait son propre chemin dans de tels cas», explique-t-elle. Dans de tels cas, la capacité d'adaptation est cruciale pour elle. La Dr Hinrichs décrit également la charge de travail plus importante, le nombre plus élevé de cas, qui se produit lorsqu'elle n'est à la clinique que 2 à 3 jours par semaine et que de nombreux nouveaux patient(e)s attendent déjà: «C'est l'un des défis, mais je trouve aussi que c'est un enrichissement incroyable, car cela permet de voir plus de choses.»

Les défis persistent également en dehors de l'hôpital: pour que la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle soit possible, il faut que la société offre des conditions-cadres favorables. Elle considère notamment que les horaires de garde limités dans les jardins d'enfants suisses restent un défi pour le personnel médical.

Elle exprime sa gratitude envers ses supérieurs au KSBL de Liestal, qui encouragent activement le modèle

de partage d'emploi et répondent aux besoins de leurs employé(e)s. Ses collègues soutiennent également son modèle de temps de travail. Le modèle de partage d'emploi est une solution idéale pour elle dans sa phase de vie actuelle. À l'avenir, elle pourrait toutefois envisager d'augmenter ses heures de travail.

Elle conclut en résumant que les modèles de partage d'emploi offrent en particulier aux femmes et aux hommes ayant de jeunes enfants la possibilité de reprendre plus tôt une activité professionnelle. Et pour les cliniques, le partage d'emploi est également une excellente occasion d'attirer et de retenir du personnel qualifié. Dans son cas, le KSBL a trouvé un partenaire de partage d'emploi appropriée après qu'elle a posé sa candidature.

Il est surtout important d'aborder ce modèle avec ouverture d'esprit et flexibilité et d'être enthousiaste à l'idée de travailler ensemble.

Nous vous remercions pour cet interview!

CHAPITRE 5

**LE DÉVELOPPEMENT
ORGANISATIONNEL
DANS LE CONTEXTE
MÉDICAL HOSPITALIER
- UNE PERSPECTIVE
DE PSYCHOLOGIE
DU TRAVAIL**

5. Le développement organisationnel dans le contexte médical hospitalier - une perspective de psychologie du travail

Depuis plus de trois ans, l'équipe de recherche de la Haute école de psychologie appliquée accompagne différents hôpitaux dans la mise en œuvre de mesures dans le domaine de la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée, de l'aménagement des horaires de travail en fonction des phases de la vie et du maintien de la santé des médecins. La mise en œuvre de mesures s'accompagne généralement d'un processus de développement organisationnel. C'est-à-dire au moyen d'une «stratégie de changement planifié et systématique, qui s'opère en influençant la structure organisationnelle, la culture d'entreprise et le comportement individuel, et ce avec la plus grande participation possible des travailleurs concernés» (Maier & Schewe, 2018).

Les retours des acteurs impliqués, les observations et les conclusions de la recherche sur la mise en œuvre permettent de dégager les principaux défis et facteurs de réussite de différents projets. Les idées et approches suivantes reflètent une perspective de psychologie du travail et sont empreintes de curiosité, d'estime et d'impartialité, dans l'esprit des attitudes systémiques de base. L'accent est mis sur la reconnaissance du travail exigeant des médecins et des spécialistes RH dans les hôpitaux. Parallèlement, une réflexion critique sur des hypothèses prétendument indiscutables est encouragée.

5.1 Défis du processus de développement organisationnel

1. **Le corps médical est sous pression:** la charge de travail et l'intensité du travail des médecins constituent un obstacle bien connu à la mise en œuvre de mesures dans le secteur de la santé (Tsarouha et al. 2021). La participation du personnel médical à des projets de développement organisationnel n'est généralement pas prévue, ce qui rend difficile la participation active aux processus de changement.
2. **La collaboration entre les spécialistes des ressources humaines et le personnel médical** joue un rôle important dans la réussite de la transformation des systèmes de santé (Tataw, 2012). Bien que les tâches des spécialistes des ressources humaines soient essentielles à la bonne prestation des services de santé, les compétences et les ressources de ces derniers sont souvent négligées dans le secteur hospitalier (Townsend et al., 2013). Par conséquent, même les mesures existantes sont souvent mal connues et les précédentes tentatives d'information sont restées sans effet. Cela s'explique par le fait que le corps médical n'est pas suffisamment informé des possibilités de soutien et des compétences des RH («Les RH ne font que payer mon salaire»; «C'est à moi de décider

qui travaille comme médecin dans mon équipe»). Cette situation peut être aggravée par la distance sociale et géographique perçue entre les services des ressources humaines et le quotidien clinique des médecins («Je n'ai jamais vu personne des RH ici.»).

