



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion **2020-2021**

Date du Jury : **Octobre 2021**

**Quelle communication entre médecins
et directeurs pour une gouvernance
efficace à l'hôpital ?
Etude au GHT Sud Bretagne.**

Claire BRU

Remerciements

A l'heure de finir mon stage au Groupe hospitalier Bretagne Sud, mes premiers remerciements vont à Alain Philibert, Directeur général adjoint mais surtout maître de stage, pour son accompagnement paisible et sa patience à répondre à mes (innombrables) questions.

A sa suite, je tiens également à remercier Fabienne Ory-Balluais, Directrice des affaires et des coopérations médicales et de la recherche, pour son accompagnement dans la conception de ce mémoire, ainsi que l'ensemble des personnes, médecins et directeurs, qui ont bien voulu participer, parfois longuement, à cette enquête.

J'adresse ma gratitude à Thierry Gamond-Rius, Directeur général du GHBS, et à l'ensemble de l'équipe de direction de l'établissement, pour leur accueil et mon intégration dans leur quotidien.

Cet accueil a également été très cordial à l'EPSM Charcot ; je tiens à en remercier tous les directeurs, et en particulier Ophélie Renouard, cheffe d'établissement, pour la confiance qu'elle m'a accordée pendant ce stage.

Tous mes remerciements vont aussi à Philippe Seux pour sa présence chaleureuse et rassurante dès mes premiers pas au GHBS, et à l'équipe de la Direction des achats et de la logistique pour la bonne humeur qui a toujours régné autour de mon bureau.

Merci à l'ensemble des professionnels du GHBS que j'ai rencontrés et côtoyés au cours de ces deux stages, pour leur accueil également et pour la connaissance qu'ils m'ont permis d'acquérir sur le fonctionnement de l'hôpital.

Enfin, merci à Elise Fanène pour son enthousiasme et la découverte du kig ha farz, et à Louise Soquet pour nos déjeuners réconfortants (qui ont trop peu duré !).

Sommaire

Introduction	1
1 La communication entre médecins et directeurs, une communication multi-dimensionnelle	7
1.1 Les enjeux de la communication médecins-directeurs : communiquer au service d'un objectif commun	7
1.1.1 Des métiers différents, un objectif commun	7
A) <i>Pourquoi communiquer dans une organisation telle que l'hôpital ?</i>	7
B) <i>Un consensus : communiquer pour réunir des compétences dans la poursuite de l'objectif commun</i>	9
1.1.2 Les enjeux de la communication médecins-directeurs : informer, demander, convaincre	10
A) <i>Informer, entrer en relation, construire</i>	10
B) <i>Convaincre : le rejet de la communication d'opposition</i>	12
1.2 Une communication fluctuante au gré de ses composantes : les canaux et les acteurs	13
1.2.1 Les instances, nécessaires mais pas suffisantes	13
A) <i>Les instances, des « grand'messes » excluantes où tout est décidé en amont</i> 13	
B) <i>La primeur de la communication informelle</i>	14
1.2.2 Une typologie des acteurs de la communication : quels directeurs et quels médecins ?	15
A) <i>Les médecins : une communication déterminée par la position institutionnelle</i> 15	
B) <i>Les directeurs : un tout et une tête</i>	17
2 Les principaux obstacles à une communication réussie : des établissements tentaculaires et une méconnaissance mutuelle	19
2.1 La taille de l'établissement, facteur critique de la communication	19
2.1.1 La proximité, enjeu primordial d'une communication réussie : pouvoir identifier les acteurs	19

A)	<i>Le constat : une communication plus fluide dans les petits établissements</i>	19
B)	<i>La proximité : en finir avec la direction sans visage</i>	21
2.1.2	L'hôpital à taille humaine : personnalisation et reconnaissance	22
A)	<i>Personnaliser les relations, un enjeu de communication</i>	22
B)	<i>La reconnaissance, clé d'une communication et d'une gouvernance réussies</i>	23
2.2	Les facteurs sociologiques : 2 corps en chiens de faïence	25
2.2.1	2 corps <i>a priori</i> similaires mais qui se méconnaissent	25
A)	<i>Un fonctionnement de corps commun, mais qui s'exerce différemment</i>	25
B)	<i>Une méconnaissance de l'activité et des contingences de chacun</i>	28
2.2.2	Des relations entre corps qui évoluent : l'espoir de mieux communiquer ?	29
A)	<i>Vers un alignement sociologique des deux corps</i>	29
B)	<i>Une vision quasi-convergente de la gouvernance et de la communication</i>	31
3	Mieux communiquer : vers la transparence et la fin de la culture de l'évidence	32
3.1	Une transparence maîtrisée	32
3.1.1	Répondre et expliquer, quitte à refuser : l'enjeu de la réactivité	32
A)	<i>En finir avec l'absence de réponse : un besoin de réactivité pour les irritants du quotidien</i>	32
B)	<i>Clarté et simplicité pour une communication et une gouvernance partagées : la clé de la considération</i>	34
3.1.2	Agir sur les canaux de communication : en finir avec la communication à outrance	35
A)	<i>Communiquer trop, communiquer mal</i>	35
B)	<i>Vers de nouveaux moyens de communication : la nécessité d'une personnalisation</i>	36
3.2	Connaissance et reconnaissance	38
3.2.1	Des directeurs dans les services, des médecins dans les bureaux : prendre conscience de l'autre	38
A)	<i>Apprendre à se connaître mutuellement pour mieux interagir</i>	38
B)	<i>Montrer sa présence : connaissance et reconnaissance</i>	40

3.2.2	La communication médecins-directeurs, indispensable à la pérennisation du modèle hospitalier	41
A)	<i>La fin de la culture de l'évidence : une communication de confiance pour une vie professionnelle apaisée</i>	41
B)	<i>Communiquer vers les médecins extérieurs: la clé de l'attractivité de l'établissement et la santé territoriale</i>	43
	Conclusion	45
	Bibliographie	47
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

DAL : Direction des achats et de la logistique

DAM : Direction/Directeur/Directrice des affaires médicales

DSI : Direction des systèmes d'information

EPSM : Etablissement public de santé mentale

GHBS : Groupe hospitalier Bretagne Sud

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HPST : Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

PCME : Président de Commission médicale d'établissement

Introduction

La gouvernance de l'hôpital public a fait, au cours des dernières années, l'objet de nombreuses réflexions, beaucoup d'entre elles visant à interroger et remodeler les rôles respectifs des médecins et des directeurs dans le système hospitalier.

Ainsi, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009, est apparue aux yeux de beaucoup, et notamment de certains médecins, comme la consécration de la toute-puissance du directeur d'hôpital, le "patron" qu'appelait de ses vœux le Président de la République d'alors. D'autres remettaient en cause cette lecture, arguant au contraire que le directeur perdait de son pouvoir du fait de la création des ARS qui risquaient d'étatiser les hôpitaux, et que le binôme directeur-Président de Commission médicale d'établissement sortait renforcé de la loi, donnant ainsi au corps médical une véritable voix au chapitre¹.

Plus proche de nous, en juin 2020, la mission dite Claris², composée de deux médecins hospitaliers et d'un directeur général de centre hospitalier, formulait, sur demande de la Ministre des Solidarités et de la Santé, 51 recommandations visant à améliorer la gouvernance hospitalière. Parmi les orientations retenues, certaines concernent spécifiquement les relations entre direction et médecins ("*Conforter le binôme directeur-PCME*", "*Clarifier et associer les professionnels aux décisions*"). Dans le même objectif, le projet de guide « *Mieux manager pour mieux soigner* »³ s'apprête, à la date de rédaction de ce mémoire, à proposer des mesures pour un management bienveillant et des échanges plus nourris entre médecins, directeurs et soignants.

Au-delà de ces textes législatifs (dont nous ne présentons là que le plus symbolique) et de ces rapports, un stéréotype s'impose souvent, dépassant le seul monde hospitalier, celui selon lequel médecins et directeurs ne travailleraient pas dans le même sens.

Les médecins hospitaliers seraient ainsi bridés par des directeurs purement économistes, ignorants voire inintéressés par les problèmes du quotidien. Ce constat abonde dans les fictions en milieu hospitalier ; c'est par exemple le cas dans la série *Hippocrate*⁴, qui met

¹ GUIBERT Grégory, MONTALEMBERT Pierre de, VERDIER Fabien et COUTY Édouard Préfacier, *Directeur d'hôpital: l'essor d'une profession*, Rennes, France, Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2011.

² *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier Claris*, Ministère des solidarités et de la santé, 2020.

³ *Mieux manager pour mieux soigner (projet)*, Ministère des solidarités et de la santé, 2021.

⁴ Thomas Lilti, *Hippocrate*, 2018 et 2021, Canal +.

en scène une directrice montrée comme relativement insensible, rigide et en tout cas totalement impuissante face aux difficultés des médecins.

Les directeurs sont donc soit niés par le grand public (qui connaît véritablement l'activité, la formation, l'identité des directeurs d'hôpital ?), soit caricaturés, comme peuvent également l'être les médecins, encore tout auréolés de leur ancien statut de *mandarins* et présentés comme imperméables à tout contre-pouvoir ou toute discussion partenariale.

On peut cependant partir du postulat, même s'il peut être discuté, que la gouvernance des hôpitaux publics est aujourd'hui assez équilibrée entre médecins et directeurs, deux professions dont l'évolution, tant réglementaire que sociétale, a été importante ces dernières décennies. Ainsi, et même si certains, essentiellement des médecins, jugent que la balance penche davantage du côté des directeurs⁵, la gouvernance est commune dans le sens où les médecins sont pleinement associés, dans les textes, aux décisions prises par la direction.

Mais les textes ne font pas tout. Si l'on s'accorde sur la nécessité d'une gouvernance véritablement partagée entre médecins et directeurs, il est possible de s'interroger sur les facteurs qui pourraient y conduire, au-delà des évolutions réglementaires qui, si elles ont leur rôle, ne peuvent pas tout.

Dès lors, un des facteurs essentiels d'une gouvernance équilibrée et apaisée semble être la communication entre médecins et directeurs, la communication pouvant être entendue comme une interaction et une entrée en relation avec d'autres personnes, permettant la transmission d'une information.

En effet, à maints égards, la communication entre médecins et directeurs semble être l'une des clés d'une bonne gouvernance.

Elle permet d'abord la mise en commun de compétences, en tout cas une adjonction de ces compétences pour la prise de décisions éclairées, objectif fondamental de la gouvernance. La communication est également une des conditions de la création de la confiance, confiance restant à construire, on l'a vu, entre les deux professions. Enfin, dans des établissements de santé complexes et multidimensionnels, la communication permet la circulation des informations permettant à chacun d'exercer son activité dans les meilleures conditions.

⁵ Un certain nombre de médecins parmi l'échantillon interrogé estime en effet que, depuis une dizaine d'années et en particulier la loi HPST, les médecins hospitaliers ont perdu de leur pouvoir décisionnaire au profit des directeurs. Ces derniers, en revanche, n'éprouvent pas ce sentiment.

Partant de ce postulat du caractère indispensable d'une bonne communication entre médecins et directeurs, pour lequel nous pourrions trouver bien d'autres justifications, le choix que nous avons fait a donc été nous intéresser à cette communication entre les deux corps, pour tenter de comprendre plus en avant quels peuvent être ses intérêts, et surtout quels facteurs peuvent en conditionner la réussite ou l'échec. Le point de vue des médecins sur cette communication a particulièrement été analysé, sans pour autant négliger celui des directeurs ; ce mémoire étant rédigé dans le cadre de la formation des directeurs d'hôpital, il nous est apparu essentiel d'identifier notamment les attentes du corps médical sur cette communication, et les leviers dont disposent les directeurs pour l'améliorer, le cas échéant.

Bien que ce mémoire tente de se livrer à une analyse la plus générale possible, le travail se base sur les observations et échanges réalisés au sein du GHT Sud Bretagne, en tout cas de ses deux établissements parties, le Groupe hospitalier Bretagne Sud (GHBS) et l'Etablissement public de santé mentale Jean-Martin Charcot.

Ce terrain d'observation présentait un intérêt particulier pour le sujet. D'abord, les deux établissements sont de tailles très différentes, le GHBS comptant près de 5 000 salariés, l'EPSM moins de 800.

Au-delà de la taille, l'historique et l'organisation des établissements pouvait également avoir une influence en matière de communication entre médecins et directeurs. Le GHBS est en effet issu de la fusion, en 2018, de plusieurs centres hospitaliers (Lorient, Quimperlé, Le Faouët, Port-Louis/Riantec). Sa croissance a donc été forte et rapide, et la direction, réorganisée, a été essentiellement concentrée sur le site principal du Scorff, à Lorient. Ces éléments permettent donc d'analyser l'influence des notions de taille et de proximité sur la communication entre corps médical et corps de direction, et d'opposer les regroupements encouragés d'un point de vue économique et de santé publique aux exigences de communication, de gouvernance et donc, peut-être, d'efficacité.

La littérature sur ce sujet de la communication entre médecins et directeurs d'hôpital est assez peu abondante. Les ouvrages, plus ou moins anciens, se concentrent essentiellement sur la gouvernance commune et finalement sur le rapport de force entre les deux corps, mais peu laissent une place de choix à la communication, se consacrant davantage à la réglementation et au fonctionnement institutionnel. Seul le livre de François-Jérôme Aubert, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public*⁶, fait du dialogue une clé du succès de la relation entre les deux professions. Les ouvrages généraux sur la communication en entreprise, quant à eux, ne s'adaptent que peu aux spécificités de

⁶ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public : management stratégique et décision*, Bordeaux, France, LEH Édition, 2016.

l'hôpital public, l'entreprise étant fondée sur une pyramide hiérarchique inexistante entre médecins et directeurs.

Le sujet semble cependant acquérir, ces dernières années, une certaine actualité. En 2019, deux internes en médecine de l'Université de Brest, pour leur thèse d'exercice⁷, se sont attachées à analyser les difficultés de communication entre PU-PH et directeurs du CHU de la ville, l'une étudiant le ressenti de la direction, l'autre celui des PU-PH. Il s'agit cependant de monographies assez descriptives et surtout centrées sur le CHU de Brest, ne permettant pas une réflexion plus générale sur cette communication, quoiqu'apportant quelques éléments également observables dans d'autres établissements.

Des articles professionnels⁸ se font également l'écho de la nécessité de s'intéresser à ce thème de la communication, tentant d'apporter des solutions aux lacunes parfois observées.

Ce mémoire est également fondé sur des entretiens réalisés entre mai et juillet 2021 au GHBS et à l'EPSM Charcot. Au total, 12 médecins, dont un interne, et 6 directeurs ont été interrogés, selon des guides d'entretien figurant en annexe. Les personnes sollicitées ont été sélectionnées de façon à créer un échantillon le plus varié possible, notamment quant aux positions institutionnelles exercées par les médecins ou l'expérience des répondants. Pour le GHBS, une attention particulière a été apportée au fait de ne pas négliger les médecins et directeurs positionnés sur les sites autres que celui de Lorient. Deux entretiens de médecins ont été réalisés à Quimperlé et au Faouët, un entretien de directeur l'a été à Quimperlé. Par ailleurs, parmi les psychiatres de l'EPSM interrogés, deux d'entre eux avaient, dans le passé ou encore actuellement, une expérience dans les deux établissements. Les questions posées lors des entretiens incluaient également, pour les deux professions, les expériences passées.