3. Lorsqu'il s'agit concrètement de mettre en place des mesures de psychologie du travail, on peut décrire les réactions suivantes, qui concernent principalement les mesures à long terme ayant un impact culturel:

Réaction 1: au début, on constate souvent dans les hôpitaux un consensus sur la nécessité d'agir et la pression pour mettre en œuvre des mesures visant à améliorer la conciliation entre vie professionnelle et vie privée des employé(e)s.

Réaction 2: la pression pour agir se heurte à un manque de temps et de ressources financières. Le manque de temps fait lui-même partie de la culture de certains hôpitaux.

Réaction 3: les acteurs impliqués sont soumis à la pression de la direction de l'hôpital et/ou du comité de direction médicale. Cela concerne en particulier les projets à long terme. Comme cela a été décrit à plusieurs reprises, une grande partie des projets de psychologie du travail visent à donner une impulsion pour un changement de culture à l'hôpital. Les processus culturels prennent du temps.

Réaction 4: l'une des conséquences est la tentation de se concentrer sur ce que l'on appelle les «quick wins» ou «low hanging fruits», c'est-à-dire les interventions rapides et peu coûteuses. Celles-ci sont plus faciles à faire accepter par la direction. En revanche, les interventions longues et coûteuses nécessitent un argumentaire solide de la part des personnes concernées, le soutien de la direction de la clinique et un ancrage structurel qui fonctionne indépendamment des personnes. L'un des principaux défis à relever lors de la mise en œuvre de mesures durables et ayant un impact culturel réside donc dans le risque décrit d'une focalisation exclusive sur ces succès à court terme («quick wins») ou dans le déplacement de l'accent sur d'autres sujets, même en cas de forte pression pour agir. Cela peut conduire à ce que les changements structurels nécessaires soient négligés ou complètement contournés.

5.2 Facteurs de réussite: approches pour une mise en œuvre durable des mesures

Sur la base de l'expérience acquise dans le cadre du projet, différents facteurs de réussite peuvent être mis en évidence pour une mise en œuvre durablement efficace des mesures. En premier lieu, le principe de l'adéquation des réactions à la pression d'agir: pour une mise en œuvre efficace, il vaut la peine de s'assurer que les mesures correspondent aux besoins réels et que les préoccupations des médecins de tous les niveaux de fonction sont prises au sérieux. Il est décisif que les mesures aient un véritable caractère de changement et que leur effet soit perceptible dans le travail quotidien. Il faut viser des améliorations culturelles, structurelles et procédurales, comme cela a pu être démontré dans les exemples de bonnes pratiques présentés.