De manière générale, l'accueil réservé à nos questions a été enthousiaste ; beaucoup des interlocuteurs avaient déjà réfléchi sur le sujet qui leur paraissait important. Sans doute peut-on y voir un certain biais de sélection, particulièrement en ce qui concerne les médecins. Les répondants ont en effet soit été ceux qui se montraient spécifiquement intéressés par le sujet (par exemple, un courriel de sollicitation a été adressé à l'ensemble

⁷ Notamment WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, Thèse d'exercice pour le Doctorat de médecine de spécialité médecine générale, Université de Bretagne Occidentale, Brest, 2019.

⁸ MAURY Michèle et MIRJOL Laetitia, « Partenariat médecins/directeurs dans un CHU », *Gestions Hospitalières*, n° 556, mai 2016.
BUBIEN Yann, FAIVRE Jean-Christophe, LEVAILLANT Mathieu, PERRENOT Cyril et THOMAS Alexis, « Médecins/directeurs : des formations communes », *Gestions Hospitalières*, n° 556, octobre 2016.

de la communauté médicale de l'EPSM), soit nous ont été suggérés par des directeurs, soit ont été repérés par nos soins lors de réunions au cours desquelles certaines de leurs interventions pouvaient laisser entrevoir un intérêt pour la question.

Le choix étant numériquement moins important pour les directeurs, la sélection a été faite en fonction de l'expérience, de la fonction (directeur délégué de site, fonctions conduisant à des relations plus ou moins étroites avec les médecins...) ou du parcours antérieur (directeurs issus de l'EHESP, ou au parcours moins traditionnel).

Enfin, au-delà des entretiens, ce travail s'est enrichi de l'observation, en position de neutralité, des échanges et de la communication, principalement de vive voix, entre médecins et directeurs. Il a ainsi pu s'agir de communication formelle (directoires, CME, dialogues de pôle), mais également de nombreuses cellules de crise Covid, ainsi que de communication informelle (inclusion à des rendez-vous "en tête à tête", groupes de travail, etc).

La communication est essentielle pour tous les professionnels de l'hôpital, et il aurait été intéressant de pouvoir étendre ce travail à l'ensemble du personnel soignant. L'étude aurait cependant été trop volumineuse, aussi le choix a-t-il été fait de se concentrer sur les médecins, dont les relations avec les directeurs sont davantage au cœur de l'actualité réglementaire et hospitalière.

Cette enquête permet de montrer que la communication entre les deux corps est essentielle et omniprésente, sous différentes formes (communication formelle et informelle), et qu'elle est variable selon le positionnement institutionnel des acteurs. Tour à tour, elle est jugée insuffisante, pléthorique, inutile ou adaptée. (1)

Deux grands déterminants de la communication médecins/directeurs ont ainsi émergé : la taille de l'établissement (une communication de qualité serait plus aisée dans les petits établissements, et même illusoire dans un groupe de la taille du GHBS) et la méconnaissance mutuelle des 2 corps.

Ainsi, au-delà des bonnes volontés individuelles, reconnues par chaque partie, peuvent persister des obstacles structurels à une communication fluide. (2)

Pour y remédier, une transparence maîtrisée est nécessaire, c'est-à-dire que la volonté de communiquer doit s'accompagner d'une honnêteté sans faille, même si transparence ne

veut pas dire communiquer à outrance, et d'une réflexion sur les outils de communication, qui doivent s'adapter aux besoins des acteurs.

Il convient également de communiquer sans relâche pour améliorer la connaissance mutuelle entre les corps, mais également, plus largement, la connaissance de chacun d'entre eux sur le fonctionnement global d'un hôpital, en en finissant avec la culture de l'évidence, qui se transforme en culture de l'ignorance. (3)

1 La communication entre médecins et directeurs, une communication multi-dimensionnelle

La communication à l'hôpital entre corps médical et corps de direction revêt de multiples facettes, à la fois quant à ses objectifs (A) et ses modalités (B).

1.1 Les enjeux de la communication médecins-directeurs : communiquer au service d'un objectif commun

Les médecins et les directeurs hospitaliers ont beau occuper des fonctions bien différentes, celles-ci doivent concourir à un objectif commun déterminé collégalement (1.1.1). Dans le cadre de cet objectif, la communication entre les deux corps a de multiples visées (1.1.2).

1.1.1 Des métiers différents, un objectif commun

A) *Pourquoi communiquer dans une organisation telle que l'hôpital ?*

A première vue, la notion de communication interne à l'hôpital ne semble pas se distinguer de celle ayant cours dans des entreprises classiques, voire dans les autres administrations.

La communication d'entreprise permet de créer une culture d'entreprise et de fédérer des acteurs, aux métiers souvent différents, autour d'un projet commun. Elle vise également à transmettre des informations au sein d'une hiérarchie, à donner des instructions et des orientations, finalement, à administrer l'entreprise en coordonnant l'ensemble de ses composantes⁹.

Si ces deux aspects sont retrouvés à l'hôpital, ils y diffèrent pourtant quelque peu.

D'abord, la notion de communication managériale ne peut s'appliquer classiquement entre médecins et directeurs hospitaliers, dès lors qu'aucune hiérarchie

⁹ IMBERT Maurice et BROUARD Valérie, *La communication managériale : méthodes et bonnes pratiques*, Paris, France, Dunod, 2015.

autre que fonctionnelle n'existe entre les deux corps¹⁰. Les médecins restent indépendants dans l'exercice de leur art, ce qui diffère considérablement de la plupart des entreprises. La communication entre médecins et directeurs aura donc, à l'hôpital, des caractéristiques particulières.

De plus, dans un établissement public de santé, la nécessité de réunir autour d'un objectif commun peut paraître, dans un premier temps, moins essentielle : le service public incarne en effet cet objectif et dispose d'une culture propre. Au fond, chacun, à l'hôpital, quel que soit son métier, travaille dans le même sens, celui de prodiguer des soins de qualité à chacun.

Et cependant, cela peut ne pas suffire, particulièrement dans une période difficile pour l'hôpital public, où les contraintes financières sont lourdes, où les vocations se font et se défont, où les professionnels viennent parfois à manquer.

L'hôpital doit ainsi se doter d'une finalité autre, mais complémentaire de l'accomplissement des missions de service public, pour fédérer ses professionnels, au-delà de sa seule mission de service public. Ainsi, quels peuvent-être les buts d'un hôpital public ? Être le premier établissement public de santé du département, reconstruire un nouvel hôpital d'ici 10 ans, être labellisé hôpital de proximité voire, à un niveau plus local, augmenter sa part d'activité dans telle spécialité, etc. Les objectifs ne manquent pas, et doivent être construits collectivement, pour une adhésion de tous¹¹. Au fond, les missions de service public ne sont qu'une coquille dans laquelle ces objectifs s'inscrivent. Or, pour créer cette

¹⁰ Article L6143-7 du Code de la santé publique : *le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.*

¹¹ Une directrice décrit ainsi son rôle dans la définition de cet objectif commun : *« J'attends des médecins de pouvoir tirer ensemble la boutique vers l'excellence, c'est-à-dire la trajectoire qu'on veut donner à l'établissement, pas forcément la recherche et l'innovation. Je dois leur expliquer le sens, l'intérêt, et faire en sorte qu'ils puissent adhérer et participer activement à la feuille de route. Pour adhérer il faut comprendre, et pour comprendre il faut expliquer, il y a plusieurs canaux, plusieurs endroits, plusieurs supports... L'impulsion peut venir des directeurs pour des cahiers des charges nationaux, mais on essaie petit à petit de les emmener vers les projets. Il faut que le projet vienne d'eux, en tout cas il faut susciter l'envie, ou rendre possible des envies qu'ils avaient déjà. C'est la rencontre, l'opportunité, le fait de cocher des cases. »*

communauté d'objectif, quoi de mieux que la communication pour formuler l'objectif¹², discuter des perceptions de valeurs¹³, partager les données¹⁴ ?

Loin d'être superflue, la communication entre tous les acteurs de l'hôpital est ainsi essentielle et présente des caractéristiques propres, particulièrement présentes dans les échanges entre médecins et directeurs.

B) *Un consensus : communiquer pour réunir des compétences dans la poursuite de l'objectif commun*

De l'aveu même des acteurs, la répartition des rôles entre médecins et directeurs d'hôpital est parfaitement connue et acceptée de tous. Chacun des corps est conscient des compétences de l'autre, et les lui concède bien volontiers.

Ainsi, les compétences reconnues par les médecins aux directeurs sont essentiellement d'ordre économique et financier¹⁵. Si cela est révélateur d'une connaissance partielle du métier, dont nous reparlerons plus bas, les médecins interrogés sont unanimes sur le fait que les directeurs ont pour mission de garantir la soutenabilité financière de l'établissement, sans laquelle celui-ci ne pourrait pas fonctionner, et que leur formation leur en donne les compétences. Cette dévolution de la gestion financière et plus largement administrative aux directeurs est bien acceptée par les médecins qui estiment n'en avoir ni les compétences ni l'envie. Par exemple, la demande adressée par un directeur à un chef de service de réaliser une étude médico-économique pour un projet de service peut être mal acceptée.

¹² HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc et PAULA Emilie Morgan De, « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, N° 115, n° 4, 2013, p. 8-18.

¹³ Le rôle de la communication dans la construction de valeurs et d'objectifs communs est identifiée dans IMBERT Maurice et BROUARD Valérie, *La communication managériale*, op. cit. Selon les auteurs, l'implication et la motivation des professionnels ne peut être atteinte qu'en identifiant des valeurs communes grâce au langage.

¹⁴ Selon une médecin interrogée, il s'agit de « *partager des projets, des visions, des valeurs et être sûrs qu'on est d'accord là-dessus. La communication sert à créer cette vision commune, créer une cohésion, partager des projets, à nous étalonner sur les projets et notre quotidien* ».

¹⁵ Au cours des entretiens, il était demandé aux médecins interrogés de résumer leur conception du métier de directeur d'hôpital en un mot. Les réponses figurent en annexe : la notion économique et financière revient régulièrement.

De leur côté, les directeurs voient les médecins comme des acteurs essentiels de la production et assument de travailler au service de ce qui constitue en réalité le cœur de métier de l'hôpital. Il en découle donc une nécessité de consulter les médecins, d'obtenir leur avis ou leur approbation sur certains sujets, parce que leur expertise est reconnue et fait défaut, dans le domaine scientifique et technique, aux directeurs. Cette complémentarité des compétences peut ainsi concourir à la prise de certaines décisions ; si l'on prend l'exemple des sorties à l'insu du service, les responsabilités sont partagées entre médecins et directeurs. Au médecin la décision d'engager ou non des recherches, en fonction de l'état du patient, au directeur le rôle, le cas échéant, de les diriger.

On conçoit donc, à la lecture de cette répartition des compétences à l'hôpital entre médecins et directeurs, combien la communication est essentielle pour relier les deux champs de compétences au service du bon fonctionnement hospitalier^{16 17}. La définition de ce bon fonctionnement diverge pourtant, parfois, selon les acteurs. Pour certains, médecins et directeurs n'auraient pas le même objectif, ni les mêmes intérêts, la notion économique et financière revenant très souvent dans les visées que prêtent les médecins aux directeurs. Ce qui ressort pourtant des entretiens, c'est que les deux corps poursuivent, de l'aveu de tous, le même objectif, celui d'assurer des soins de qualité à tous mais, du fait de la spécificité de chaque métier, utilisent pour cela des techniques et des voies différentes.

Du fait précisément de cette différence, la communication entre médecins et directeurs présente de nombreux enjeux.

1.1.2 Les enjeux de la communication médecins-directeurs : informer, demander, convaincre

La co-construction des décisions à l'hôpital passe par la communication (A), tout comme la conviction qui ne doit pas se construire dans l'opposition (B).

A) *Informer, entrer en relation, construire*

¹⁶ Une médecin résume ainsi cette importance de la communication : « *Communiquer est hyper important, parce qu'on est quand même dans une collaboration, dans le même bateau, avec le même objectif normalement, celui de faire fonctionner notre petite ou grande entreprise, avec des compétences différentes qu'il faut articuler en communiquant* ».

¹⁷ HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc et PAULA Emilie Morgan De, « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *op. cit.*

Dans son livre sur les relations entre médecins hospitaliers et directeurs¹⁸, François-Jérôme Aubert justifie la nécessité d'un échange constant entre les deux corps. Il explique ainsi qu'aucun de ces acteurs ne peut s'arroger le pouvoir définitif de prendre les décisions et d'exercer l'influence ultime, dès lors que chacun dispose de pouvoirs propres que l'autre corps ne possède pas.

Ainsi, pour détenir un pouvoir, il est classiquement admis qu'une personne ou une autorité doit détenir simultanément le contrôle des ressources, les compétences techniques, un ensemble de connaissances et des prérogatives légales. Or, dans le cas de l'hôpital public, les directeurs et les médecins détiennent chacun une partie de ces éléments, sans être en mesure de tous les posséder : si les directeurs sont ceux à qui revient principalement le contrôle des ressources, les délégations vers les médecins sont de plus en plus fréquentes. Les compétences techniques, qui semblaient être l'apanage des médecins, sont de plus en plus partagées, dans d'autres domaines, par les directeurs qui se spécialisent dans leur champ de compétences. Chaque corps détient des connaissances, propres à son métier mais utiles au fonctionnement de l'hôpital, et la loi accorde aux médecins comme aux directeurs un pouvoir décisionnaire partiel.

Les pouvoirs étant ainsi équitablement répartis, aucun corps ne peut s'imposer à l'autre, d'où la nécessité, pour aboutir à une prise de décision, de co-construire, d'entrer en relation. C'est là que la communication joue tout son rôle. De par la différence de leurs parcours, de leurs cultures professionnelles, de leurs réseaux, les médecins et les directeurs peuvent avoir, selon l'expression de François-Jérôme Aubert, des « *grilles de lecture* » différentes sur l'hôpital. Sans qu'il soit nécessaire d'harmoniser absolument ces référentiels, il convient cependant, par le dialogue, de créer une confiance suffisante pour s'assurer que les deux professions, au sein d'un établissement, partagent dans ses grandes lignes un diagnostic sur la situation de l'hôpital et un avis sur les solutions à même de l'améliorer.

Au-delà de cette création de confiance essentielle pour co-construire les décisions¹⁹, la communication entre médecins et directeurs a également une visée purement informative ; il s'agira, pour chaque corps, de donner à l'autre toutes les informations dont il a besoin pour exercer son activité, et qu'il ne peut obtenir seul. L'on peut ainsi songer, par exemple, à l'explication nécessaire de textes réglementaires sur l'évolution des statuts des praticiens hospitaliers par les directeurs aux médecins, ou celle des intérêts d'un nouvel appareil d'imagerie par les praticiens aux directeurs.

¹⁸ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public*, op. cit.

¹⁹ AUBERT, FRANÇOIS-JEROME et VAUTARD Aurélien, « Confiance et performance, l'indispensable et fragile relation clé du management », *Gestions hospitalières*.

L'information peut se doubler d'une entreprise de conviction.

B) *Convaincre : le rejet de la communication d'opposition*

Chaque corps de métier disposant, on l'a vu, de compétences et connaissances propres et complémentaires, l'explication et l'information se doublent souvent d'une volonté, bien naturelle, de conviction²⁰. Ce souhait de convaincre est d'ailleurs nécessaire pour la co-construction des décisions, dans la mesure où la persuasion est parfois essentielle à la prise de décisions collectives, argumentées, dont chaque pan a été soupesé. Pierre Lenhisch²¹ va même jusqu'à juger certains conflits nécessaires pour la bonne marche d'une entreprise, si tant est qu'ils sont maintenus à un « niveau contrôlé ».

Si l'entreprise de conviction est donc bien présente et souhaitable dans les échanges entre médecins hospitaliers et directeurs, les acteurs refusent cependant qu'elle se transforme en communication d'opposition.

Ainsi, pour certains médecins, la direction est parfois perçue comme un mur autoritaire, un filtre face aux demandes et projets médicaux, tandis que les directeurs peuvent ressentir une opposition systématique lorsqu'ils expriment une demande aux médecins. Si ce constat est loin d'être unanimement partagé dans les établissements où s'est déroulée l'étude, le risque existe néanmoins, et tous les répondants s'accordent à appeler de leurs vœux une communication constructive, où chaque corps et chaque individu peut apprendre de l'autre et, qui sait, se laisser convaincre.

En cela, la gouvernance par projet est très appréciée parce qu'elle permet, sur un temps plus ou moins long, de construire progressivement et collectivement une démarche en s'éloignant d'une communication d'opposition^{22 23}.

²⁰ L'entreprise de conviction est d'ailleurs indissociable de la communication, d'autant plus lorsque celle-ci s'exerce entre des individus de cultures différentes, selon ABDALLAH-PRETCEILLE Martine, *La communication interculturelle entre pertinence et impertinence*, Paris, France, L'Harmattan, 2020.

²¹ LEHNISCH Jean-Pierre, *La communication dans l'entreprise*, Paris, France, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 2013.

²² WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, op. cit.

²³ Une directrice interrogée affirme ainsi croire « beaucoup aux projets pour amener les professionnels à communiquer. La communication ne se fait pas ex-nihilo. [...] Dans le mode projet, ce n'est plus « je suis médecin » ou « je suis directeur », c'est « comment travailler ensemble pour faire avancer cette démarche ? ». ».

1.2 Une communication fluctuante au gré de ses composantes : les canaux et les acteurs

Si la communication entre médecins et directeurs peut se développer lors des instances institutionnelles, elle est davantage appréciée lorsqu'elle est plus informelle (1.2.1). La qualité des acteurs de la communication a aussi une influence sur celle-ci (1.2.2).

1.2.1 Les instances, nécessaires mais pas suffisantes

A) *Les instances, des « grand'messes » excluantes où tout est décidé en amont*

Ainsi, directeurs comme médecins s'accordent à considérer les instances comme des espaces de discussion nécessaires, dans lesquels la communication est toutefois peu libre et non universelle.

En effet, il est communément admis parmi les professionnels que nous avons interrogés que les décisions présentées lors des directoires et CME ne sont pas véritablement construites en séance, mais le sont en amont, les instances ayant alors deux rôles, celui d'informer chaque communauté de la décision, mais également d'affirmer des positions officielles qui ne pourront plus véritablement influencer sur la décision.

Les directoires sont alors considérés par beaucoup comme une scène de théâtre permettant à ses participants de s'exprimer tout en étant conscients que le sujet a, la plupart du temps, déjà trouvé sa conclusion, à la construction de laquelle ils ont d'ailleurs eux-mêmes souvent participé en amont²⁴. Les CME, quant à elles, sont perçues par les médecins comme un moment d'information, au cours duquel ceux qui n'ont pas participé à la prise de décision ont la possibilité d'affirmer leur position²⁵.

Finalement, les instances présentent l'avantage d'être frappées du sceau de l'officialité ; les prises de parole permettent d'y exprimer solennellement un avis, qui peut être celui

²⁴ Un chef de pôle : « Il y a un souci à appeler cela un directoire : c'est plutôt un consulat, sans jugement de valeur. A mon sens, les décisions ne sont pas prises en directoire. Le directoire et la CME sont des instances où on a de l'information, mais les décisions sont prises par le directeur en amont. Il y a des débats, mais la plupart du temps on nous présente des projets qui sont déjà ficelés. C'est aussi une question de temps : si tout devait être débattu, on n'en finirait pas. »

²⁵ Une cheffe de service : « La CME est importante car elle donne la même information aux gens en même temps, ce n'est pas des on dit, ce n'est pas transformé, mais les sujets ont été adoués avant donc pas trop d'intérêt. Il faut quand même être là parce que parfois, quand on n'est pas là pour dire non, on considère que vous êtes d'accord. »

d'une personne, mais plus fréquemment celui d'un service, d'un pôle ou d'un corps, sorte de baroud d'honneur avant que la décision, préparée en amont, ne soit finalement entérinée.

L'autre reproche fait à ces instances est l'exclusion qu'elle opère vis-à-vis de certains acteurs. Chacune d'entre elles a sa composition, ses membres permanents, et il devient difficile pour ceux qui n'en font pas partie d'avoir connaissance de leurs travaux. Cela concerne particulièrement les médecins, puisque les directeurs, du fait de leur infériorité numérique, disposent généralement d'un accès relativement aisé au directoire et à la CME pour les sujets qui les concernent. Pour les médecins, il y a les membres et les autres, dont l'information dépend en grande partie de ce que leur en dévoilera leur chef de pôle, leur chef de service, ou parfois le président de CME. La communication entre médecins et directeurs peut donc, dans un sens, être soumise au fonctionnement de la communication au sein même de la communauté médicale.

Ainsi, si les instances permettent une rencontre entre les deux corps et une officialité des décisions, elles ne sont pourtant pas des espaces de communication réels, dans la mesure où la co-construction y est souvent limitée, et dont nombre d'acteurs en sont exclus.

B) *La primeur de la communication informelle*

Dans ce contexte, la totalité des professionnels interrogés, qu'ils soient médecins ou directeurs, insistent sur l'efficacité de la communication informelle pour véritablement être en mesure d'informer, convaincre, échanger et co-construire à l'hôpital.

Ces échanges informels peuvent d'abord se traduire par des conversations sur des sujets variés, à l'occasion de groupes de travail mais également au détour d'une réunion sur un sujet différent, lors d'une rencontre dans un couloir, au restaurant du personnel (dont beaucoup soulignent l'importance en matière de communication !), ou autour de la machine à café, si souvent mentionnée²⁶. Si la conversation de vive voix est souvent citée et privilégiée, l'usage direct du téléphone ou du courriel entre médecins et directeurs est

²⁶ Un directeur décrit cette communication informelle : « *Beaucoup de choses se passent de manière informelle : interpellation directe, mail, téléphone, et je préfère appeler plutôt qu'écrire, c'est toujours bien de voir les gens. Le mail est un mauvais outil de communication.* » ainsi que la variation des échanges selon le contexte et les personnes : « *On ne discute pas de la même manière avec un chef de service, un chef de pôle ou un médecin « lambda », mais aussi le discours en CME n'est pas le même qu'en directoire, donc variation avec le lieu et le public. Il y a une forme de jeu d'acteur et de théâtre.* »

également extrêmement fréquent²⁷. Finalement, c'est bien la création d'une relation *intuitu personae*, suscitée par une rencontre ou un thème de travail commun, qui semble créer la communication la plus efficace.

Mais la communication institutionnelle a également été renouvelée, au cours des derniers mois, par la multiplication dans les établissements de cellules de crise destinées à la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid 19. Au GHBS, elles se sont traduites par des réunions dont la fréquence a varié (de quotidiennes au plus fort de la première vague, les cellules de crise sont devenues hebdomadaires par la suite), tout comme leur composition. Autour d'un noyau de membres permanents, les cellules étaient ouvertes à tous ceux qui s'estimaient concernés par la prise de décision ; elles ont été très appréciées par leurs participants, ainsi que par ceux qui, sans y participer, étaient tenus au courant de leurs conclusions. La rapidité des réponses apportées et la possibilité de pouvoir évoquer collégialement toutes les difficultés ont ainsi été saluées, par opposition avec les échanges à l'œuvre dans les instances classiques.

Cependant, si le modèle a plu et continue à plaire, les acteurs s'accordent à souligner qu'il n'est pas transposable au fonctionnement quotidien d'un établissement, d'abord parce qu'il est chronophage, et parce que peu de situations sont capables de mobiliser et d'intéresser conjointement autant de professionnels.

Une fois les objectifs et les circonstances de la communication entre médecins et directeurs analysés, il convient d'en évoquer les acteurs.

1.2.2 Une typologie des acteurs de la communication : quels directeurs et quels médecins ?

A) *Les médecins : une communication déterminée par la position institutionnelle*

Les occasions et moyens de communication entre médecins et directeurs varient en effet largement selon que le médecin occupe une fonction institutionnelle (chef de pôle, chef de service, membre de la CME, etc), et selon la nature de cette fonction.

Ainsi, si les échanges quotidiens et directs avec les directeurs sont monnaie courante pour les chefs de pôle, ils peuvent être moins fréquents pour les chefs de service, et quasi inexistantes pour les médecins sans responsabilités institutionnelles.

²⁷ Les intérêts d'une telle communication sont mis en évidence dans LEHNISCH Jean-Pierre, *La communication dans l'entreprise, op. cit.*

L'identité des directeurs sollicités dépend aussi de la fonction des médecins ; si les chefs de pôle, et dans une moindre mesure les chefs de service, frappent à toutes les portes selon le sujet abordé, qu'il s'agisse de celle du chef d'établissement, du directeur référent de pôle ou des directeurs adjoints, la directrice des affaires médicales apparaît comme l'unique interlocutrice de l'équipe de direction pour les médecins non institutionnels.

Deux facteurs semblent être en mesure d'expliquer cette situation. Tout d'abord, la hiérarchie entre les praticiens, au sein des services, semble relativement affirmée²⁸, bien qu'elle ne soit ni réglementaire ni même explicite. Si l'organisation médicale fonctionne avant tout par élection et par reconnaissance mutuelle²⁹, c'est pourtant bien la hiérarchie qui empêchera un médecin « lambda » d'échanger directement avec un directeur, à moins qu'il n'ait obtenu pour cela une délégation de son chef de service, lui-même missionné par son chef de pôle, ou qu'il s'agisse d'un sujet le concernant personnellement, ou relevant de ses seules compétences.

La deuxième justification pourrait être un désintérêt de la part d'un certain nombre de médecins à l'égard d'un investissement institutionnel, qui vont donc exercer leur art dans leur service, mais sans jamais, ou presque, participer à la vie de l'établissement en dehors de leurs fonctions médicales et techniques quotidiennes, et donc être en mesure d'interagir avec la direction. Cette situation, dénoncée par les responsables médicaux³⁰, peut également être alternative avec celle voyant des jeunes médecins peu accoutumés au fonctionnement de l'institution, et mal à leur aise dans des réunions et autres groupes de travail.

²⁸ Cette hiérarchie est décrite par un jeune médecin : « Les échanges sont donc verrouillés, toute communication est verrouillée, jamais je ne me serais imaginé envoyer directement un mail à un directeur. C'est un peu le message qu'on nous fait passer, pas de la part des directeurs (que normalement on ne voit jamais), mais des chefs de service et chefs de pôle, que la hiérarchie est très verticale. Chacun sa place et chacun son travail. [...] L'exercice quotidien peut être un peu entravé par les relations qu'ont les chefs de service ou chefs de pôle avec la direction ».

²⁹ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public*, op. cit.

³⁰ Un chef de service interrogé expliquait ce désintérêt par la dureté des études médicales, durant lesquelles l'institution, envisagée dans un sens très large, détournerait les jeunes praticiens de cette prise de responsabilité : « Il y a aussi un désintéressement des jeunes qui sont passés par des moules cassants et destructeurs. L'internat et l'externat sont très durs, notamment en CHU, très mal gérés du point de vue RH. La direction est prise de façon globale : salaires injustifiés, gardes pas payées, appel des administrateurs pour remplacer. La conception de la direction va du gestionnaire de paie, qui peut se tromper, au Premier ministre, même si le directeur n'y peut rien. Mais certaines injonctions, même si le directeur n'y peut rien, font hurler dans la pratique du quotidien. Ce qui fait que les jeunes n'y vont plus, préfèrent ne pas s'engager. J'aurais beaucoup de mal à emmener certains collègues en CME ».

Si des catégories de médecins peuvent donc être esquissées dans la communication qu'ils entretiennent avec les directeurs, ces derniers semblent beaucoup plus monolithiques, en tout cas aux yeux des médecins.

B) *Les directeurs : un tout et une tête*

Les directeurs sont ainsi peu différenciés par les médecins, et l'équipe de direction forme la plupart du temps, aux yeux des praticiens, un tout uniforme que surplombe le chef d'établissement.

Si la hiérarchie est forte, on l'a vu, au sein de la communauté médicale, elle semble l'être tout autant parmi les directeurs, quoique moins diffuse. Les décisions sont portées d'une seule et même voix par l'équipe de direction, sous l'autorité du chef d'établissement³¹ ; les médecins déplorent parfois le manque d'autonomie des directeurs adjoints et s'étonnent, voire s'irritent de l'absence de voix discordantes au sein de l'équipe. Cette impression d'harmonie parfaite³², si elle prête à sourire parmi les directeurs bien conscients que les désaccords peuvent exister, est cependant pour les médecins une véritable difficulté dans leur communication avec la direction, leur donnant l'impression de se heurter à un mur infranchissable.

L'influence du chef d'établissement est également souvent notée, quel que soit l'établissement. Avec la directrice des affaires médicales, il est ainsi parfois le seul membre identifié de l'équipe de direction pour les médecins non institutionnels, et, pour les autres, il est celui qui détient véritablement le pouvoir décisionnel. Alors la tentation se fait grande de court-circuiter les cheminements habituels de communication pour atteindre directement le directeur ou la directrice général(e).

Pour ajouter à la description, aux yeux des médecins, d'une équipe de direction parfaitement uniforme dont n'émerge que le chef d'établissement, on peut également noter la totale identification des directrices des soins aux autres directeurs adjoints. Interrogés sur la persistance d'une identité soignante que conserveraient ces directrices des soins, et sur un éventuel surcroît de légitimité, la quasi-totalité des médecins répondants ignorait la

³¹ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public, op. cit.* : « seule la parole du directeur (général) est véritablement autorisée ».