- ✓ **Développer les relations avec les RH:** les professionnels des RH ayant une expertise en développement organisationnel sont indispensables pour obtenir des changements durables. Le dialogue interdisciplinaire entre les RH et le corps médical peut donner des impulsions décisives. Les bonnes pratiques, les interviews et les témoignages contenus dans ce manuel illustrent l'importance de cette collaboration. Un enseignement central de la série d'ateliers de ce projet: «Je dois parler davantage avec les RH». Il y a un potentiel dans la collaboration entre les RH et le corps médical.
- ✓ **Projets pilotes en tant qu'entrée en matière stratégique:** une approche prometteuse peut consister à tester d'abord des mesures de manière ciblée dans certaines cliniques ou certains services d'un hôpital, à tirer les leçons des expériences acquises et à étendre ensuite progressivement les concepts réussis à d'autres domaines.
- ✓ **Implication de la direction médicale:** le soutien et la participation active des médecins-chef(fe)s sont d'une importance capitale. En tant que «gatekeeper» au sein du corps médical, ils jouent un rôle clé dans l'acceptation et la mise en œuvre de nouvelles mesures. Leur conviction et leur engagement sont décisifs pour le succès des changements à long terme.
- ✓ **Mise à disposition de ressources:** les mesures dans le domaine de la gestion des carrières en fonction des phases de la vie devraient faire partie intégrante des réflexions stratégiques à long terme d'un hôpital. L'allocation consciente de ressources financières et humaines en fait partie, afin de garantir une mise en œuvre réussie.
- ✓ **Une libération ciblée des médecins: ils doivent être libérés de leur travail clinique quotidien**
Pour que le personnel médical puisse être intégré de manière judicieuse dans des projets de grande envergure malgré des ressources temporelles limitées, il est nécessaire de le libérer de manière ciblée de son quotidien clinique. Cette libération présuppose une sensibilisation élevée et une conscience aiguë du problème de la part des directions des cliniques. Ce n'est que si elles reconnaissent la valeur ajoutée de la participation des médecins et procèdent à des adaptations structurelles que les processus de changement peuvent être organisés de manière durable et pratique.
- ✓ **Adaptation des mesures de changement au quotidien de la clinique concernée:** pour une mise en œuvre réussie et durable des mesures, il est indispensable d'impliquer activement le groupe cible (Damschroder, 2009). Les mesures développées sans lien pratique avec la réalité clinique ou sans implication du corps médical peuvent réduire considérablement leur acceptation et leur efficacité. En conséquence, il est essentiel que les mesures de développement du personnel et de l'organisation soient adaptées aux exigences réelles et au travail quotidien dans l'établissement hospitalier.
- ✓ **Catégorisation systématique des mesures:** une priorisation systématique garantit que les paquets de mesures contiennent non seulement des solutions à court terme, faciles à mettre en œuvre, mais aussi des développements culturels à long terme. Une approche échelonnée peut être utile à cet effet: les mesures sont classées en différentes catégories, les succès à court terme servant par exemple de premières étapes. Ainsi, l'accent est maintenu sur les mesures à long terme et leur mise en œuvre est assurée.
- ✓ **Faites le bien et parlez-en:** le changement ne se fait pas tout seul - il a besoin de structures, de personnes engagées et de modèles qui conduisent le changement. Un changement réussi nécessite donc une action collective. Lorsqu'un changement est réalisé, il peut et doit être diffusé à l'extérieur. C'est ainsi que l'on peut apprendre les uns des autres, comme cela a été démontré dans nos ateliers interhospitaliers.

CHAPITRE 6
PERSPECTIVES

6. Perspectives

Nous espérons que ce manuel vous a apporté, chères lectrices et chers lecteurs, de précieuses connaissances et de nouvelles impulsions. Nous, les auteurs, avons pu constater un grand engagement de la part de nos partenaires de projet pour ce thème. En même temps, il est clair qu'il faut continuer à agir. C'est pourquoi nous restons attaché(e)s à ce thème et souhaitons vous donner ici un premier aperçu des projets futurs.

6.1 Registre des grands moments

Nous avons créé le registre des grands moments afin de rassembler et de rendre publiques d'autres histoires de succès concernant la gestion de la carrière en fonction des phases de la vie dans les hôpitaux suisses. Contribuez vous aussi à rassembler des exemples tirés du quotidien hospitalier qui aident à mieux concilier le quotidien clinique avec la vie privée et ses exigences et/ou qui permettent de (mieux) réaliser ses propres idées de carrière.

Vous trouverez le code QR du registre ici:
Registre des grands moments



6.2 Projets ultérieurs

Dans le projet suivant «MedHR-Kompass: mise en œuvre d'une Life-Domain-Balance et d'une organisation de la carrière avec des chances égales dans le quotidien de la clinique. Un outil de navigation pour les médecins et les spécialistes RH» (durée du projet: 2025-2027) doit aider les cliniques et leurs spécialistes RH à mettre en œuvre de manière efficace et autonome une organisation des tâches et des carrières axée sur la conciliation pour les médecins hospitaliers.

Pour ce faire, l'outil «MedHR-Kompass» est développé et testé avec différentes cliniques. Il se compose d'un questionnaire succinct permettant de saisir la situation actuelle ainsi que d'un self-guide qui soutient le processus de mise en œuvre et guide les utilisateurs de manière ciblée vers les connaissances existantes issues de projets déjà réalisés avec succès.

Pour plus d'informations sur le projet et une éventuelle participation, contactez-nous.

6.3 Coordonnées de l'équipe de projet

N'hésitez pas à nous contacter pour toute question relative à la psychologie du travail et de l'organisation dans le secteur de la santé:

Direction et mise en œuvre du projet:



Janna Küllenberg

Dr phil., M.Sc. Psych.
Conseillère et thérapeute systémique (DGSF),
Cheffe de projet
Haute école de psychologie appliquée FHNW
janna.kuellenberg@fhnw.ch
+41 62 957 29 32



Julia Frey

Psychologue du travail M.Sc., coach,
Haute école de psychologie appliquée FHNW
julia.frey@fhnw.ch
+41 62 957 29 75

Équipe de projet élargie:



Alain Soltermann

Psychologue M.Sc.
Collaborateur scientifique,
Haute école de psychologie appliquée FHNW
alain.soltermann@fhnw.ch
T +41 62 957 29 34



Barbara Germann

Psychologue M.Sc.
Collaboratrice scientifique
Haute école de psychologie appliquée FHNW
barbara.germann@fhnw.ch
T +41 62 957 30 28

Bibliographie

- Aebi, C., Kühni, R., Suri, P., & Schellinger, J. (2018). Teilzeitarbeit auf mittlerer Kaderstufe – eine spezielle Herausforderung im Krankenhaus [Part-time work at middle management level - a special challenge in hospitals]. In K. Tokarski, J. Schellinger, & P. Berchtold (Hrsg.), *Strategische Organisation* (S. 225-258). Springer Gabler.
- Aluttis, C., Bishaw, T., & Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global health action*, 7(1), 23611. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611>
- BAG [Bundesamt für Gesundheit]. (2019). *Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- BAG [Bundesamt für Gesundheit]. (2024, März). *Ärztinnen und Ärzte 2023*. Auszug aus dem Medizinalberuferegister. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI).
- Baruch, Y. (2004). Transforming careers: from linear to multidirectional career paths. *Career Development International*, 9(1), 58–73. <https://doi.org/10.1108/13620430410518147>
- Berger, J., Osterloh, M., & Rost, K. (2020). *Focal random selection closes the gender gap in competitiveness*. *Science advances*, 6(47), eabb2142.
- Berghout, M. A., Fabbriotti, I. N., Buljac-Samardžić, M., & Hilders, C. G. (2017). Medical leaders or masters?—A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLOS ONE*, 12(9), e0184522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522>
- Biemann, T., Zacher, H., & Feldman, D. C. (2012). Career patterns: A twenty-year panel study. *Journal of Vocational Behavior*, 81(2), 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.06.003>
- Bolliger, C., Golder, L., & Jans, C. (2016, Mai). *Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit [The exit from curative medical practice]*. Schlussbericht. Verband der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) & Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). https://vsao.ch/wp-content/uploads/2019/11/Schlussbericht-Studie-Berufsausstieg-2016_DE.pdf
- Born, M., Küllenberg, J., Drews, A., Bossmann, U., Zwack, J., Gündel, H., & Schweitzer, J. (2022). The effects of a dilemma management training program on mental health: a prospective study with mid-level executives in hospitals. *Leadership in Health Services*, 35(4), 537–558. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2022-0024>
- Britt, T. W., Pirralo, R. G., Rosopa, P. J., Hirsh, E., Moschella, P., Bessey, A. F., Klinefelter, Z., Barrows, C., Reddy, K., Faulkner, M., & Fowler, L. A. (2024). Perceived Work Demands and Emergency Department Crowding as Predictors of Objective Stress among Emergency Physicians: A Shift-Level Approach. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000003126>
- Buddeberg-Fischer, B., & Stamm, M. (2012). *Mentoring in der Medizin: Formen, Konzepte und Erfahrungen: Bericht über Mentoring-Programme am Universitätsspital und an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich 2002–2011*. Staatssekretariat für Bildung und Forschung SBF.
- Brousseau, K. R., Driver, M. J., Eneroth, K., & Larson, R. (1996). Career pandemonium: Realigning organizations and individuals. *Academy of Management Perspectives*, 10(4), 52–66.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 249–276. <https://doi.org/10.1006/jvbe.1999.1713>
- Carlson, D. S., & Frone, M. R. (2003). Relation of behavioral and psychological involvement to a new four-factor conceptualization of work–family interference. *Journal of Business and Psychology*, 17, 515–535. <https://doi.org/10.1023/A:1023404302295>
- Cho, Y. I., Johnson, T. P., & Van Geest, J. B. (2013). Enhancing Surveys of Health Care Professionals: A Meta-Analysis of Techniques to Improve Response. *Evaluation & the Health Professions*, 36(3), 382–407. <https://doi.org/10.1177/0163278713496425>