³² Harmonie résumée de la sorte par un ancien chef de pôle : « les sujets stratégiques sont ficelés en amont, si vous avez dû vous taper dessus, vous l'avez fait en off, sans nous, et on ne peut jamais allumer la mèche d'un débat car ce ne sera jamais contradictoire. Et pourtant, on sait que vous êtes différents, que vous avez des positions, mais le devoir de réserve est trop important ».

différence de parcours, de fonctions et de statuts entre directeurs des soins et directeurs d'hôpital.

Une fois décrits les enjeux, moyens et acteurs de la communication entre médecins et directeurs, il convient désormais de s'intéresser aux facteurs influant sur la qualité de ces échanges.

2 Les principaux obstacles à une communication réussie : des établissements tentaculaires et une méconnaissance mutuelle

Les intérêts d'une bonne communication entre médecins et directeurs semblent unanimement reconnus par les deux corps, de même qu'aucun fossé de taille ne paraît exister dans les attentes que chacun place dans ces échanges. Et pourtant, au fil des entretiens, des lacunes poignent dans cette communication, pouvant essentiellement s'expliquer par deux facteurs clés : la taille de l'établissement (A), et la méconnaissance entre les deux professions (B).

2.1 La taille de l'établissement, facteur critique de la communication

L'étude ayant été menée dans deux établissements à l'écart de taille important auprès de professionnels ayant pu exercer leurs fonctions, par le passé, dans des hôpitaux encore différents, il apparaît que la taille de l'hôpital a une incidence tant sur l'organisation de la communication (2.1.1) que sur sa qualité (2.1.2).

2.1.1 La proximité, enjeu primordial d'une communication réussie : pouvoir identifier les acteurs

A) Le constat : une communication plus fluide dans les petits établissements

S'il est un point sur lequel l'unanimité est atteinte chez les médecins – nous le verrons plus bas, cette unanimité n'est pas systématique sur tous les sujets – c'est bien sur le surcroît de qualité que les établissements de petite taille apportent à la communication qu'ils entretiennent avec les directeurs. Il semble même exister un véritable gradient dans la facilité qu'ont les deux corps à communiquer selon la taille de l'hôpital, souvent liée à son statut.

Ainsi, les praticiens ayant suivi leurs études ou exercé en CHU font tous le constat d'échanges quasi inexistantes, en tout cas très distants, avec les directeurs, et dressent souvent le portrait d'une communication moins fluide et plus conflictuelle que dans des

établissements « périphériques », comme le GHBS³³. Celui-ci, 3^e établissement public de santé de Bretagne, a acquis par fusion, en 2018, une taille critique dont beaucoup de médecins déplorent l'effet qu'elle a eu sur la communication avec les directeurs, par rapport à celle qui prévalait au temps des quatre centres hospitaliers indépendants qui lui préexistaient. Enfin, la qualité de la communication entre médecins et directeurs est saluée par tous les médecins de l'EPSM Charcot.

S'il pourrait s'agir d'un cas d'école et d'une situation fortuite, non reproductible dans tous les établissements, il semble pourtant que ce critère de la taille soit un facteur incontournable quand il s'agit d'analyser la communication entre médecins et directeurs. En effet, les deux corps en font, sans que le guide d'entretien ne les y encourage, un critère déterminant de ces échanges. Des individus et de leur plus ou moins bonne volonté à communiquer ou de leurs capacités à le faire, il n'en est guère question. Si les personnalités peuvent plus ou moins inciter à l'échange, la taille de l'établissement, qu'elle se manifeste par le nombre de ses professionnels ou son étendue géographique, reste un élément incontournable.

Un hôpital de taille plus réduite permet ainsi des échanges plus directs entre médecins et directeurs, et ce quelle que soit la position institutionnelle du médecin. Les intermédiaires se font moins nombreux et surtout, les directeurs ont les moyens de connaître l'ensemble du corps médical, quand il n'est pas trop nombreux³⁴.

Enfin, au-delà de la seule question de la taille, le statut, la localisation et plus généralement la stratégie et les difficultés auxquelles est confronté un établissement peut avoir une influence sur la communication entre directeurs et médecins. Ainsi, les praticiens interrogés décrivent une culture de la communication inter-personnelle plus développée dans les établissements périphériques et les EPSM que dans les CHU, en tout cas pour les médecins « non institutionnels ». Par ailleurs, dans les établissements souffrant de

²⁸ Ce constat est également fait dans WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, op. cit.

³⁴ Une médecin, passée par le GHBS et l'EPSM, estime ainsi : « *Je relie vraiment les différences de communication à la taille de l'établissement, il y a vraiment une taille critique. Faut-il faire des rencontres individuelles, venir à l'improvvisu dans le service ? Avec 400 médecins, la DAM peut prendre 6 mois rien que pour ça !* ».

difficultés de recrutement médical, l'attention portée par les directeurs aux médecins et aux échanges qu'ils entretiennent avec eux sera plus appuyée³⁵.

B) *La proximité : en finir avec la direction sans visage*

La communication est également facilitée dans les établissements de taille plus réduite par une organisation administrative plus légère, rendant l'identification des acteurs beaucoup plus aisée³⁶.

Ainsi, nombre de médecins font le constat, au GHBS, d'une administration pléthorique. Certains la considèrent d'ailleurs comme un tout uniforme ne permettant pas de distinguer nettement les responsables d'un sujet et, *a fortiori*, les directeurs compétents, tant les champs de responsabilités sont scindés entre plusieurs personnes. Lorsque les services administratifs sont très fournis, accéder à leurs directeurs devient, finalement, une gageure³⁷.

Dans les établissements plus petits, comme l'EPSM Charcot, les compétences de chaque directeur semblent mieux identifiées par les médecins.

L'influence de l'organisation territoriale est également importante en matière de proximité et d'identification des acteurs. Avant la fusion ayant donné naissance au GHBS, chaque centre hospitalier disposait d'un directeur propre ; depuis 2018, la majorité des directeurs sont basés sur le site principal du Scorff, à Lorient, tandis qu'ont été nommés des directeurs référents de sites, parfois communs à plusieurs d'entre eux. La vacance du poste de directeur délégué des sites de Quimperlé et du Faouët a également marqué les esprits, et les médecins ont pu noter une différence majeure dans la communication avec l'équipe de direction depuis l'arrivée, en janvier 2021, d'une directrice déléguée à Quimperlé. Sur les sites extérieurs à Lorient, en effet, l'interlocuteur privilégié, au sein de

³⁵ Comme le résume un psychiatre de l'EPSM Charcot : « *Le rapport de force est différent : au CHU, les médecins se battent pour avoir des postes, ici, les directeurs se battent pour avoir des médecins* ».

³⁶ HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc et PAULA Emilie Morgan De, « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *op. cit.* : « *La multiplication des informations et le flot toujours plus important de données à gérer constituent une difficulté croissante à mesure que les institutions fusionnent et que leurs structures se complexifient. La répartition des responsabilités assez souvent nébuleuse dans une hiérarchie démultipliée [...] contribue à la perte d'informations et à la difficulté d'établir une communication de qualité avec les différents acteurs* ».

³⁷ Selon un médecin, « *La masse critique de l'établissement finit par faire qu'on ne sait plus qui fait quoi : on veut faire avancer un projet qui a plusieurs interactions, plusieurs personnes responsables, et on ne sait plus qui est en charge* ».

l'équipe de direction, est le directeur de site, les autres membres n'étant sollicités que pour des problématiques extrêmement ponctuelles, et souvent sur conseil du directeur de site³⁸. Il est donc important, pour les médecins, d'être en mesure d'identifier à quel directeur s'adresser lorsqu'ils en ont besoin.

Cette proximité, qui permet des échanges plus réguliers et plus nourris, possède un impact positif, selon les praticiens interrogés, sur la gouvernance hospitalière et le fonctionnement quotidien des services. Une communication aisée avec des directeurs bien identifiés permet donc une avancée plus rapide des dossiers, une plus grande réactivité sur les problématiques du quotidien et, finalement, une plus grande motivation des équipes médicales.

La proximité, au-delà de ces bienfaits organisationnels, permet également à la communication entre médecins et directeurs d'être davantage personnalisée, et de témoigner davantage de reconnaissance.

2.1.2 L'hôpital à taille humaine : personnalisation et reconnaissance

A) *Personnaliser les relations, un enjeu de communication*

La personnalisation des relations est en effet un enjeu important pour une communication de qualité entre médecins et directeurs hospitaliers. Il s'agit de créer une relation de confiance en vue d'échanges plus fluides, plus directs et, finalement, plus productifs. Or cette relation de confiance ne peut s'envisager que dans un contexte *d'intuitu personae*, ou, du moins, en groupes restreints.

Comment, en effet, sortir de l'opposition, exposer avec honnêteté ses vues, dépasser les préjugés propres à chaque corps, si l'autre n'est pas considéré dans son individualité, et non seulement comme le porte-voix d'une position qui ne serait que celle de son corps ou communauté ?

La communication personnalisée, en plus de présenter les avantages évoqués plus haut de l'informalité, a le mérite de permettre à chacun d'exposer ses doutes, ses interrogations, ses incompréhensions, mais également ses satisfactions. Elle permet

³⁸ Une autre médecin, particulièrement concernée par la fusion des CH et la création du GHBS, décrit ainsi le fonctionnement du nouvel établissement, depuis un site extérieur à Lorient : « *On sollicite d'abord le plus proche, la directrice déléguée, et ensuite c'est elle qui sollicite les autres, parce qu'on ne sait pas qui s'occupe de quoi. Pour les autres directeurs, en général on s'arrête à la directrice déléguée* »

d'entrer plus finement dans les ressorts d'une décision, et par là-même de la fonder plus solidement, lorsque les directeurs conçoivent plus précisément, par la connaissance d'une expérience individuelle, les enjeux que cette décision peut avoir sur la communauté médicale et les services.

Enfin, dans un contexte, on l'a dit, de désaffection de bon nombre de jeunes médecins pour l'investissement institutionnel, la communication individualisée avec les directeurs peut susciter des vocations en laissant entrevoir la possibilité d'un véritable dialogue en matière de gouvernance.

Cet investissement institutionnel peut également être encouragé par l'expression, par les directeurs, de reconnaissance envers les médecins, expression facilitée par cette personnalisation des échanges.

B) *La reconnaissance, clé d'une communication et d'une gouvernance réussies*

Au fil des entretiens, la notion de reconnaissance est très souvent mentionnée comme un impératif d'une bonne communication entre médecins et directeurs.

Ainsi, dans un contexte hospitalier difficile, et où les projets se succèdent à vive allure, le risque est grand, pour les directeurs, de paraître ne pas suffisamment valoriser les initiatives et le travail des médecins. Ceux-ci sont en effet nombreux à demander, de la part des directeurs, une manifestation de satisfaction, de gratitude, ou du moins d'une conscience des efforts fournis³⁹.

Ce besoin de reconnaissance peut étonner dans une relation professionnelle non hiérarchique, d'autant plus qu'il ne semble valoir qu'à sens unique, aucun directeur interrogé n'ayant exprimé une nécessité de reconnaissance à son égard de la part des médecins. Les compétences de chaque métier, on l'a dit, étant très largement différentes, le *satisfecit* des médecins sur l'activité des directeurs ne devrait avoir que peu de valeur pour les praticiens.

Et pourtant, il ne s'agit pas là, pour les médecins, de demander des compliments et des félicitations sur leur activité purement médicale, mais plutôt des marques de connaissance

³⁹ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland et PERON Sylvie, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2013. : « C'est l'ensemble des pratiques de l'institution, quand bien même elles seraient pour certaines de l'ordre du symbole, qui vont en faire une organisation accueillante. [...] Si l'institution émet des messages de reconnaissance autour des missions accomplies et de la prise en charge des patients, il en résulte un sentiment de valorisation. »

et de reconnaissance face aux efforts fournis dans l'organisation du service et, en cas d'efforts infructueux, une prise de relais par les directeurs.

Ainsi, les médecins affirment ne pas avoir recours, dans un premier temps, aux directions fonctionnelles pour résoudre leurs problématiques de service (effectifs médicaux, lignes de garde, etc). Celles-ci sont d'abord abordées collégialement, entre médecins, pour tenter d'y apporter une solution. Ce n'est que si ces tentatives sont infructueuses que les directions concernées sont sollicitées.

Les praticiens estiment alors que leurs efforts pour régler ces problèmes sont parfois insuffisamment pris en compte, et qu'ils peuvent se sentir jugés responsables de l'échec de ces tentatives⁴⁰.

Les médecins semblent en effet considérés, à l'hôpital, comme étant en mesure de se manager tout seuls, leur indépendance technique et fonctionnelle étant supposée les éloigner de toute intervention de la direction. Ce postulat, inconscient chez beaucoup de médecins et de directeurs, conduit à une prise de distance de la direction par rapport aux problématiques quotidiennes des médecins, jugés à même de les régler d'eux-mêmes, d'où un étonnement quand les services des directeurs sont finalement requis.

De la même façon, parce qu'elle apparaît comme auto-gérée, l'activité médicale semble moins supervisée par la direction, en tout cas dans ses aspects quotidiens. D'ailleurs, s'il existe dans les établissements une direction des soins, on peut estimer que l'équivalent médical n'existe pas, la direction des affaires médicales se rapprochant davantage d'une direction des ressources humaines. Il est vrai que le volume des effectifs n'est pas le même.

Ce statut particulier des médecins, réputés à même de s'auto-gérer largement, conduirait donc à un certain manque de reconnaissance. Celle-ci, nous le verrons, passe d'abord par la connaissance de l'activité médicale et des contingences des médecins. Dès lors, naturellement, la reconnaissance découle de la personnalisation des relations. Pour être en mesure de reconnaître et d'apprécier l'activité et les efforts d'une personne, encore faut-il être en mesure de les connaître.

La reconnaissance repose aussi sur des manifestations explicites de satisfaction et de gratitude, même si celles-ci peuvent, parfois, paraître quelque peu artificielles lorsqu'elles prennent la forme de remerciements officiels⁴¹. De telles initiatives de la part de la direction,

⁴⁰ « Sur plein de questions, on est entendus, mais parfois, on attend quelque chose de la direction qui nous renvoie la faute ».

⁴¹ « Un petit mail pour dire « merci pour vos efforts », OK c'est démago, mais ça peut faire plaisir ! ».

notamment pendant la crise sanitaire, ont pourtant été largement appréciées par les médecins.

Le risque d'un manque de reconnaissance est celui d'une rupture de confiance entre médecins et directeurs, une sensation d'être, aux dires d'une médecin, « *les galériens qui rament* », au risque d'une rupture de la communication, ou d'un court-circuitage des réseaux habituels de communication pour tenter d'interagir avec le directeur qui, lui, sait exprimer cette reconnaissance.

La taille de l'établissement, parce qu'elle permet une plus ou moins grande proximité organisationnelle et personnelle, est donc un facteur important pour la qualité de la communication entre médecins et directeurs. Un autre axe d'explication, non moins essentiel, aux difficultés qui peuvent émailler cette communication, est davantage sociologique.