- Colquitt, J. A., Conlon, D. E., Wesson, M. J., Porter, C. O., & Ng, K. Y. (2001). Justice at the millennium: A meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 425–445. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.425>
- Colquitt, J. A., & Zipay, K. P. (2015). Justice, fairness, and employee reactions. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2(1), 75–99. <https://10.1146/annurev-orgpsych-032414-111457>
- Cornelius, C., Deffner, T., Hill, A., Rohlfes, C., Ellner, B., Klarmann, S., Riedel, S., Pelz, S., Kopp, S., Borgstedt, L., Freund, D., Schöpfel, A., Meybohm, P., Walcher, F., Brenner, T., & Klenke, S. (2024). Positionspapier zum Arbeiten in der Schwangerschaft auf der Intensivstation. *Med Klin Intensivmed Notfmed*, 119, 364–372. <https://doi.org/10.1007/s00063-024-01122-2>
- Cropanzano, R., Bowen, D. E., & Gilliland, S. W. (2007). The management of organizational justice. *Academy of Management Perspectives*, 21(4), 34–48. <https://doi.org/10.5465/amp.2007.27895338>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Deal, T., & Kennedy, A. (1982). *Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life*. Addison-Wesley.
- Dikkers, J. S. E., Geurts, S. A. E., Den Dulk, L., Peper, B., Taris, T. W., & Kompier, M. A. J. (2007). Dimensions of work-home culture and their relations with the use of work-home arrangements and work-home interaction. *Work & Stress*, 21(2), 155–172. <https://doi.org/10.1080/02678370701442190>
- Drescher, R., Freesmeyer, M., & Krausslach, H. (2013). Strukturierte Karrieremodelle für Fachärzte: Standortvorteil zur Personalbindung. *Deutsches Ärzteblatt*, 110, A984–A987.
- Evers, A., & Sieverding, M. (2014). Why do Highly Qualified Women (Still) Earn Less? Gender Differences in Long-Term Predictors of Career Success. *Psychology of Women Quarterly*, 38(1), 93–106. <https://doi.org/10.1177/0361684313498071>
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Faes, S., Ferreirinha, J., & Weber, M. (2024). Compatibility of Family Planning and Surgical Training in Switzerland. *British Journal of Surgery*, 111(Supplement_3), znae118-019. <https://doi.org/10.1093/bjs/znae118.019>
- Fairchild, D. G., McLoughlin, K. S., Gharib, S., Horsky, J., Portnow, M., Richter, J., Gagliano, N., & Bates, D. W. (2001). Productivity, quality, and patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 16(7), 663–667. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.01111.x>
- Frey, J., Kwakye, D., & Liebig, B. (2023). *Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben von Spitalärztinnen und -ärzten: Eine Wegleitung [Work-life balance for hospital physicians: A guide]*. Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW, Institut für Kooperationsforschung und -entwicklung. <https://doi.org/10.26041/fhnw-4793>
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. (2022). *Charta Ärztegesundheit*. <https://www.fmh.ch/files/pdf27/charta-aerztegesundheit-charte-sur-la-sante-des-medecins.pdf>
- FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (2024). *Befragung zum ärztlichen Arbeitsumfeld im Auftrag der FMH* | Cockpit gfs.bern AG. <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/begleituntersuchung-fmh-2024/>
- Germann, B., Frey, J., Soltermann, A., & Küllenberg, J. (in review). „A good physician works full-time?“ – A mixed-methods study on (mis)conceptions of part-time work in hospitals. Manuscript submitted for publication.
- Greiser-Evain, A., Plebani, M., Dumusc, A., & Devillers, S. (2021). Harcèlement, sexisme et inégalité de genre dans les hôpitaux romands. *Revue Medical Suisse*, 17(850–3). <https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.736.0850>
- Grothe, G., & Staffelbach, B. (Hrsg.). (2020). Schweizer HR-Barometer 2020: *Digitalisierung und Generationen*. Universitäten Luzern, Zürich und ETH Zürich.

- He, J. C., Kang, S. K., & Lacetera, N. (2021). Opt-out choice framing attenuates gender differences in the decision to compete in the laboratory and in the field. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(42), e2108337118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2108337118>
- Hennel, E. K., Subotic, U., Berendonk, C., Stricker, D., Harendza, S., & Huwendiek, S. (2020). A german-language competency-based multisource feedback instrument for residents: development and validity evidence. *BMC medical education*, 20, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02259-2>
- Henry-Noel, N., Bishop, M., Gwede, C. K., Petkova, E., & Szumacher, E. (2019). Mentorship in Medicine and Other Health Professions. *Journal of Cancer Education*, 34(4), 629–637. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1360-6>
- Heuss, S., & Datta, S. (2020). *Studienerkenntnisse für eine verbesserte Kommunikation zwischen Generationen im Spital: Ein praxisnaher Spitalbericht*. Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. https://www.fhnw.ch/de/personen/sabina-heuss/spitalbericht_kommunikation_fhnw.pdf
- Hirschi, A. (2017). Karriere- und Talentmanagement in Unternehmen [Career and talent management in organizations]. In S. Kauffeld & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Laufbahnmanagement und Karriereplanung* (S. 1–17). Springer.
- Hofmeister, D., Rothe, K., Alfermann, D., & Brähler, E. (2010). Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen* (S. 159–173). Report Versorgungsforschung, Band 2.
- Kato, H., Jena, A. B., Figueroa, J. F., & Tsugawa, Y. (2021). Association between physician part-time clinical work and patient outcomes. *JAMA Internal Medicine*, 181(11), 1461–1469. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.5247>
- Kauffeld, S., Brennecke, J., & Strack, M. (2009). Erfolge sichtbar machen: Das Massnahmen-Erfolgs-Inventar (MEI) zur Bewertung von Trainings. In *Handbuch Kompetenzentwicklung* (S. 55–78). Schäffer-Poeschel.
- Kauffeld, S., Endrejat, P. C., & Richter, H. (2018). *Organisationsentwicklung. In Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor* (S. 73–104). Springer.
- Kellogg, K. C. (2003). *Challenging Operations. Medical Reform and Resistance in Surgery*. University of Chicago Press.
- Küllenberg, J., & Schweitzer, J. (Hrsg.). (2022). *Medizinische Organisationspsychologie für das Krankenhaus: Systemische Beratung in einem fordernden Umfeld*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Knecht, M., Bauer, G., & Hämmig, O. (2010). Work-life conflict and health among Swiss physicians – In comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. *Swiss Medical Weekly*, 140(27–28), w13063. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13063>
- Kraimer, M. L., Seibert, S. E., Wayne, S. J., Liden, R. C., & Bravo, J. (2011). Antecedents and outcomes of organizational support for development: The critical role of career opportunities. *Journal of Applied Psychology*, 96(3), 485–500. <https://doi.org/10.1037/a0021452>
- Krott, N.R., Marheinecke, R., Oettingen, G. (2019). *Mentale Kontrastierung und WOOP fördern Einsicht und Veränderung*. In: Rietmann, S., Deing, P. (eds) *Psychologie der Selbststeuerung*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24211-4_9
- Latzke, M., Schneidhofer, T. M., Mayrhofer, W., & Pernkopf, K. (2019). Karriereforschung: Konzeptioneller Rahmen, zentrale Diskurse und neue Forschungsfelder. In S. Kauffeld & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement* (Springer Reference Psychologie). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48750-1_41
- Lüchinger, R., Audétat, M.-C., Bajwa, N. M., Bréchet-Bachmann, A.-C., Guessous, I., Richard-Lepouriel, H., Dominicé Dao, M., & Junod Perron, N. (2023). French-speaking Swiss physicians' perceptions and perspectives regarding their competencies and training needs in leadership and management: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 23, 1095. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10081-x>