2.2 Les facteurs sociologiques : 2 corps en chiens de faïence

Médecins et directeurs ont beau travailler dans une démarche partenariale au service de l'hôpital, leur communication est marquée par une notable méconnaissance mutuelle (2.2.1), qui pourrait cependant se résorber (2.2.2).

2.2.1 2 corps *a priori* similaires mais qui se méconnaissent

A) *Un fonctionnement de corps commun, mais qui s'exerce différemment*

La méconnaissance de chacun des deux corps vis-à-vis de l'autre peut sembler étonnante, précisément du fait du fonctionnement corporatiste des deux professions.

Ainsi, les médecins et les directeurs appartiennent à des corps professionnels, que l'on pourrait définir comme des ensembles de personnes appartenant à une même catégorie professionnelle. Dans le cas de ces deux professions, l'identité de ces corps est particulièrement marquée, et même organisée réglementairement. Ainsi, les directeurs d'hôpital forment un corps au sens du droit de la fonction publique, de création relativement

récente⁴², les soumettant à un statut qui leur est propre⁴³. Les médecins, quant à eux, sont regroupés dans un ordre national, décliné au niveau régional et départemental. Les différents statuts applicables aux médecins hospitaliers ne semblent pas influencer sur cette unité médicale.

Au-delà de cette organisation règlementaire, chacun des deux corps a une identité forte. Pour les directeurs, la formation commune, aujourd'hui de deux ans, au sein de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) est un fort vecteur d'identité ; sitôt arrivés à l'hôpital, les jeunes directeurs sont considérés par leurs collègues comme des pairs, dans un corps à l'effectif réduit (3 000 directeurs, contre environ 50 000 médecins hospitaliers⁴⁴). L'identité commune des médecins hospitaliers, quant à elle, semble se constituer davantage par le compagnonnage et la reconnaissance mutuelle⁴⁵, alors que l'acquisition de cette identité se fait sur un temps plus long, celui des études de médecine³⁹.

L'organisation des deux professions en corps est donc commune, même si, on le voit, les fondements de chaque corps sont différents⁴⁶.

Les *habitus* n'en sont également pas les mêmes⁴⁷ ; parmi eux, on peut envisager la hiérarchie et mobilité.

De la hiérarchie, il a déjà été question plus haut. Notons simplement que, malgré une organisation pyramidale qui influe sur les acteurs de la communication avec les directeurs, les médecins hospitaliers n'entretiennent pas, entre eux, de relations hiérarchiques dès lors que les fonctions de responsabilité, et notamment celle de PCME, relèvent de l'élection⁴⁸. Du fait de cette absence de hiérarchie formelle, et également du fait d'une sociologie de corps, les médecins apparaissent comme un groupe bien moins

⁴² SCHWEYER François-Xavier, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, , XLIV-135, 1 août 2006, p. 45-60.

⁴³ Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁴⁴ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public*, *op. cit.*

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ CAVALIER Monique, DALMASSO Richard et ROMATET Jean-Jacques, *Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ?*, Ramonville Saint-Agne, France, Érès, 2002.

⁴⁷ WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, *op. cit.*

⁴⁸ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public*, *op. cit.*

discipliné que celui des directeurs⁴⁹. Le consensus et l'opinion commune y sont donc bien plus difficiles à trouver que chez les directeurs, organisés hiérarchiquement.

La mobilité, quant à elle, revient très régulièrement dans les entretiens comme étant un facteur d'incompréhension et de mauvaise communication entre médecins et directeurs. Les deux corps, en effet, n'ont en général pas les mêmes rythmes de mobilité, les médecins étant sédentaires et les directeurs plus nomades⁵⁰. Alors qu'un médecin peut décliner toute sa carrière dans un même établissement, qui peut également être celui où il a fait ses études, les directeurs, eux, sont beaucoup moins attachés à un établissement, et leur mobilité tend à être érigée en qualité pour la progression de la carrière. Cette différence a une influence notable sur l'intercompréhension et la communication avec les deux corps, les médecins pouvant rapidement juger que l'action des directeurs n'est pas guidée par l'intérêt général mais par des impératifs de carrière, ou, du moins, que peu importe aux directeurs l'issue de certains dossiers, puisqu'ils ne seront plus là pour la voir⁵¹.

Enfin, est également identifiée, au titre des obstacles à la compréhension mutuelle et à la communication entre médecins et directeurs, les différences sociologiques entre les deux corps : la communication non verbale est ainsi évoquée, le modèle du directeur « en costume-cravate » étant parfois rejeté car pourvoyeur d'une distance indésirable, ainsi que la plus grande habitude de l'expression en public ou de l'assistance aux réunions (pourtant désormais partagée par les chefs de pôle), pouvant placer le directeur dans une position dominante peu propice à une communication équilibrée⁵².

⁴⁹ « On a un côté je-m'en-foutiste en médecine, un côté cow-boy, on nous apprend qu'on est médecins et qu'on fait ce qu'on veut. Et c'est peut-être quelque chose qui diffère avec les directeurs. Les médecins, on s'écharpe à chaque fois, le corps n'est vraiment pas discipliné. Moi quand je vois les directeurs, ils sont bien disciplinés, bien habillés, avec une bonne communication bien retenue... »

⁵⁰ AUBERT François-Jérôme, *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public*, op. cit.

⁵¹ Une médecin : « On sait que vous êtes voués à ne pas vous attacher à un endroit et à partir, et à faire ce que vous avez à faire sans en avoir rien à foutre parce que ce ne sera plus votre hôpital dans 2 ou 5 ans. »

Un directeur : « Il y a aussi des objectifs de carrière : un DH reste 2-3 ans, un PH 30 ans... Je suis là depuis 5 ans, je vais connaître mon 4^e DGA, j'ai vu 3 DRH, 3 DAF. Donc ce sont 2 métiers qui ne fonctionnent pas au même rythme. »

⁵² « Je fais partie d'un comité de pilotage parce que la PCME me l'a demandée, je n'ai pas dit non car elle est gentille, mais franchement je ne sais pas ce que je fais là, je n'ai pas ma place, il faut côtoyer des directeurs et je ne veux pas, pas parce que je ne les aime pas mais parce que je ne suis pas à l'aise, avec mon pyjama et mes sandales ! ».

B) *Une méconnaissance de l'activité et des contingences de chacun*

Le fait que les habitudes des deux corps soient si différentes peut sans doute fournir une part d'explication à la méconnaissance qui existe entre les deux professions.

Ainsi, à la question de savoir si l'interrogé estimait bien connaître l'activité et les contingences de l'autre profession, la réponse, quel que soit le corps d'appartenance, est unanimement non.

L'avis est très tranché du côté des médecins, qui éprouvent tous des difficultés à percevoir en quoi consiste l'activité quotidienne d'un directeur. Selon François-Jérôme Aubert, la raison en est sans doute que l'activité du directeur d'hôpital « n'est pas visible socialement, au sens où il n'est pas possible de se représenter facilement ce qu'il fait concrètement ». Les médecins ne remettent pourtant pas en cause l'utilité du rôle du directeur, considéré, comme, on l'a vu, capable de trouver des solutions à certaines situations grâce à ses compétences particulières, ses connaissances théoriques et son réseau, et « *travaillant beaucoup* ».

La connaissance qu'ont les directeurs de l'activité quotidienne des médecins n'est pas, quant à elle, très supérieure. Elle l'est sans doute un peu, parce que l'activité médicale est plus transparente et constitue, avec l'activité soignante, le cœur de métier de l'hôpital, celui au service duquel travaillent les directeurs. De plus, l'imaginaire collectif se représente davantage ce que fait un médecin de ses journées, même si cette représentation peut être faussée. Cependant, les directeurs avouent sans mal ne pas être exactement au fait de cette activité, même si la connaissance peut varier selon la direction fonctionnelle, en fonction des relations que le directeur entretient, du fait de ses attributions, avec les médecins. Les fonctions supports (DAL, DSI, etc) semblent ainsi avoir des rapports privilégiés avec les praticiens. Cependant, cette connaissance n'est que partielle⁵³.

On peut également noter une ignorance quasi-généralisée, chez les médecins, du parcours et du cursus des directeurs. Si les études de sciences politiques et d'économie leur apparaissent comme incontournables pour tout directeur qui se respecte, l'existence d'une école commune et la diversité possible des parcours n'apparaît pas dans les réponses apportées, lorsque la question était posée. Au cours des entretiens, la curiosité et l'interrogation sont néanmoins souvent venues des médecins, profitant de notre présence pour se renseigner sur la question.

⁵³ Un directeur : « *Je ne connais pas tout ce qu'ils font, non. Et je ne connais pas tous leurs besoins, mais une majorité. Quand on s'intéresse à eux et à leur quotidien, ça vient, mais il faudrait qu'on aille dans les services pour se rendre compte de leur quotidien, et qu'ils viennent aussi voir notre contraintes.* »

Enfin, la méconnaissance entre les deux corps se manifeste aussi dans les difficultés d'identification des directeurs que montrent certains médecins. Ainsi, beaucoup utilisent le terme d'*administration*, parfois péjorativement, le plus souvent de façon neutre, englobant dans cette locution les directeurs, mais aussi l'ensemble des services administratifs de l'établissement. Il a parfois été difficile, lors des entretiens, de recentrer l'échange sur les seuls directeurs. Cette administration hospitalière peut, comme le souligne un chef de service, inclure une large population, du gestionnaire de paie au Premier ministre. De là à assimiler les directeurs à des hommes et femmes politiques, il n'y a qu'un pas, et le rôle des directeurs est ainsi régulièrement mal appréhendé, certaines décisions nationales critiquées avec virulence pouvant leur être, même inconsciemment, attribuées, surtout de la part des médecins les plus éloignés des fonctions institutionnelles.

Ce portrait d'un défaut de connaissance mutuelle entravant la communication entre médecins et directeurs ne doit toutefois pas occulter des perspectives d'amélioration.

2.2.2 Des relations entre corps qui évoluent : l'espoir de mieux communiquer ?

A) Vers un alignement sociologique des deux corps

On l'a vu, les différences de fonctionnement entre les deux professions peuvent conduire à une incompréhension, et ainsi rendre plus difficiles les échanges et la communication.

Ces différences, bien que certaines soient intimement liées à la nature même des corps, semblent tout de même, au fil du temps, s'atténuer.

Ainsi, les préjugés, stéréotypes et *a priori* que chaque profession peut avoir à propos de l'autre seront sans doute amenés à céder, face à une réalité qui ne leur correspond plus vraiment. Si, il y a quelques années, le médecin hospitalier pouvait encore satisfaire à son image d'intouchable *mandarin*, la situation aujourd'hui est bien autre. La démographie médicale évolue, et les identités changent⁵⁴. Au titre de ces changements, on cite

⁵⁴ SCHWEYER François-Xavier, « Sociologie des professions du champ sanitaire et social », *Le management en santé*, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2018, p. 121-137.

classiquement la féminisation de la profession⁵⁵, et la modification de la conception du métier et des aspirations des médecins⁵⁶. La médecine, notamment hospitalière, ne doit plus être un sacerdoce⁵⁷, malgré les contraintes que le service public hospitalier fait peser sur ses agents.

Les habitudes, et ainsi la communication non verbale, évoluent aussi. Un des directeurs interrogés, à quelques mois de la retraite, observait ainsi le gouffre existant entre le comportement des médecins rencontrés à son début de carrière, et ceux d'aujourd'hui⁵⁸.

Le corps des directeurs d'hôpital s'est lui aussi féminisé⁵⁹, mais sa démocratisation n'a pas été aussi forte. L'évolution sociologique et des mentalités paraît plus lente que chez les médecins, et les habitudes de « notabilité » semblent perdurer. Un frémissement semble toutefois pouvoir être observé parmi les jeunes générations, qui commencent à envisager différemment leur carrière, leur temps de travail ou même leur tenue vestimentaire.

Chacun remettant ainsi en cause les pesantes traditions de son corps, les barrières pourraient ainsi être destinées à s'abaisser, chaque profession devenant beaucoup moins impressionnante pour l'autre. Car nombreux sont les médecins interrogés à estimer que « *discuter avec un directeur, ce n'est pas rien* », tandis que les directeurs, eux, même si cela se manifeste peu dans les échanges, sont encore éduqués dans une certaine déférence, parfois excessive, envers le corps médical.

Dès lors, peut-être, si ces freins à des échanges naturels et fluides s'estompent, peut-on espérer, dans l'avenir, une facilitation de la communication entre les deux corps.

⁵⁵ BENHAMOU Ségolène, « Féminisation de la médecine », *Revue de la FHP-MCO*, 2018, p. 4. : en 2018, les femmes représentaient 47% des effectifs médicaux en activité, soit 9 points de plus qu'en 2009.

⁵⁶ PIERRU Frédéric, « Différences et conflits générationnels à l'hôpital : mythe ou réalité ? », disponible sur Internet : <https://www.mnh.fr/sites/Mediceo/home/actualites/mainContent/actualites/differences-et-conflits-generationnels-a-lhopital--mythe-ou-realite.html>.

⁵⁷ « La nouvelle génération de médecins refuse de sacrifier sa vie privée », *La Croix*, 24/06/2013 p.

⁵⁸ « *Quand je suis arrivé à l'hôpital, les médecins étaient des caricatures, vieux ronchons qui sortaient de leur limousine. Aujourd'hui ils viennent en vélo, sont en sandales, barbues, chevelus... Du côté des directeurs, c'est encore très bourgeois notarié* ».

⁵⁹ ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'HOPITAL, *L'égalité hommes/femmes chez les directeurs d'hôpital*, Association des directeurs d'hôpital, 2012.

B) *Une vision quasi-convergente de la gouvernance et de la communication*

La communication entre médecins et directeurs pourrait également être influencée positivement par une convergence sur les principes de gouvernance hospitalière, ainsi que sur une conscience commune de la nécessité impérieuse de communiquer.

Ainsi, comme évoqué plus haut, les médecins reconnaissent l'importance du rôle des directeurs, et leur accordent la légitimité nécessaire pour le mener à bien. Ce rôle consiste en une administration de l'hôpital, c'est-à-dire un pilotage de l'activité, des ressources et des dépenses pour tenter de trouver un équilibre entre ces paramètres, qui est parfaitement assumée par les médecins. Or, cette acceptation procède d'une longue évolution dans la profession qui, pendant longtemps, n'estimait pas nécessaire un tel pilotage.

Lors des entretiens, beaucoup de praticiens se sont fait l'écho de ce changement. Ainsi, sans qu'on les y incite, les médecins se révèlent presque unanimement conscients de la nécessité d'une administration, notamment économique, de l'hôpital, mais, chose étonnante, beaucoup tiennent à se singulariser en s'estimant marginaux, dans la profession, à tenir ce discours. En somme, ces praticiens se comportent comme s'il y avait quelque honte, dans leurs corps, à admettre la nécessité d'un contrôle des dépenses à l'hôpital, et surtout un contrôle qui ne serait pas réalisé par eux-mêmes. Et pourtant, tous sont bien du même avis, sonnante la fin d'une période où, selon eux, les médecins faisaient bien peu de cas des deniers publics. Reste, pour les praticiens, le souhait d'une plus grande participation à la gouvernance de l'établissement.

Cette reconnaissance du rôle de gestionnaire du directeur, et la légitimité qui lui est accordée par les médecins, pourrait être de nature à fluidifier les échanges entre les deux corps, la notion de rationalité dans l'activité hospitalière étant admise par tous.

L'intérêt d'une communication entre les professions est également plébiscité, par les médecins comme les directeurs, dans des termes parfois forts. Tour à tour, cette communication peut être qualifiée de fondamentale, d'essentielle, d'indispensable et même de vitale⁶⁰. La complémentarité des compétences et cette fonction de gestion reconnue aux directeurs, sont citées en justification.

Alors, si les voyants sont au vert pour améliorer encore la communication entre médecins et directeurs, comment, concrètement, y parvenir ?

⁶⁰ Les réponses complètes à cette question sur le niveau d'importance de la communication entre médecins et directeurs figurent en annexe, et montrent l'unanimité sur le sujet.

3 Mieux communiquer : vers la transparence et la fin de la culture de l'évidence

Les médecins hospitaliers attendent de la direction une communication transparente (3.1), et une véritable connaissance de l'activité médicale, construite à leur contact (3.2).

3.1 Une transparence maîtrisée

Un équilibre doit être trouvé entre une communication à la fois réactive au service du quotidien (2.2.1), mais également proportionnée et nécessaire (2.2.2).

3.1.1 Répondre et expliquer, quitte à refuser : l'enjeu de la réactivité

A) *En finir avec l'absence de réponse : un besoin de réactivité pour les irritants du quotidien*

Le rôle d'un directeur d'hôpital peut essentiellement se résumer en deux missions. La première consiste à élaborer la stratégie de l'établissement et à en développer l'activité, notamment par des projets. La seconde, qui est peut-être la plus importante, vise à permettre à l'activité quotidienne de l'hôpital de se réaliser, en accordant à ses acteurs les moyens de remplir leurs fonctions.

Si le volet stratégique et la gouvernance par projets est souvent l'occasion d'une communication nourrie et d'un partenariat entre médecins et directeurs⁶¹, la gestion quotidienne, pouvant paraître moins valorisante pour l'un comme l'autre des deux corps, ne doit pourtant pas être laissée de côté.

En effet, la gestion trop lointaine de ce quotidien et la multiplication des « irritants », situations persistantes pouvant sembler mineures mais qui rendent plus difficile la pratique, sont pourvoyeuses d'une défiance entre médecins et directeurs. Ici, le manque de communication est à la fois cause et conséquence : parce que le directeur ne répond pas, ou en tout cas pas suffisamment ou pas assez rapidement aux yeux du médecin, celui-ci, par la suite, choisira de ne plus avoir recours au directeur, ce recours étant jugé inutile. La

⁶¹ WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, op. cit.

communication étant stoppée, la confiance s'enfuit et le partenariat entre les deux professions risque de s'épuiser.

Concrètement, ce manque de réactivité sur les « irritants du quotidien » peut se manifester, selon les médecins, par une absence de réponse aux sollicitations adressées aux directeurs, ou par une réponse trop tardive entraînant un blocage de la situation pouvant conduire à une désorganisation du service.

Les sollicitations concernent souvent le quotidien (établissement de conventions, recherche de remplacements, demande de matériel), mais également de projets qui, aux yeux des médecins, pourraient être facilement mis en place, avec un effet selon eux très positif pour l'activité quotidienne de l'hôpital. Le constat est donc fait d'une temporalité différente entre les médecins et les directeurs, comme elle peut l'être sur la mobilité de carrière ; cette fois, cependant, la temporalité des médecins est plus courte que celle des directeurs⁶².

Si cette lacune est justifiée par les médecins (« *les directeurs ont beaucoup de travail et sont très sollicités* »), elle est toutefois l'un des principaux reproches adressés à la communication avec les directeurs. Ces derniers se disent, cependant, bien conscients de cette nécessité de réactivité^{63 64} et, s'ils reprochent beaucoup moins aux médecins leur manque de réactivité que l'inverse, l'absence de réponse des praticiens aux sollicitations revient assez régulièrement dans les discussions.

Surtout, ce point de vigilance paraît justifier la préférence des professionnels pour des moyens de communication très directs, informels et même oraux, dès lors que le courriel apparaît, sur le thème de la réactivité, comme le principal obstacle à l'obtention d'une réponse rapide. La communication entre médecins et directeurs, nous le verrons, pourrait s'enrichir d'une véritable réflexion sur les outils de communication.

⁶² « *Quand on est médecin dans la production de base, dans les soins, on a du mal à comprendre qu'un souci matériel qu'on rencontre et qui paraît relativement simple mette autant de temps à se régler.* »

⁶³ Une directrice : « *Ce qui fait un bon directeur, c'est sa capacité à être présent quand il y a un problème* ».

⁶⁴ WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, op. cit.

B) *Clarté et simplicité pour une communication et une gouvernance partagées : la clé de la considération*

Mais d'abord, pour remédier à ces difficultés, deux mots d'ordre semblent s'imposer : la clarté et la simplicité.

Clarté d'abord, car il s'agit pour les directeurs d'être honnêtes et transparents, dans la mesure du possible, avec les médecins. Ainsi, ceux-ci s'estiment tout à fait en situation d'obtenir des réponses, de les comprendre et de les accepter, quelles qu'elles soient. Un bref coup de fil pour assurer d'une prise en compte de la situation, voire une réponse négative argumentée, éventuellement de visu, sont autant d'éléments concourant à l'établissement d'une relation de confiance entre médecins et directeurs. L'honnêteté semble en effet passer par le rendu effectif d'une réponse, positive ou négative. Au fond, ce n'est pas tant le contenu de cette réponse qui influera sur la relation entre les deux corps que son expression et les efforts dont aura fait preuve le directeur pour l'expliquer et la faire comprendre au corps médical⁶⁵.

En effet, la réponse réactive, même négative, et argumentée (ou même l'absence argumentée de réponse !) est, pour les médecins, l'un des leviers essentiels de la considération dont font preuve, à leur égard, les directeurs. Le silence, au contraire, ou l'absence d'explication donne à voir un certain désintérêt, voire un mépris dangereux pour la confiance entre les deux corps⁶⁶. Ainsi, la communication joue un rôle essentiel dans les relations entre directeurs et médecins, individuellement mais aussi collectivement.

Simplicité, ensuite, car la communication passe également par la volonté d'être compris. Il ne suffit pas d'expliquer, encore faut-il adapter l'information donnée aux connaissances de son interlocuteur, à ses capacités de compréhension et au temps dont il dispose. Ainsi, parfois, nul besoin d'entrer dans les détails d'une décision. Pour les directeurs, un travail de synthèse, certes exigeant, doit être mené pour exposer certaines décisions aux médecins sous un format qui les rendra rapidement et aisément compréhensible, pour des professionnels dont le cœur de métier n'est pas la

⁶⁵ Un chef de pôle : « *Le mot qui revient souvent parmi les médecins quand on parle de l'administration, c'est l'inertie, et l'explication pourrait y remédier.* »
Une médecin ajoute : « *Il faut qu'on sache pourquoi des problèmes ne trouvent pas de solutions. Avoir une explication financière ou législative, qu'on nous dise ce qu'il en est et avec quoi on peut travailler, qu'il est bien entendu qu'il y a une souffrance au travail et qu'on fait avec ce qu'on peut et comprendre la part de ce qui est dans nos mains et de ce qui ne l'est pas.* »

⁶⁶ « *Quand les médecins interpellent l'administration, besoin d'une réponse très rapide, les temporalités ne sont pas les mêmes, et cela donne une impression d'éloignement voire de dédain de l'administration.* »

compréhension, par exemple, des mécanismes financiers de l'établissement⁶⁷ ! Là encore, l'adaptation du discours à la singularité du corps médical est une preuve de considération et de prise en compte de l'identité médicale. Ainsi, de la même façon qu'un médecin doit simplifier le discours sur son activité pour le rendre compréhensible par un directeur non-médecin, le directeur doit rendre son argumentation la plus claire possible pour des médecins non directeurs⁶⁸.

Dès lors, il apparaît que la transparence appelée de leurs vœux par les médecins est éminemment nécessaire, mais qu'elle doit être précisément travaillée ; elle est nécessaire, parce que les médecins sont en droit d'obtenir des réponses argumentées à leurs sollicitations ; elle doit être finement élaborée, pour s'adapter au mieux aux attentes des praticiens en matière de communication, c'est-à-dire l'honnêteté, la clarté et la simplicité.

Mais la communication ne doit pas non plus être excessive.

3.1.2 Agir sur les canaux de communication : en finir avec la communication à outrance

A) *Communiquer trop, communiquer mal*

Les lignes précédentes pourraient donner à penser que communication et quantité vont de pair, et que rien ne vaut une communication abondante entre médecins et directeurs pour en améliorer la qualité.

Pourtant, de la même façon que le contenu de la communication doit s'adapter à son interlocuteur, son volume doit également prendre en compte les capacités de réception, d'écoute et de traitement de l'information par son destinataire.

Ainsi, si, souvent, les médecins et les directeurs regrettent le manque de réponses à leurs sollicitations et de réactivité face à leurs besoins, beaucoup constatent paradoxalement une inflation du volume d'information, donné souvent sans discrimination aucune à l'ensemble de la communauté médicale voire soignante. Pour ces communications purement informatives sur des sujets très variés, le vecteur privilégié est

⁶⁷ « Quand, en CME, on nous passe 40 slides sur l'EPRD, on n'y comprend rien, la conclusion c'est toujours qu'on a pas gagné assez d'argent. Si on nous fait 5 slides résumées, c'est clair, la conclusion c'est qu'on n'a toujours pas assez gagné d'argent, mais on peut m'expliquer pourquoi. La communication, c'est la confiance. »

⁶⁸ WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, op. cit.

incontestablement le courriel. L'exemple souvent donné lors des entretiens concerne le thème de la Covid-19 : la communication a été massive sur le sujet, allant des comptes rendus de cellules de crise aux informations sur l'évolution des procédures, en passant par la dynamique de l'épidémie au niveau local ou régional. De multiples instructions, procédures ou lignes de conduite se sont succédé, parfois contredites, au rythme de l'incertitude inhérente à une crise sanitaire de cette ampleur⁶⁹.

Si l'effort de communication a été salué, cet exemple illustre les dommages que peut causer un excès de communication, alors que cet excès ne se limite pas à la crise, mais au quotidien de l'hôpital tout entier. Le trop-plein d'informations risque en effet de créer chez ses destinataires soit une confusion, soit, le plus souvent, un désintérêt⁷⁰. Le manque de temps pour tout lire est ainsi souvent cité comme justification, alors que les informations données par la direction ne sont évidemment pas les seules publications parvenant jusqu'aux médecins, par ailleurs abreuvés de communications scientifiques et médicales. Finalement, l'excès d'information conduit à une absence de réception et réaction.

A ce sujet, le courriel semble être le coupable tout trouvé : il est en effet si facile d'envoyer un mail, et encore plus aisé de ne pas le lire, ou de le supprimer. La sélection des destinataires, et une personnalisation de l'information à leur attention, doit aussi être envisagée.

B) *Vers de nouveaux moyens de communication : la nécessité d'une personnalisation*

Les moyens de la communication ont ainsi une grande importance. Ils concernent tout à la fois le vecteur mais aussi la forme donnée à cette communication. Ces moyens de communication doivent faire l'objet d'une véritable attention à l'hôpital pour rendre les échanges entre médecins et directeurs fluides et utiles.

Dès lors, la communication apportée par les directeurs au corps médical doit être ciblée ; il s'agit, particulièrement en matière d'information, de ne contacter que les individus pour lesquels cette information sera intéressante et sur l'activité desquels elle aura un impact. Ainsi, si certaines données peuvent concerner la communauté médicale au sens

⁶⁹ « *Tous les jours, nouvelles mesures sur l'accès à l'hôpital : est-ce qu'il ne faudrait pas mieux, une fois par semaine, une réunion de quelques minutes avec quelqu'un qui sait, et qui nous fait la synthèse, plutôt que des choses dispersées ?* »

⁷⁰ Une médecin : « *Notre temps est noyé, c'est parfois même stressant de recevoir tant d'information* ».

large, beaucoup d'informations, au contraire, n'auront une utilité que pour un service ou une spécialité. Or, on l'a vu, la multiplication d'une communication superflue empêche de prêter attention aux échanges qui, eux, présenteraient un intérêt concret.

Ce ciblage et cette simplification de l'information ont été mis en œuvre au sein du service des Urgences du GHBS, au niveau de l'équipe médicale. Chaque semaine, le chef de service choisit et résume les informations importantes de la semaine concernant l'unité, évitant à chacun de devoir prêter une attention trop soutenue aux multiples communication émaillant les boîtes mails. Si ce fonctionnement au niveau d'un service peut difficilement être reproduit tel quel pour la communication entre médecins et directeurs, la direction peut toutefois s'interroger, pour chaque information qu'elle diffuse, sur l'opportunité de la transmettre à tel ou tel acteur.

Le choix peut également être laissé aux individus de choisir le vecteur de communication dont ils souhaitent bénéficier. Ainsi, la crise sanitaire a été l'occasion, pour le GHBS, de produire, chaque semaine, une courte lettre d'information (une feuille recto-verso), à destination de l'ensemble des professionnels de l'établissement, reprenant l'essentiel des événements liés à la crise sanitaire ayant eu lieu les jours précédents. Cette feuille ne se substituait pas, pour autant, aux comptes rendus bien plus détaillés des cellules de crise, ou à d'autres vecteurs d'information plus spécifiques sur le même sujet. Cette organisation a eu, nous semble-t-il, le mérite de permettre à chacun d'évaluer le niveau d'information dont il avait besoin, avec la possibilité de bénéficier d'un accès rapide à une communication synthétique.

Les outils de communication utilisés sont aussi à interroger. Si le courriel est aujourd'hui roi, avec les inconvénients développés plus haut, des méthodes bien plus classiques montrent tout leur intérêt, comme l'usage du téléphone, de la rencontre physique, voire du papier. Du fait de sa rareté, ce dernier a le mérite, lorsqu'il est utilisé, en courrier ou en affichage, de marquer les esprits et ainsi d'être davantage lu qu'un courriel perdu au milieu de tant d'autres. Naturellement, si le papier redevenait un vecteur privilégié, la même problématique d'un risque de « noyade » de l'information surviendrait.

D'autres vecteurs de communication pourraient également être envisagés. Ainsi, l'usage du sms, rarement utilisé à un niveau institutionnel à l'hôpital, a été proposé par un directeur lors des entretiens. En effet, il présente l'avantage d'être obligatoirement court et percutant. L'enjeu de personnalisation et de ciblage des destinataires resterait le même qu'avec le courriel.

Enfin, l'on peut également songer au tchat, utilisé dans certaines entreprises, qui permet, à mi-chemin entre un courriel et un appel téléphonique, de communiquer rapidement et surtout brièvement avec des interlocuteurs choisis.

Le développement permanent des nouvelles technologies pourrait permettre, à l'avenir, de bénéficier d'outils de communication innovants. Néanmoins, aucun ne constituera une panacée ; une bonne communication entre directeurs et médecins passe par une réflexion constante sur le bon vecteur associé à la bonne information, et ne peut être standardisée.

Passant par la personnalisation la plus importante possible, cette communication sera également favorisée par une meilleure connaissance mutuelle des deux corps.

3.2 Connaissance et reconnaissance

La qualité de la communication entre directeurs et médecins est en bonne partie liée à la connaissance et à l'étroitesse de la relation que ces professionnels entretiennent au quotidien, et doivent donc cultiver (3.2.1). Plus largement, les efforts menés en matière de communication peuvent avoir des effets positifs essentiels à la pérennisation de notre système hospitalier (3.2.2).

3.2.1 Des directeurs dans les services, des médecins dans les bureaux : prendre conscience de l'autre

A) Apprendre à se connaître mutuellement pour mieux interagir

Nous avons montré plus haut que la communication entre les directeurs et les médecins hospitaliers souffrait d'un manque de connaissance mutuelle entre les deux professions. Si ce défaut découle d'une histoire tumultueuse et de formations encore trop lacunaires, des mesures peuvent être prises pour y remédier.

Ainsi, les formations respectives des deux corps ne peuvent se satisfaire du seul enseignement technique sur leur cœur de métier, sans qu'il permette un panorama des professions qui entoureront ces nouveaux professionnels et une véritable connaissance de ceux qui seront, au quotidien, des partenaires. Au cours des études de médecine, une présentation des fonctions des directeurs et des enjeux de gestion à l'hôpital, au moins pour les étudiants se destinant à un exercice public, permettrait à la fois d'améliorer la connaissance interprofessionnelle et, éventuellement, de susciter des velléités de participer

plus activement aux activités institutionnelles de l'hôpital. Parallèlement, la formation des directeurs d'hôpital pourrait inclure davantage d'enseignements sur l'activité médicale, voire de rencontres avec des médecins, au-delà de la seule présentation des principales spécialités et des statuts. C'est en effet par l'échange interpersonnel, la compréhension des attentes de l'autre, et la prise de conscience concrète de ses réalités que la connaissance se crée.

Ainsi, plus encore qu'au niveau très institutionnel que représentent les universités de médecine et l'EHESP, c'est sans doute d'abord aux étudiants et élèves eux-mêmes que revient la tâche d'échanger et de se rencontrer, pour donner le *la* de carrières qui ne pourront se dérouler qu'en communiquant et donc, en se connaissant. Chaque année, au sein des promotions d'élèves directeurs d'hôpital, des initiatives voient le jour pour rapprocher les deux professions⁷¹.

Les établissements de santé ont également leur rôle à jouer⁷² ; certains ont déjà pu prendre des initiatives⁷³ visant à permettre à des étudiants en médecine ou des internes de faire leurs premiers pas dans une équipe de direction, ou à créer une culture commune et intergénérationnelle entre les deux professions, par un système mentor/mentoré.

Cette connaissance peut également s'approfondir tout au long de la carrière. Dès la fin des années 1990, l'École centrale de Paris propose des diplômes permettant de « croiser les formations »⁷⁴ et de permettre à chaque corps hospitalier de s'acculturer à l'autre, en jouant tour à tour le rôle de formé et de formateur.

Enfin, loin des bancs de l'université et des organismes de formation, des initiatives sont possibles à une échelle plus réduite, dans chaque hôpital. Un des médecins interrogés émettait ainsi l'idée de *speed-datings*, brèves rencontres en duo permettant aux acteurs de faire connaissance, de présenter leurs fonctions et les services qu'ils pourraient rendre à leur interlocuteur. La mise en œuvre de cette idée serait chronophage et peu susceptible

⁷¹ Par exemple, la promotion Françoise Barré-Sinoussi d'élèves directeurs d'hôpital (2011-2012) avait constitué un partenariat avec l'Intersyndicat national des internes (Isni) pour permettre des découvertes mutuelles des métiers d'interne et de directeur d'hôpital. La promotion Louis Lareng (2020-2021), porteuse d'un projet d'activités communes avec des internes (séminaires, débats, événements communs) remis en cause par la crise sanitaire, a organisé une table ronde sur l'attractivité médicale, au cours de laquelle un représentant des internes était invité à exprimer les attentes des jeunes médecins.

⁷² WEINLING Mathilde, *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?*, op. cit.

⁷³ BUBIEN Yann, FAIVRE Jean-Christophe, LEVAILLANT Mathieu, PERRENOT Cyril et THOMAS Alexis, « Médecins/directeurs : des formations communes », *Gestions Hospitalières*, n° 556, octobre 2016.

⁷⁴ CAVALIER Monique, DALMASSO Richard et ROMATET Jean-Jacques, *Médecins, directeurs*, op. cit.

d'être généralisée à l'ensemble des praticiens, mais elle montre l'importance de la présentation et du premier contact dans la construction d'une relation. La notion d'accueil prend ainsi tout son sens, et doit être prise en compte par les directeurs lorsqu'il s'agit d'introduire de nouveaux médecins dans l'établissement.

B) *Montrer sa présence : connaissance et reconnaissance*

L'accueil consiste, pour tout professionnel, en l'établissement d'une relation personnalisée par l'attention portée à l'arrivée d'une personne dans une organisation. Il montre que le nouvel arrivant est connu et, finalement, reconnu en tant que partenaire pour le développement de l'établissement.

Cet accueil, et plus largement la relation entre professionnels à l'hôpital, portent en eux une notion physique. Pour les directeurs, il est nécessaire de se montrer physiquement, de créer un contact de visu avec les médecins, qui témoigne d'une volonté d'entrer en communication et de connaître l'autre.

A l'hôpital, les instances et autres réunions organisées par les directeurs se tiennent bien souvent dans les locaux administratifs. Les médecins amenés à y participer s'y rendent donc, alors qu'à l'inverse, les directeurs, à de rares exceptions près, ne se déplacent guère dans les services de soins. Une telle présence des directeurs dans les services aurait plusieurs avantages.

D'abord, puisque, nous l'avons dit, beaucoup de médecins n'ont pas de présence institutionnelle et ne participent pas aux instances, ils sont nombreux à ne pas connaître ne serait-ce que le visage d'un directeur. Se déplacer dans les services permet donc cette rencontre, ainsi qu'avec l'ensemble des équipes soignantes, et ainsi une certaine accessibilité.

Pour un directeur, le fait de se rendre dans les services permet ensuite de montrer sa considération pour l'activité médicale et ceux qui la pratiquent, sa reconnaissance, puisque le simple fait de faire l'effort, si modeste soit-il, de venir à la rencontre des équipes témoigne d'un intérêt à leur égard qui, trop souvent, ne transparait pas. Enfin, la présence d'un directeur dans les services lui donne l'occasion de voir illustrer très concrètement les difficultés et besoins auxquels peuvent être confrontés les médecins⁷⁵ ; l'action du directeur prend ainsi une tournure opérationnelle et pratique qui incite à la réactivité.

⁷⁵ Un chef de service fait état de ces intérêts au déplacement du directeur dans les services : « Un directeur y gagnerait beaucoup à se réserver du temps pour passer dans les services de temps en temps, pour voir comment les équipes travaillent, voir si ça va, etc. Cela permet de se mettre au

En somme, le directeur dans un service peut acquérir une légitimité par l'intérêt et la volonté de connaissance qu'il portera aux médecins. Il pourra ainsi davantage fonder ses décisions, qui seront mieux comprises par les médecins, car établies au contact du terrain⁷⁶.

Cependant, cette entreprise de connaissance par la présence ne peut se faire qu'en totale honnêteté. En ce domaine, les postures ne tiennent pas longtemps. Chaque profession détenant son propre espace, l'irruption dans le domaine de l'autre peut être diversement appréciée⁷⁷. La venue d'un directeur ne doit pas être suspectée d'une ambition de surveillance ou de curiosité malsaine. Des occasions peuvent ainsi permettre des visites et échanges avec les professionnels des services sans que ceux-ci ne soient le seul objectif de la venue : une directrice interrogée disait donc profiter de ses rendez-vous professionnels avec des praticiens pour se rendre dans leur bureau et, ainsi, s'autoriser une visite plus approfondie dans le service.

Une telle connaissance mutuelle pourrait ainsi faciliter la communication entre médecins et directeurs, dont dépend le bon fonctionnement de l'hôpital public.

3.2.2 La communication médecins-directeurs, indispensable à la pérennisation du modèle hospitalier

A) *La fin de la culture de l'évidence : une communication de confiance pour une vie professionnelle apaisée*

Il découle des pages précédentes qu'une bonne communication entre médecins et directeurs ne se présume pas, mais se construit. Or l'hôpital, alors qu'il est une structure d'une grande complexité (selon une image régulièrement convoquée, il serait même la structure la plus complexe après les centrales nucléaires !), fait trop souvent le pari de

niveau des soignants et de montrer qu'on est conscients de leur présence : c'est la question de la reconnaissance. Cela permet aussi de voir les irritants du quotidien, et d'expliquer pourquoi, parfois, ça n'avance pas : il faut donner du sens, expliquer qu'il est pour le moment impossible d'avoir une imprimante parce qu'on est bloqués par un contrat, etc. Le directeur n'est pas directement responsable de l'informaticien, mais aller dans les services permet de mettre la lumière sur certains éléments et leur donner du sens (par exemple, se rendre compte de l'utilité d'acheter plus de brassards à tension). »

⁷⁶ Une médecin : « il y avait un ancien directeur qui venait voir les plannings au bloc tous les jeudis, au moins il savait de quoi il parlait et donc quand il nous faisait des reproches on l'écoutait. »

⁷⁷ La même médecin ajoute à ce sujet : « Il faut des couilles pour venir, avec tout le monde qui vous regarde en biais ».

l'évidence et ne construit pas ni n'explique assez ce qui est pourtant essentiel à sa pérennité.

A l'hôpital, rien n'est évident, et le ballet apparemment si bien huilé de son activité n'a rien de naturel pour le néophyte qui fait ses premiers pas dans un établissement. Pourtant, lorsque l'élève directeur/trice arrive à l'hôpital, à moins d'une culture hospitalière pré-existante, il ne sait que bien peu de choses du fonctionnement d'un établissement, des centaines de métiers qui y travaillent, des enjeux qui s'y jouent, des problématiques de chaque service. Et quand un étudiant en médecine fait ses premiers pas à l'hôpital, il ne connaît que si peu à la gouvernance, à la gestion, aux ressorts de la grande machine qui l'accueille.

Pourtant l'hôpital, pris dans le tourbillon de son activité, fait encore trop peu l'effort de s'expliquer, de se dévoiler, y compris à ceux qui l'intègrent, et les formations hospitalières, médicales, soignantes ou administratives ne jouent pas non plus ce rôle. La culture de l'accueil et de l'explication reste à approfondir. Elle permettrait une arrivée plus douce à l'hôpital, et l'on se souvient de l'explication d'un chef de service à la désaffection des jeunes praticiens pour les fonctions institutionnelles, expliquant que leurs premiers pas à l'hôpital avaient été bien trop rudes pour qu'ils aient envie de s'y investir par la suite. Elle permettrait aussi, encore une fois, de réduire les biais cognitifs, de créer des habitudes communes, d'unifier les comportements.

Non, le fonctionnement hospitalier n'est pas une évidence, et si l'expérience permet d'en avoir une meilleure compréhension, rien ne vaut, même après des années, la relation, l'échange et la communication pour saisir, enfin, les arcanes de l'hôpital. Chaque jour, il faut formuler les choses, expliquer, justifier son action, auprès des siens mais également auprès des autres professionnels.

Il convient de garder en mémoire que rien, vraiment rien n'est évident pour qui n'a pas la même culture professionnelle, et que cette prétendue évidence peut donner lieu à des incompréhensions dangereuses et à des conflits. Si, bien souvent, la communication *a posteriori* permet de les désamorcer, remplacer en amont la culture de l'évidence par la culture de la communication permettrait bien souvent, à condition d'en avoir la volonté, des relations inter-professionnelles apaisées.

B) *Communiquer vers les médecins extérieurs: la clé de l'attractivité de l'établissement et la santé territoriale*

Mais ces relations ne valent pas qu'au sein de l'hôpital. La communication entre médecins et directeurs doit aussi se décliner à l'extérieur, au niveau territorial et au-delà.

Pour certains établissements, le recrutement médical peut être une gageure, dans des spécialités sinistrées comme peut l'être, par exemple, la pédopsychiatrie, ou dans des régions à faible démographie médicale. Pour ces établissements, et dans le but d'attirer des médecins, la communication peut jouer un rôle essentiel même si, naturellement, il n'est pas exclusif.

D'abord, le recrutement médical semble pouvoir s'apparenter à un véritable marché ; il faut alors séduire, attirer, rendre attractif l'établissement⁷⁸, en déployant une communication adaptée. Il faut, pour les directeurs responsables, identifier ce qui pourra, dans la politique et la stratégie de l'établissement, jouer ce rôle, envisager d'autres formes de gestion des ressources médicales, notamment territoriales⁷⁹, et également trouver les moyens de diffuser cette information. Là encore, le choix du vecteur et de la forme sera primordial, avec une adaptation de la communication aux besoins des diverses composantes de la population médicale : les médecins ne seront pas tous attirés par les mêmes choses, n'auront pas les mêmes attentes selon leur âge, leur spécialité, leur expérience, et bien d'autres facteurs encore.

Parmi les atouts de l'établissement valorisés par cette communication externe, la communication interne et les efforts menés en matière d'échanges entre médecins et directeurs pour la bonne marche de l'établissement peuvent être soulignés.

Enfin, la communication des directeurs avec les médecins s'inscrit aussi dans un cadre d'organisation et de qualité des soins sur le territoire. De plus en plus, la santé s'inscrit au niveau territorial et les établissements publics doivent collaborer avec de nombreux autres acteurs, qu'ils soient sanitaires, sociaux, médico-sociaux, privés ou publics, individuels et collectifs. Le lien ville-hôpital est de plus en plus valorisé, et de plus en plus nécessaire. Ainsi, comme avec tous les professionnels du secteur, des liens doivent se tisser notamment entre les directions et les médecins du territoire exerçant dans des

⁷⁸ CALMES Gisèle, BENZAKEN Sylvia, FELLINGER Francis, OLLIVIER Roland et PERON Sylvie, *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*, op. cit.

⁷⁹ *Ibid.*

établissements publics, privés ou en libéral⁸⁰. Là encore, il conviendra de trouver des moyens effectifs d'entrer en communication avec des structures souvent moins hiérarchisées que l'hôpital, et dont la représentation est ainsi moins évidente ; c'est ainsi le cas, par exemple, des médecins libéraux.

La communication entre médecins et directeurs, si elle est essentielle au quotidien à l'hôpital, l'est tout autant lorsqu'elle se tourne vers le territoire.

⁸⁰ Le rapport de la Fédération hospitalière de France de 2018 sur le thème « Renforcer le lien ville-hôpital » préconise ainsi certaines mesures en lien avec la communication, par exemple simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec une personne identifiée comme leur interlocuteur institutionnel.

Conclusion

La communication entre médecins et directeurs est donc une condition *sine qua non* du bon fonctionnement de l'hôpital. Elle permet en effet d'unir les compétences de chaque profession en vue d'un objectif commun, à déterminer collégialement par l'ensemble des acteurs.

Chaque métier pouvant faire valoir des fonctions et aptitudes différentes, la communication est essentielle pour que chacune des décisions prises à l'hôpital soit véritablement basée sur les fondements scientifiques, économiques, administratifs et juridiques nécessaires.

Les occasions et les moyens de communication ne manquent pas ; l'hôpital est en effet riche d'instances permettant aux médecins et aux directeurs, notamment, d'échanger. La nature et la qualité de la communication varient cependant beaucoup selon le vecteur de communication et l'identité des communicants. Ainsi, la communication informelle reste largement privilégiée et jugée plus productive, les instances, même si elles ont pu être renouvelées par la crise sanitaire, restent trop lestées du poids institutionnel. De même, la latitude à communiquer n'est pas la même selon les responsabilités institutionnelles des médecins, et la position fonctionnelle des directeurs.

Au-delà de l'identité des acteurs et des méthodes de communication, deux facteurs peuvent être identifiés pour expliquer les lacunes parfois observées au sein du GHT et pouvant exister dans les échanges entre médecins et directeurs. D'abord, la taille de l'établissement ; si l'époque est aux regroupements et aux directions communes, il convient de prendre garde aux effets que l'agrandissement des structures peut avoir sur la communication institutionnelle, qui risque de devenir moins fluide. La proximité des acteurs et la lisibilité des organisations sont ainsi un critère de réussite de la communication.

La méconnaissance mutuelle entre les professions est également un élément pouvant expliquer les défauts de communication existants entre médecins et directeurs. Malgré une organisation en corps, au fonctionnement a priori similaire, les *habitus* sont très différents entre les deux professions, et aucune ne parvient parfaitement à cerner l'activité de l'autre. Les évolutions sociologiques des deux corps pourraient toutefois remédier à ces difficultés.

Ainsi, il convient pour les directeurs de travailler inlassablement à :

- Prendre en compte les besoins des médecins en matière de communication, en particulier la réactivité et la reconnaissance ;
- Réfléchir à l'adéquation des moyens de communication avec ces besoins et le quotidien des médecins.

- Améliorer collectivement la connaissance mutuelle des professions, en multipliant autant que possible les initiatives visant à rapprocher les deux métiers ;
- Ouvrir la communication avec les médecins vers l'extérieur, à destination des futures recrues et des médecins du territoire.

Bibliographie

Articles scientifiques

Aubert, François-Jérôme, & Vautard, A. (s. d.). Confiance et performance, l'indispensable et fragile relation clé du management. *Gestions hospitalières*, mars 2012.

Benhamou, S. (2018). Féminisation de la médecine. *Revue de la FHP-MCO*, 4.

Bubien, Y., Faivre, J.-C., Levailant, M., Perrenot, C., & Thomas, A. (2016). Médecins/directeurs : Des formations communes. *Gestions Hospitalières*, 556.

de Montalembert, P., & Spinhirny, F. (2010). Administrateur/Soignant, l'éternel retour du mythe de l'unité perdue. *Gestions hospitalières*, 500.

Schweyer, F.-X. (2000). Histoire et démographie médicales. *Actualité et dossier en santé publique*, n°32.

Haberey-Knuessi, V., Heeb, J.-L., & Paula, E. M. D. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, N° 115(4), 8-18.

Heriaud, A., & Arnautou, J. (1994). Les pouvoirs à l'hôpital : Les relations entre médecins et directeurs. *Communication et organisation. Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle*, HS N°1, Article HS N°1.

Maury, M., & Mirjol, L. (2016). Partenariat médecins/directeurs dans un CHU. *Gestions Hospitalières*, 556.

Pierru, F. (2021, janvier 26). *Différences et conflits générationnels à l'hôpital : Mythe ou réalité ?* [MNH].

Pouvoirville, G. de. (2010). La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital. *Le journal de l'école de Paris du management*, N°86(6), 22-29.

Schweyer, F.-X. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, XLIV-135, 45-60.

Articles de presse

La nouvelle génération de médecins refuse de sacrifier sa vie privée. (2013, juin 24). *La Croix*.

Renaud, C. (2019). « Je suis venu vous dire que je m'en vais », Chef de pôle : Lettre de démission après 9 ans de bons et loyaux services". *Le Mag de l'INPH*.

Ouvrages

Abdallah-Preteceille, M. (2020). *La communication interculturelle entre pertinence et impertinence*. L'Harmattan.

Aubert, F.-J. (2016). *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public : Management stratégique et décision*. LEH Édition.

Calmes, G., Benzaken, S., Fellingier, F., Ollivier, R., & Péron, S. (2013). *Pour une nouvelle gouvernance des ressources médicales à l'hôpital*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Cavallier, M., Dalmaso, R., & Romatet, J.-J. (2002). *Médecins, directeurs : Un pacs pour l'hôpital ?* Érès.

de Kervasdoué, J. (2021). *L'hôpital* (Presses Universitaires de France).

Guibert, G., Montalembert, P. de, Verdier, F., & Couty, É. P. (2011). *Directeur d'hôpital : L'essor d'une profession*. Presses de l'école des hautes études en santé publique.

Imbert, M., & Brouard, V. (2015). *La communication managériale : Méthodes et bonnes pratiques*. Dunod.

Lehnisch, J.-P. (2013). *La communication dans l'entreprise*. Presses universitaires de France.

Chapitres d'ouvrage

Cavalier, M., Sérézat, M., & Tortuyaux, J.-D. (2002). *Croiser les formations : Aventure ou nécessité*. Érès.

Schweyer, F.-X. (2018). Sociologie des professions du champ sanitaire et social. In *Le management en santé* (p. 121-137). Presses de l'EHESP.

Rapports administratifs ou de recherche

Association des directeurs d'hôpital. (2012). *L'égalité hommes/femmes chez les directeurs d'hôpital*. Association des directeurs d'hôpital.

Mieux manager pour mieux soigner (projet). (2021). Ministère des solidarités et de la santé.

Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier Claris. (2020). Ministère des solidarités et de la santé.

Textes législatifs ou réglementaires

Article L6143-7 du Code de la santé publique.

Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

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

Travaux d'étudiants

Weinling, M. (2019). *Selon la direction hospitalière, quels sont les facteurs expliquant leurs difficultés de communication avec les PU-PH du CHRU de Brest ?* [Thèse d'exercice pour le Doctorat de médecine de spécialité médecine générale]. Université de Bretagne Occidentale.

Liste des annexes

Annexe 1- Typologie des personnes interrogées

Annexe 2- Guide d'entretien à destination des médecins

Annexe 3- Guide d'entretien à destination des directeurs

Annexe 4- Réponses des médecins à la question : « un mot clé pour résumer votre conception des directeurs d'hôpital ».

Annexe 5- Réponses des médecins à la question : « estimez-vous que la communication entre corps médical et corps de direction est importante ? ».

Annexe 6- Réponses des directeurs à la question : « estimez-vous que la communication avec les médecins est importante ? »

Annexe 1- Typologie des personnes interrogées

Médecins

Fonction	Etablissement
Psychiatre, anciennes fonctions institutionnelles	GHBS (site de Quimperlé)
Cheffe de service (MCO)	GHBS (site du Scorff)
Psychiatre, fonctions institutionnelles récentes	EPSM Charcot
Chef de pôle (MCO)	GHBS (site du Scorff)
Responsable d'unité (Urgences)	GHBS (site de Quimperlé)
Médecin (Laboratoire), quelques fonctions institutionnelles	GHBS (site du Scorff)
Ancien chef de pôle (MCO)	Anciennement GHBS (site du Scorff)
Cheffe de pôle (psychiatrie)	EPSM Charcot, précédemment GHBS
Cheffe de service (médecine-SSR)	GHBS (site du Faouët)
Psychiatre, sans fonctions institutionnelles	EPSM Charcot
Chef de service (MCO)	GHBS (site du Scorff)
Interne (président du bureau)	GHBS

Directeurs

Fonction	Etablissement
Directeur général adjoint	GHBS
Directrice déléguée de site	GHBS (sites de Quimperlé et du Faouët)
Directeur des services économiques	EPSM Charcot
Directeur des achats et de la logistique	GHBS
Directeur des systèmes d'information	GHBS

Annexe 2- Guide d'entretien à destination des médecins

- Pour les internes et jeunes médecins : pouvez-vous me citer le nom de 3 directeurs de cet hôpital ? le nom du chef d'établissement ?

Pourquoi communiquer ?

- Estimez-vous qu'une communication entre corps médical et corps de direction est importante ? Pourquoi ? Que peut-elle apporter ?
-

Evaluation de la communication : moyens, qualité

- Comment qualifieriez-vous la communication (les échanges) que vous entretenez personnellement avec les directeurs de l'établissement ? Et celle que le corps médical entretient collectivement avec les directeurs ? Et auparavant, dans vos précédentes expériences (si existent) ?
- A quelles occasions communiquez-vous avec les directeurs ? Dans quel but ? Comment (par quels moyens) le faites-vous ? Modification avec position institutionnelle ?
- Vous sentez-vous écouté par la direction ?

Attentes envers la communication médecins/directeurs

- Qu'amélioreriez-vous dans la communication entre vous (individuellement ou collectivement) et le corps des directeurs ?
- Quelles seraient vos attentes vis-à-vis des relations que les médecins entretiennent avec les directeurs (directeurs adjoints et DG) ?

Le cadre de communication : les instances sont-elles suffisantes ?

- Estimez-vous que les instances de l'établissement (directoire, CME) permettent une communication optimale avec la direction ? *Que l'interrogé y participe ou non.* Pourquoi ? Que manque-t-il (le cas échéant) ?
- Participez-vous ou avez-vous participé aux cellules de crise ? Si oui, estimez-vous qu'elles constituent un mode de communication différent avec la direction ?

Les relations entre les deux corps, pivot de la communication ?

- Qu'est-ce qui vous vient en premier lorsqu'on vous parle des directeurs d'hôpital ?
Un mot ?
- Quelle est votre conception du métier de directeur d'hôpital (pas votre jugement sur les directeurs de l'établissement) ?
- Pensez-vous bien connaître l'activité et les contingences des directeurs ?
- Quelle communication et quels échanges avez-vous avec les directeurs des soins ?
Jugez-vous la communication différente (forme, pas contenu) ?

Facteurs explicatifs ?

- A votre sens, et depuis le début de votre carrière, y'a-t-il eu des évolutions dans les relations/la communication entre les médecins et les directeurs ? Explicable ?
- Des idées pour améliorer la communication médecins/directeurs ?

Annexe 3- Guide d'entretien à destination des directeurs

Pourquoi communiquer ?

- Estimez-vous qu'une communication entre corps médical et corps de direction est importante ? Pourquoi ? Que peut-elle apporter ?

Evaluation de la communication : moyens, qualité

- Comment qualifieriez-vous la communication (les échanges) que vous entretenez personnellement avec les médecins ? Et celle que les directeurs entretiennent collectivement avec les médecins (ici mais aussi en général) ?
- Et auparavant, dans vos précédentes expériences (si existent) ?
- A quelles occasions communiquez-vous avec les médecins ? Dans quel but ? Comment (par quels moyens) le faites-vous ? Modification avec la position institutionnelle des médecins ?
- Vous sentez-vous compris par les médecins (positions, décisions, contingences...) ?

Attentes envers la communication médecins/directeurs

- Qu'amélioreriez-vous dans la communication entre vous et les médecins ?
- Quelles seraient vos attentes vis-à-vis des relations que les directeurs entretiennent avec les médecins ?

Le cadre de communication : les instances sont-elles suffisantes ?

- Estimez-vous que les instances de l'établissement (directoire, CME) permettent une communication optimale avec les médecins ? Pourquoi ? Que manque-t-il (le cas échéant) ?
- Participez-vous ou avez-vous participé aux cellules de crise ? Si oui, estimez-vous qu'elles constituent un mode de communication différent avec les médecins ?

Les relations entre les deux corps, pivot de la communication ?

- Comment les défauts dans la communication entre médecins et directeurs peuvent-ils, selon vous, être expliqués ?

- Pensez-vous bien connaître l'activité et les contingences des médecins ?

Facteurs explicatifs ?

- A votre sens, et depuis le début de votre carrière, y'a-t-il eu des évolutions dans les relations/la communication entre les médecins et les directeurs ? Explicables ?
- Des idées pour améliorer la communication médecins/directeurs ?

Annexe 4- Réponses des médecins à la question : « un mot clé pour résumer votre conception des directeurs d'hôpital ».

économistes
"Qui c'est ?"
politiques complémentaires
"Bon courage !"
intérêt commun
gestionnaires réunions
nécessaires
économistes

Annexe 5- Réponses des médecins à la question : « Estimez-vous que la communication entre corps médical et corps de direction est importante ? »

essentielle
indispensable
hyper importante
forcément intéressante
importante et utile
hyper importante
très importante
fondamentale
essentielle

Annexe 6- Réponses des directeurs à la question : « Estimez-vous que la communication entre corps médical et corps de direction est importante ? »

importante
essentielle
oui, évidemment !
très importante
vitale !

BRU

Claire

Octobre 2021

Directeur d'hôpital

Promotion 2020-2021

**QUELLE COMMUNICATION ENTRE MEDECINS ET
DIRECTEURS POUR UNE GOUVERNANCE
EFFICACE A L'HÔPITAL ?
Etude au GHT Sud Bretagne**

Résumé :

Dans une période où les réflexions sur la gouvernance hospitalière partagée entre médecins et directeurs sont récurrentes, la communication entre les deux corps se révèle essentielle pour le bon fonctionnement d'un établissement.

Destinée à adjoindre des compétences très diverses pour fonder solidement des décisions, ainsi qu'à donner à chacun l'information nécessaire à l'accomplissement de sa mission, la communication entre médecins et directeurs prend des formes variées selon les acteurs et les moyens qu'elle utilise.

L'étude, menée au sein des deux établissements parties du GHT Sud Bretagne, permet de mettre en lumière deux facteurs pouvant influencer sur la qualité des échanges entre les deux professions : la taille des établissements et la méconnaissance mutuelle des deux corps.

Une réflexion doit être engagée pour adapter le contenu et la forme de la communication aux besoins de chacun, en insistant, pour chaque corps, sur la connaissance de l'autre et sa reconnaissance.

Mots clés :

Communication, médecins, directeurs, gouvernance, corps professionnels, organisation hospitalière, reconnaissance, proximité, transparence, confiance.

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.