- Maier, G. W., & Schewe, G. (2018). Organisationsentwicklung. In *Gabler Wirtschaftslexikon*. Gabler Verlag. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/organisationsentwicklung-43924/version-267246>
- Meldau, S. (2022). Mitarbeitergespräche führen. In S. Kaudela-Baum, S. Meldau, & M. Brassler (Hrsg.), *Leadership und People Management* (S. 20–34). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35521-0_20
- Nurmala, N., & Hermina, U. N. (2024). Talent management: Preparing future leaders. *International Journal of Business, Economics and Management*. <https://doi.org/10.21744/ijbem.v7n3.2314>
- Oostra, R. (2016). Physician leadership: A central strategy to transforming healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 32(3). PMID: 27125046
- Peter, K. A., Halfens, R. J. G., Hahn, S., & Schols, J. M. G. A. (2021). Factors associated with work-private life conflict and leadership qualities among line managers of health professionals in Swiss acute and rehabilitation hospitals - a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06092-1>
- Prentice, D. A., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26(4), 269-281. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.t01-1-00066>
- Rusconi, A., & Solga, H. (2011). Gemeinsam Karriere machen: Die Verflechtung von Berufskarrieren und Familie in Akademikerpartnerschaften. In *Gemeinsam Karriere machen: Die Verflechtung von Berufskarrieren und Familie in Akademikerpartnerschaften*. Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/86649365>
- Rüegg-Stürm, J. (2008). Führung ist nicht gleich Führung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(23), 1025–1027.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Scheffler, R. M., & Arnold, D. R. (2019). Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 14(2), 274-290. <https://doi.org/10.1017/S174413311700055X>
- Schmidt, L. S., Perez, C., Valero, B., Schlatter, S., Fraticelli, L., Tazarourte, K., Mazza, S., & Douplat, M. (2024). The burden of shift schedules: development and theoretical cross-validation of the Shift Load Index for optimised recovery and emergency department planning. Preprint under Review at *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5314630/v1>
- Tataw, D. (2012). Toward human resource management in inter-professional health practice: Linking organizational culture, group identity, and individual autonomy. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(2), 130-149. <https://doi.org/10.1002/hpm.2102>
- Townsend, K. L., Lawrence, S. A., & Wilkinson, A. (2013). The role of hospitals' HRM in shaping clinical performance: A holistic approach. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3062-3085. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.775028>
- Tsarouha, E., Stuber, F., Seifried-Dübon, T., & Schablon, A. (2021). Reflection on leadership behavior: Potentials and limits in the implementation of stress-preventive leadership of middle management in hospitals – A qualitative evaluation of a participatory developed intervention. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00339-7>
- van de Riet, M. C. P., Berghout, M. A., Buljac-Samardžić, M., van Exel, J., & Hilders, C. G. J. M. (2019). What makes an ideal hospital-based medical leader? Three views of healthcare professionals and managers: A case study. *PLOS ONE*, 14(6), 1–18. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0218095>
- Virtanen, M., & Elovainio, M. (2018). Justice at the Workplace: A Review. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(2), 306–315. <https://doi.org/10.1017/S0963180117000639>
- vsao [Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte]. *Bürokratie in den Spitälern*. <https://vsao.ch/politik/buerokratie-in-den-spitaelern/#buerokratie>

Wu, H. & Chen, Y. (2020). The Impact of Work from Home (WFH) on Workload and Productivity in Terms of Different Tasks and Occupations. In: Stephanidis, C., et al. HCl International 2020 – Late Breaking Papers: Interaction, Knowledge and Social Media. HCII 2020. *Lecture Notes in Computer Science*, vol 12427. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-60152-2_52

Zhao, S., Ma, Z., Li, H., Wang, Z., Wang, Y., & Ma, H. (2024). The Impact of Organizational Justice on Turnover Intention Among Primary Healthcare Workers: The Mediating Role of Work Motivation. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 3017–3028. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s486535>

Zwack, J., Bodenstein, U., Mundle, G., & Schweitzer, J. (2012). Pathogenetische und salutogenetische Aspekte der Ärztegesundheit–eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte. *Psychiatrische Praxis*, 39(04), 181-188. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1298975>



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie