



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **octobre 2022**

**Le directeur des affaires médicales et le
défi de la professionnalisation du
management médical**

Véronique BEHEREGARAY

Remerciements

« *Quand tu veux quelque chose, tout l'Univers conspire à te permettre de réaliser ton désir* »
L'Alchimiste, Paulo Coelho, 1988.

Ma première pensée est pour mon maître de stage, Monsieur Jean François TIREFORT, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales aux Hôpitaux du Bassin de Thau, afin de le remercier chaleureusement pour son management participatif et sa bienveillance. La qualité de ses conseils, sa disponibilité et sa compétence ont été majeures et inspirantes pour l'avenir.

Je remercie l'équipe de direction des Hôpitaux du Bassin de Thau, pour la confiance donnée à travers les missions confiées et les échanges toujours agréables et constructifs.

Une attention particulière pour Madame Claudie GRESLON, Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau, dont les conseils avisés et justes, seront une base solide pour mon futur métier de directrice d'hôpital.

Merci à l'ensemble du personnel des HBT, médecins, agents administratifs, agents techniques, soignants et personnel d'encadrement, que j'ai côtoyé avec plaisir, et dont l'implication quotidienne, dans le contexte de crise sanitaire, est à relever. Des collaborations sur des sujets divers qui ont aussi fait la richesse de ce stage de direction.

Bien sûr, une mention particulière pour le personnel de la Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales, pour leur grande compétence et auprès de qui, j'ai puisé des enseignements riches et des sourires, qui ont enchanté ces mois de stage.

Mes sincères remerciements vont aussi à Monsieur le Professeur Michel PRUD'HOMME, Président de la CME du CHU de Nîmes, qui m'a guidée et enrichie de ses expériences managériales, dans le cadre de mon sujet d'étude et de la rédaction de ce mémoire.

Enfin mon cercle rapproché, que je remercie pour sa présence et les conseils prodigués tout au long de cette belle formation à l'EHESP. Tel le berger de L'Alchimiste, en quête de trouver le trésor de sa destinée, leur soutien indéfectible m'aura permis de vivre ma « Légende Personnelle ».

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	4
1 Le management médical, une notion à définition plurielle	6
1.1 Une évolution de la notion de management médical au fil du temps	6
1.1.1 Des fondements historiques encore bien ancrés dans les mentalités d'aujourd'hui	6
1.1.2 Mais des apports théoriques et juridiques contemporains qui obligent un changement de paradigme	8
1.1.3 Envisager l'avenir : management médical, vecteur d'attractivité de l'hôpital de demain ?	10
1.2 Le périmètre multifocal du management médical qui reste encore complexe à envisager sur le terrain	12
1.2.1 Plusieurs versants à prendre en compte en simultanéité	12
1.2.2 Plusieurs acteurs qui entrent en jeu à des échelons différents	13
1.2.3 Des difficultés dans la mise en œuvre : l'exemple du Centre Hospitalier des Hôpitaux du Bassin de Thau	16
2 Professionnaliser le management médical : enjeux stratégiques et limites	18
2.1 La gouvernance hospitalière au cœur du sujet	18
2.1.1 Fichier structure et organisation hospitalière revisités par le management médical	19
2.1.2 La délégation de gestion en question de fond	20
2.1.3 Management médical versus co-décision stratégique	22
2.2 Focus sur la fonction centrale de chef de service : quelle légitimité ?	24
2.2.1 Une fonction légitimée au cœur des projets de développement de l'offre de soins mais dont les contours décisionnels restent complexes	24
2.2.2 Missions, responsabilités et vision d'avenir : recueil de témoignages de praticiens des HBT	26
2.2.3 L'exemple concret d'un profil de poste de chef de service	32

3	Le rôle du directeur des affaires médicales dans la phase opérationnelle de la professionnalisation du management médical.....	34
3.1	Le directeur des affaires médicales, créateur de lien social et d'amélioration des conditions de travail	34
3.1.1	Les leviers pour favoriser l'engagement institutionnel des praticiens	34
3.1.2	La GPMC Médicale : outil de mise en œuvre du management médical	37
3.1.3	Le plan de formation des praticiens en appui du management médical	38
3.2	Le directeur des affaires médicales, facilitateur d'innovations managériales	40
3.2.1	Une démarche « responsabilisante » : accompagner la mise en place de l'entretien annuel des praticiens.....	40
3.2.2	Promouvoir le passage du leadership individuel au « leadership partagé » pour une meilleure qualité des soins et de vie au travail	41
3.2.3	Mettre en place une politique d'attractivité et de pérennité médicale à travers la professionnalisation du management médical.....	44
	Conclusion	47
	Bibliographie	49
	Liste des annexes	53

Liste des sigles utilisés

AMA : Assistant Médico-Administratif
ANM : Académie Nationale de Médecine
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME : Commission Médicale d'Établissement
CMG : Commission Médicale de Groupement
CNG : Centre National de Gestion
COFIL : COmité de PILotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers et de Rééducation Médico-Technique
CSP : Code de la Santé Publique
DAM : Direction ou Directeur des Affaires Médicales
DIM : Département de l'Information Médicale
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPI : Dossier Patient Informatisé
EHESP : École des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EVC : Épreuves de Valence Clinique
FHF : Fédération Hospitalière de France
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HAS : Haute Autorité de Santé
HBT : Hôpitaux du Bassin de Thau
HPST : loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
HU : Hospitalo-Universitaire
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IESPE : Indemnité d'Engagement Public Exclusif
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MOOC : Massive Open Online Course

OTSS : Loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PET : Prime d'Exercice Territorial
PECH : Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière
PH : Praticien Hospitalier
PM : Personnel Médical
PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé
PNM : Personnel Non Médical
PRS : Projet Régional de Santé
QVT : Qualité de Vie au Travail
RH : Ressources Humaines
RPS : Risques Psychosociaux
RSE : Responsabilité Sociétale de l'Établissement
SIH : Système d'Information Hospitalier
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TTA : Temps de Travail Additionnel
UF : Unité Fonctionnelle
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Le 3 août 2022, une tribune en faveur d'un « big bang hospitalier » en matière de management médical, était publiée sur le site médical français *Medscape.com*, après le drame du suicide récent d'un chef de clinique au CHRU de Tours. Le Dr Emmanuel LOEB, Président du syndicat des praticiens hospitaliers - Jeunes Médecins, y affirme tout de go, « les ordonnances Debré qui ont permis l'émergence d'un système de caste ne sont plus adaptées au monde moderne ».

Le sujet du management médical est devenu, en quelques années, une urgence hospitalière, après plusieurs drames identiques à celui du CHRU de Tours et suite à un sentiment de malaise général de plus en plus prégnant, ressenti par les internes, par les praticiens hospitaliers, et par l'ensemble des professionnels paramédicaux.

Une désaffection des jeunes médecins pour les carrières proposées à l'hôpital public, une lassitude des praticiens hospitaliers et un système managérial daté, sont autant d'arguments qui participent à ce constat d'une perte de sens et de crise des vocations.

Le contexte de la crise sanitaire du Covid-19 et de ses incidences en matière de résilience et d'adaptation des collectifs soignants, a cependant permis de tester la capacité des organisations hospitalières à tenir bon mais aussi d'investir le champ de l'innovation organisationnelle.

Le Ségur de la Santé, et ses accords adoptés en 2020, ont offert des marges de manœuvre plus larges et plus flexibles afin de reconnaître les démarches d'implication des personnels hospitaliers, la créativité dans les projets médico-soignants et la revalorisation des carrières du personnel médical et du personnel non médical.

Les pouvoirs publics, à travers les différentes stratégies de santé développées depuis la loi HPST de 2009, ont légiféré en faveur d'un changement de système de gouvernance en instaurant des lieux de concertation, les conseils de pôles médicaux, des lieux d'arbitrage, le Directoire et le Conseil de Surveillance et des espaces de dialogue comme les comités de projets médicaux.

Cependant, le sujet du management médical a eu besoin des préconisations contenues dans le rapport du Pr. Olivier CLARIS, en juin 2020 reprises dans la loi « RIST » du 26 avril 2021 et

dans différents décrets, arrêtés et instructions pour bénéficier d'une assise solide sur laquelle fonder une nouvelle donne managériale au sein des hôpitaux.

Que ce soit dans les grands centres hospitaliers, CHU et CHRU, ou dans les centres hospitaliers périphériques à taille humaine, comme les Hôpitaux du bassin de Thau, qui seront ici, notre périmètre d'étude privilégié pour ce mémoire, la nécessité de redéfinir les fondamentaux managériaux à l'aune des nouveaux besoins psychosociaux, ainsi qu'à l'aune d'une relance de la performance hospitalière, est flagrante.

Mais malgré les préconisations du décideur public et les apports juridiques qui font l'actualité du sujet, professionnaliser le management médical représente un véritable défi pour le directeur en charge des affaires médicales d'un établissement public de santé.

Un défi global, en effet, tant le management médical concentre à lui seul, le nœud de toutes les tensions hospitalières actuelles : crise des vocations, problème d'attractivité et de fidélisation de la ressource humaine, pénibilité des conditions de travail, crise de la reconnaissance, perte de sens, baisse de la performance, mais aussi les espoirs d'un climat social apaisé et d'un positionnement juste de chacun dans la chaîne du soin.

Un défi stratégique et profondément humain aussi, car il focalise l'intégration des innovations managériales apportées par la psychologie sociale, dans l'univers du pilotage médico-économique du système de santé, que porte en lui l'hôpital.

Le travail et l'implication du directeur des affaires médicales n'en deviennent que plus intéressants et complexes, en se positionnant au cœur des attentes du terrain.

Cela dit, ce sujet à la fois compliqué et passionnant comporte des difficultés concrètes de mise en oeuvre comme celles rencontrées aux Hôpitaux du Bassin de Thau, se heurtant parfois à une communauté médicale peu préparée ; difficultés, qu'il s'agira de développer, mais il comporte aussi des leviers stratégiques de développement de l'offre de soins, qu'il s'agira de mettre en lumière.

Ainsi, plusieurs questions se posent : Comment le directeur des affaires médicales doit-il œuvrer pour faire conjuguer culture managériale et culture de la performance auprès de la communauté médicale ? Quelles sont les modalités à mettre en oeuvre et quels sont les appuis théoriques sur lesquels se fonder, pour construire la gestion efficiente de la ressource humaine médicale de l'hôpital de demain ?

Après avoir expliqué combien la notion de management médical porte en elle une définition plurielle et évolutive au fil du temps (I), l'étude portera sur les enjeux stratégiques et les limites intrinsèques à la professionnalisation du management médical (II), pour enfin évoquer le rôle du directeur des affaires médicales dans la phase opérationnelle de cette professionnalisation (III).

Méthodologie

La méthode appliquée tout au long du stage s'est appuyée sur différents éléments afin d'obtenir une base d'argumentation rigoureuse.

Tout d'abord, une recherche permanente, et en filigrane de l'avancée de la réflexion, sur l'état de l'art concernant le management médical, le savoir savant associé à cette notion ainsi que les divers apports juridiques sur le sujet, des apports juridiques qui ont donc été collectés et appris.

Le recours à des informations et des enseignements périphériques sur les apports des sciences humaines en la matière ont enrichi l'analyse de contexte et ont précisé les enjeux humains.

Ces lectures et ces recherches bibliographiques ont constitué à la fois un socle et une boussole dans le cheminement de pensée.

Des rencontres formelles aussi, avec des médecins des Hôpitaux du bassin de Thau et des échanges continus avec mon maître de stage, directeur des affaires médicales de ce même établissement, qui ont fourni l'étude de manière conséquente afin de bénéficier d'un matelas confortable de connaissances de terrain et de prises de recul.

Enfin, le recours à des questionnaires ciblés qui serviront les débats, à la fois pour évoquer un état des lieux, mais aussi une prospective sur les aspects opérationnels qu'un directeur des affaires médicales doit développer pour mettre en œuvre une professionnalisation efficace du management médical.

Des statistiques et des indicateurs chiffrés en sont issus afin d'illustrer le propos et fournir un éclairage sur l'exemple des Hôpitaux du bassin de Thau.

Intellectuellement, des aller-retours entre ces différentes modalités ont enrichi l'appropriation du sujet et la mesure de ses impacts tout au long de l'étude, permettant une vision la plus complète possible.

L'assise de la relecture par mon maître de stage et l'accompagnement du Président de la CME du CHU de Nîmes sur la question du « médecin manager » ont été des apports solides.

En résumé :

Construction du protocole de recueil de données sur le thème du management médical selon une base :
D'enseignements historiques, juridiques et psychosociaux après recherche bibliographique
D'entretiens ciblés sur le management médical vu par des Présidents de CME
D'entretiens et questionnaires ciblés sur la fonction de chef de service
De retours d'expériences de terrain et enseignements recueillis pendant le stage
De conseils et relecture du Directeur des Affaires Médicales

1 Le management médical, une notion à définition plurielle

Définir le management médical est une étape nécessaire en amont de toute investigation en vue d'un projet concret de professionnalisation. En effet, penser au long terme une politique d'attractivité et de pérennité des effectifs médicaux nécessite la connaissance du périmètre notionnel. D'autant que cette notion a évolué au fil du temps (1.1), rendant complexe toute démarche opérationnelle de terrain (1.2).

1.1 Une évolution de la notion de management médical au fil du temps

Depuis ses fondements historiques, le périmètre idéologique du management médical est encore bien ancré dans les mentalités d'aujourd'hui (1.1.1), ajusté dans de nouvelles politiques publiques (1.1.2) et envisagé comme vecteur d'attractivité pour l'hôpital de demain (1.1.3).

1.1.1 Des fondements historiques encore bien ancrés dans les mentalités d'aujourd'hui

Le management dans le domaine de la santé, influencé par les théories organisationnelles du *New Public Management*, nées dans les années 70 et mises en place depuis trente ans, renvoie à des sujets transdisciplinaires tels que la finance, l'économie, la gestion des ressources humaines, la qualité des soins et les parcours patients. Les notions de performance, d'efficience et de rationalisation dévolues jusqu'alors au secteur privé, y sont associés et corrélées à des politiques de santé publique contraignant de plus en plus les dépenses en matière de santé lors de ces dernières décennies.

La mise en place de nouveaux instruments de pilotage et la supervision des services publics de manière générale, sont venues asseoir l'ancrage de la performance et de l'efficience dans les stratégies nationales de santé, faisant évoluer, de facto, le management des organisations. D'un point de vue de la gestion stratégique, les principes d'autonomie et de déconcentration ont percuté ceux de la hiérarchisation et de la bureaucratie centralisée.

Cela coïncide, d'ailleurs avec la définition du mot « management », proposée par le dictionnaire Larousse qui comporte deux acceptions distinctes, rappelant bien les aspects de pilotage stratégique et ceux d'encadrement, voire d'autorité : « *Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise et ensemble des dirigeants d'une entreprise* ».

D'un point de vue historique, et en revenant au domaine de la santé, la réforme hospitalière initiée par les ordonnances Debré de 1958, qui a fait l'avènement des CHU, et qui a aussi créé les prémices du management médical, a instauré une hiérarchisation du positionnement entre médecins.

En effet, l'Ordonnance N°58-1373 du 30 décembre 1958, a permis la création d'un statut hospitalo-universitaire à temps plein des médecins et la nomination de chefs de service, à partir d'un recrutement national commun, qui ont été à l'origine des fondements historiques du management médical.

D'autant que le principe d'une nomination effectuée par voie d'arrêté ministériel par le Ministre de la Santé et par le Ministre de l'Éducation Nationale, a mis en exergue la co-existence de deux hiérarchies :

- La hiérarchie universitaire avec des docteurs, des assistants, des agrégés et des professeurs pour la dimension d'enseignement en faculté de médecine.
- La hiérarchie hospitalière issue du concours hospitalier pour des postes à nomination préfectorale, avec des externes, des internes, des chefs de clinique et des chefs de service, selon le principe de l'enseignement au lit du malade.

Une harmonisation de ces deux hiérarchies s'est faite un peu plus tard, par le décret du 24 septembre 1960 afin de distinguer deux fonctions et deux salaires : les médecins des hôpitaux qui enseignent en faculté de médecine perçoivent un double traitement et sont nommés à vie. Ceux qui n'enseignent pas à la faculté de médecine, qui sont issus du concours hospitalier et qui peuvent être nommés « chef de service » par arrêté ministériel pour une durée de cinq ans.

La notion d'autorité sous-jacente à cette hiérarchisation, a eu pour conséquence, d'associer une vision paternaliste du management médical et souvent pathogène. Le tryptique « pouvoir-persuasion-contrôle » qui fait partie des fondements du management dans la quête d'efficacité, n'a de sens que s'il permet de « *mobiliser les valeurs de bien commun au centre des finalités de l'action publique* » (Routelous C., 2018). Or, l'écueil d'un risque psychosocial et de perte de sens est particulièrement fort selon les modalités managériales mises en oeuvre.

Dans le cadre des entretiens réalisés aux HBT, une dernière question était posée sur les traits de personnalité particuliers qui seraient absolument nécessaires pour un chef de service légitime.

Les réponses données ont démontré que pour 75% d'entre eux, « le charisme », « l'autorité », « la rigueur », le côté « strict » et « la ténacité » sont toujours attendus, même si la totalité des réponses contient aussi les mots clés du management humain que sont le « sens de l'écoute » et la « bienveillance ».

Cela révèle tout de même combien les caractéristiques psychologiques et les traits de personnalité « des anciens patrons » qualifiés, lors de ces mêmes échanges, de « tyranniques », restent encore ancrées dans l'inconscient collectif.

1.1.2 Mais des apports théoriques et juridiques contemporains qui obligent un changement de paradigme

Une évolution de la notion du management médical s'est réalisée aussi à travers l'apport de nouveaux textes réglementaires issus eux-mêmes, de constats, d'enquêtes et de réflexions autour de la problématique du renouvellement du système de santé à bout de souffle.

La circulaire DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS, vient rappeler et clarifier le cheminement de pensée qui a abouti à un équipement juridique et réglementaire sur lequel se fonde le management médical.

Elle précise, en effet ceci : *« la loi HPST réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, avait écarté les chefs de service de la gouvernance, pour rapprocher logiques budgétaires et logiques médicales. Elle a mis en place, à l'époque, une architecture de l'organisation interne de l'hôpital avec de nouveaux modes d'organisation et de gouvernance pour les établissements avec la modification des instances notamment : création du conseil de surveillance, directoire et conseil de pôle.*

Le plan « Ma Santé 2022 » décidé par les pouvoirs publics a été repris, quant à lui, dans la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), qui s'était fixé l'ambition de renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux. Le rapport du Pr Olivier Claris, en juin 2020, dans le cadre de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière conforté par les conclusions du Ségur de la Santé ont formulé un certain nombre de recommandations pour accélérer le virage vers une médicalisation accrue de la gouvernance des établissements de santé, une meilleure association des soignants à la vie de l'hôpital, une simplification des processus de fonctionnement, une plus grande liberté d'organisation des établissements et la réhabilitation du service de soins ».

Le guide du Ministère de la Santé « *mieux manager pour mieux soigner* » joint à cette circulaire, et paru en août 2021, rappelle, lui aussi, la déclinaison juridique et opérationnelle de ces recommandations, avec notamment :

- La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi Rist ;
- L'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatifs aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Il reprend et précise, par ailleurs les sujets de la gouvernance à l'hôpital, de la souplesse d'organisation interne à mettre en œuvre, de la simplification de fonctionnement à apporter, les modifications à opérer en matière de management ainsi que la mise en place du projet de management et de gouvernance à mettre en place à l'hôpital.

Précédemment à ces dispositions, le rapport d'E. Couty intitulé « le pacte de confiance pour l'hôpital », rendu en 2013, mettait en évidence la perte de repères des hospitaliers et le besoin d'une dynamisation de la gouvernance globale par un recentrage sur l'humain.

Perte de repères et perte de confiance y étaient corrélées avec quatre volets d'action pour rétablir la confiance :

- Réaffirmer et reconstruire le service public hospitalier centré sur le parcours du patient ou de la personne prise en charge, ouvert sur son environnement, intégré dans un dispositif plus large sur un territoire
- Ajuster le mode de financement des établissements de santé.
- Adapter au service public la gouvernance, l'organisation interne, le management, le dialogue social et les ressources humaines
- Établir avec les autorités de régulation, État (administrations centrales et ARS), et assurance maladie, des relations de confiance.

Dans la suite chronologique, un second rapport majeur est venu enrichir le propos : le rapport Le Menn, en juin 2015 intitulé « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester ».

Ce rapport a eu pour objectif de « *répondre aux attentes qui ont toujours été celles des praticiens se destinant au service public hospitalier : qualité de l'outil de travail, travail en*

équipe, autonomie professionnelle, équité de traitement, attachement au service public. Les outils managériaux issus du monde de l'entreprise doivent être en phase avec ces aspirations, bien qu'ils puissent être utiles à l'hôpital, particulièrement dans un contexte de raréfaction du temps médical ».

Les termes clés de « confiance », « autonomie », « co-décision », « collectif » sont ceux sur lesquels, un changement de paradigme doit être opéré dans le management global des établissements publics de santé, avec pour corollaire, une meilleure compréhension des enjeux impliqués dans la notion complexe de « management médical ».

1.1.3 Envisager l'avenir : management médical, vecteur d'attractivité de l'hôpital de demain ?

Selon le sondage ODOXA, réalisé en 2017, 96% des Français estiment que la question de l'avenir des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour notre pays, dont 64% qui le qualifient d'enjeu « très important » et 32% « d'important » pour l'avenir ».

Du côté des professionnels de santé, le sondage ODOXA réalisé plus récemment en mai 2022, met en évidence la lassitude et le désenchantement progressif. En effet, à la question « à propos de votre métier, diriez-vous que vous l'aimez ? », les professionnels de santé répondent « oui » à 93% mais dans le même temps ils sont 51% à répondre qu'ils ont songé à en changer au cours des deux dernières années et 37% disent envisager d'en changer dans les 4 ou 5 ans à venir.

Plus inquiétant, ce même sondage montre que seulement 17% à peine des professionnels de santé, jugent que le stress au travail et les risques psychosociaux sont suffisamment pris en compte par l'établissement et seulement 27% pensent que les perspectives d'évolution proposées sont motivantes.

Ce constat difficile amène la question d'une redéfinition du management et des compétences et qualités attendues du leader de demain ; car c'est sur la compétence humaine que la relance économique et la performance seront élaborées.

A ce propos, dans la revue « Question(s) de management », 2021/4, n°34, la réponse faite à la question « *quel style de management dans l'organisation post-Covid ?* » les auteurs S. Frimousse et J.M. Peretti, renvoient à la cohérence à chercher entre la relance économique attendue après crise et les bases nouvelles plus justes à l'égard des Hommes et de la planète. Ils affirment « *la ligne de front sera économique et les entreprises auront besoin d'un profil de*

leader orienté vers les valeurs de la responsabilité sociétale et de développement durable. Les leaders responsables affichent généralement un style de management bienveillant à l'égard de leurs collaborateurs. Ils promeuvent les valeurs éthiques au sein de leurs équipes et sont soucieux de leurs émotions et de leur bien-être tout en suscitant leur motivation pour agir ».

La bienveillance, l'altruisme et l'exemplarité sont ici mis en exergue en tant que clés de voûte psychosociales pour permettre un développement du collectif et une nouvelle donne de la sphère professionnelle. Ils rappellent toutefois que *« l'enjeu du leadership responsable va bien au-delà des relations entre le manager et ses collaborateurs, car si le monde des ressources humaines tend à se focaliser sur cet aspect, il demeure que le leadership a pour but de servir une vision. (...) Et c'est justement la vision que donne au leader sa motivation et son courage de décider, qui le différencie du simple administrateur. (...) Son style de management viendra susciter l'adhésion de ses équipes pour les projets et la vision qu'il porte ».*

La vision évoquée ici se traduit, à l'hôpital public, dans les différentes démarches « projets » qui sont investies : projet médical d'établissement, projet de service, projet de développement durable, projet managérial.

Les atouts du management médical sont la capacité de projection dans l'avenir que le sujet oblige. En effet, penser le management médical, c'est se projeter, dans une démarche d'amélioration et d'ouverture : amélioration des prestations de soins, cohérence de l'offre aux besoins populationnels dans une ouverture vers le territoire.

Les programmes de santé développés par les ARS et rassemblés dans le Projet Régional de Santé, sont de cet ordre.

L'hôpital est foncièrement tourné vers le territoire depuis la loi HPST de 2009 et depuis la loi de Modernisation du Système de Santé de 2016. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire et plus récemment la constitution de Commission Médicale de Groupement, dans le cadre de partenariats et d'échanges hors les murs de l'hôpital lui-même, renvoient à l'idée d'un changement managérial dans le pilotage et dans les mises en œuvre des programmes de santé publique. L'appui de ces partenariats et de ces politiques d'ouverture sur le territoire sont le terreau des innovations organisationnelles de demain. Déjà, les bienfaits de l'exercice médical partagé permettent, par exemple, à des hôpitaux en difficulté, de maintenir une offre de soins de qualité et en sécurité pour les usagers. Demain, des outils de pilotage de cette coordination territoriale seront à développer à l'instar des outils numériques et de l'e-santé.

Enfin, l'hôpital de demain saisira les facilités offertes par le « Numerus Apertus » avec le recrutement en nombre de jeunes médecins, suite à la suppression en 2020 du « Numerus Clausus ». Elles seront une véritable opportunité pour s'appuyer sur une nouvelle génération de médecins dont la vocation managériale pourrait s'établir dès la formation hospitalo-universitaire.

1.2 Le périmètre multifocal du management médical qui reste encore complexe à envisager sur le terrain

Le management médical se définit aussi par un périmètre notionnel aux spécificités multiples car il a affaire à plusieurs versants à prendre en compte simultanément (1.2.1), et à plusieurs acteurs qui entrent en jeu à des échelons différents (1.2.2). L'exemple du terrain de stage des Hôpitaux du bassin de Thau viendra illustrer les difficultés de mise en œuvre du fait de ce périmètre multifocal (1.2.3).

1.2.1 Plusieurs versants à prendre en compte en simultanéité

Comme déjà évoqué, la difficulté de compréhension et par conséquent d'appropriation de la notion de « management médical », vient du fait qu'elle agglomère plusieurs versants qui sont à prendre en compte en simultanéité, dans le cadre de la déontologie convenue dans le CSP.

Tout d'abord, des versants que l'on peut qualifier de versants « régaliens » :

- Le versant juridique et règlementaire, qui vient préciser les stratégies de santé des pouvoirs publics. Il s'agit là de la mise en œuvre de la politique de santé publique de l'État dans le cadre de la démocratie sanitaire.
- Le versant hospitalier qui concerne la dimension qualité et sécurité des soins qui est la plus prégnante lorsque l'on évoque les missions opérationnelles de l'ensemble de la communauté hospitalière, qu'elle soit médico-soignante, administrative ou technique.

Mais aussi, des versants que l'on peut qualifier de versants « humains » :

- Le leadership et la notion de « guide », d'« exemplarité » et de « confiance, propres à la personnalité du manager et du lien qu'il entretient avec la communauté professionnelle.

- Le collectif et la motivation à aller chercher dans les équipes, afin de créer du sens, du lien social, favorable à la QVT et à l'épanouissement professionnel dans l'intérêt du patient et de l'amélioration de sa prise en charge.

La déontologie à respecter pour que chacun comprenne quelle est sa place est essentielle afin d'articuler ces différents versants. Les extraits du code de déontologie suivants sont particulièrement éclairants car ils viennent expliciter les liens humains et juridiques qui préfigurent le management médical :

Article 56, article R.4127-56 du CSP : « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. *Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité* ».

Article 64, article R.4127-64 du CSP : « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères* ».

Article 68, article R.4127-68 du CSP : « *Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient* ».

Article 68-1, article R.4127-68-1 du CSP : « *Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel* ».

1.2.2 Plusieurs acteurs qui entrent en jeu à des échelons différents

Différentes strates interviennent dans le champ du management médical et engagent plusieurs acteurs dans la sphère d'implication et d'inter-relations :

- Président de CME
- Chef de pôle
- Chef de service
- Responsable d'unité
- Praticien hospitalier
- Étudiants et internes

- Équipe de direction
- Personnel paramédical

Ces échelons constituent un maillage à l'intérieur d'une pyramide managériale dans laquelle chacun est interdépendant de l'autre. Le management médical possède, par cet aspect, aussi, une dimension complexe.

Plus concrètement, les pôles, les services et les UF sont des découpages sous tendus par des logiques de fonctionnement différentes, mais complémentaires et nécessairement harmonisées.

Les pôles représentent un niveau de gestion medio-économique et l'échelon de pilotage organisationnel du projet d'établissement. Au sein du pôle, le service et/ou secteur constitue l'échelon de mise en œuvre opérationnelle des objectifs du pôle. Au sein des services, les unités fonctionnelles sont le lieu de la prise en charge des patients.

Le fonctionnement des pôles sous la conduite du chef de pôle, doit permettre l'efficacité et la cohérence dans la mise en œuvre du projet médico-soignant, tout en favorisant l'efficience économique.

Le fonctionnement des services et des unités fonctionnelles, sous la responsabilité des chefs de service et des responsables d'unités fonctionnelles, doit permettre une organisation performante des prises en charge des patients, en promouvant l'implication et la responsabilisation de tous les acteurs.

Au sein des pôles et des services, les relations entre médecins ou pharmaciens respectent le devoir de confraternité, les règles déontologiques et l'indépendance des médecins ou pharmaciens dans l'exercice de leur art. Pour les praticiens hospitaliers, elles s'inscrivent dans le cadre de leur statut unique.

Concernant plus particulièrement les chefs de pôles :

En application de l'article L6146-1 du CSP, "Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle."

En application de l'article, R.6146-9-1 : « *Le chef de pôle organise une concertation interne associant toutes les catégories du personnel, et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle* ».

Le projet de pôle, élaboré par le Chef de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination, conformément à l'article R6146-9 du CSP, définit, sur la base du contrat de pôle :

- Les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles
- L'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle.

Une inscription au règlement intérieur de l'établissement, selon l'article R6146-9-2 du CSP, issu du décret du 11 mars 2016, précise : "*Le règlement intérieur de l'établissement définit les principes essentiels du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs de service et les responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes* ».

Concernant les relations entre les chefs de pôle et les chefs de services :

Dans les domaines où elles sont nécessaires, les délégations entre le chef de pôle et les chefs de service s'inscrivent dans le respect des orientations, des principes directeurs et des missions des services, découlant du contrat de pôle signé entre le chef de pôle et le directeur, et du projet de pôle élaboré par le chef de pôle, en concertation avec le personnel du pôle.

Ces délégations doivent permettre aux chefs de service d'organiser le déploiement des missions assignées aux structures dont ils ont la responsabilité.

Fondées sur le principe de subsidiarité, qui permet l'exercice de l'autorité à son niveau de plus grande pertinence, ces délégations entre le chef de pôle et les chefs de service s'inscrivent dans le cadre d'une contractualisation entre le chef de pôle et le chef de service. Cette contractualisation porte au minimum sur le respect des objectifs fixés au pôle et des missions des services, en terme en particulier de qualité et de sécurité des soins. Elle est la base de l'évaluation des fonctions de chef de service dont les modalités sont, elles même, définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Les chefs de service, quant à eux, sont responsables de la formation et de l'évaluation des internes.

Concernant les relations entre chefs de service et praticiens responsables d'unités fonctionnelles ou de structures internes :

Le chef de service organise dans son service la concertation avec les responsables d'unités fonctionnelles. Il recueille leur avis dans l'organisation du service et dans son positionnement au sein du pôle.

Dans les domaines où elles sont nécessaires, les délégations entre le chef de service et les responsables d'unités fonctionnelles ou autres structures internes s'inscrivent dans le respect des orientations, des principes directeurs et des missions des services, définies dans le contrat de pôle et dans le projet de pôle et inscrites dans le contrat entre le chef de service et le chef de pôle.

Ces délégations doivent permettre aux responsables d'unités fonctionnelles d'organiser la prise en charge des patients dans leurs unités. Comme celles entre chef de pôle et chefs de service, elles sont fondées sur le principe de subsidiarité.

Avant de se concerter avec le chef de pôle, le chef de service recueille l'avis des responsables d'unités fonctionnelles en ce qui concerne l'analyse des besoins en termes de formation des personnels médicaux, pharmaceutiques, et odontologiques et en ce qui concerne également, l'analyse des besoins de formation des personnels non médicaux. Dans ce dernier cas, les responsables d'unités fonctionnelles donnent cet avis après concertation avec les cadres des unités fonctionnelles.

1.2.3 Des difficultés dans la mise en œuvre : l'exemple du Centre Hospitalier des Hôpitaux du Bassin de Thau

Les Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) regroupent actuellement le Centre Hospitalier de Sète nommé « hôpital Saint Clair », l'hôpital d'Agde, nommé « hôpital Saint Loup », un EHPAD situé à Sète nommé « Les Pergolines » ainsi que trois EHPAD supplémentaires sur les communes d'Agde, de Marseillan et de Vias. Ce groupe hospitalier s'est constitué, dans les années 1990, par stratégie de fusion, afin de répondre à un besoin de santé populationnel dans un contexte économique contraint.

A l'origine, le nombre de praticiens hospitaliers n'était pas suffisant, et ce, malgré la fusion, pour construire une véritable communauté médicale, d'autant que la grande majorité de médecins cumulait une double activité : hospitalière à temps partiel, complétée d'une activité

libérale avec cabinet en ville. Il en résultait une difficulté d'appropriation, des défis médico-économiques à relever, ainsi que des difficultés de pilotage de l'hôpital.

Pour remédier à cela, la stratégie de recrutement a consisté à :

- Prioriser des profils de médecins à engagement hospitalier pérenne, dont la grande majorité avait fait ses études à la faculté de médecine de Montpellier.
- Augmenter le nombre de praticiens hospitaliers en passant de 50 à 120 médecins lors de ces quinze dernières années.
- Construire une communauté hospitalière suffisante pour constituer des équipes par spécialités.

C'est dans ce contexte de création d'équipes médicales, que la fonction de chef de service a pu prendre une dimension managériale, au sein des HBT.

Aujourd'hui, après deux années de crise sanitaire, et dans un contexte d'élection du président de CME et de renouvellement de la CME, il a été remarqué une absence de motivation pour ces fonctions managériales, un recentrage des médecins sur leurs activités cliniques, et une disparition des profils de leader.

Dans son éditorial du Rapport d'Activité 2021 des HBT, la Directrice de l'Établissement fait le constat suivant :

« L'année 2021 a malheureusement été entachée par un niveau d'absentéisme jamais atteint, jusqu'à ce jour, le départ des professionnels de santé et la raréfaction des candidats, imposant la fermeture temporaire de lits de médecine et de surveillance continue, la réduction de l'activité de bloc opératoire, et de façon plus prolongée, une réduction capacitaire en SSR et USLD. Malgré des revalorisations salariales conséquentes issues du Ségur de la santé, soit plus de six millions d'euros pour notre seul établissement, l'hémorragie se poursuit, traduisant une grande lassitude et pour certains une perte de sens. »

La situation financière est déficitaire résultant d'une baisse d'activité et d'une garantie de financement qui ne compense pas à l'euro près les pertes de recettes, ni les différents surcoûts des mesures Ségur, de l'intérim, des heures supplémentaires, des paiements de congés majorés et des différentes dispositions indemnitaires prises pour plusieurs catégories professionnelles.

Un sentiment de désengagement du corps médical est, de ce fait, visible, car après avoir pris de plein fouet la pandémie et ses conséquences sur la santé publique, la mise en œuvre de la vaccination de masse et la prise en charge des cas complexes en réanimation et en médecine, la communauté médicale qui avait mis tant d'années à se constituer s'est délitée ne se retrouvant plus dans la gouvernance.

Le dialogue de gestion avec les pôles peine à reprendre, le comité des projets est moins dynamique et le redémarrage de l'activité n'est pas encore avéré.

Une démission du Président de CME, après seulement six mois de fonction, pour cause d'épuisement face aux défis à relever, ainsi qu'une difficulté à penser collectivement la méthodologie pour la rédaction du prochain projet médico-soignant sont la preuve que les dimensions transversale et multifocale du management médical rendent difficile sa concrétisation sur le terrain.

Une action forte vient tout de même éclairer ce constat : celle de la signature d'une charte de gouvernance entre la Direction et la CME, au mois de janvier, qui a permis de définir les modalités selon lesquelles, la Directrice et le PCME assureront de façon cohérente et efficiente leurs missions, dans le respect des prérogatives de chacun. Une démarche, basée sur la confiance mutuelle, qui intervient dans un double contexte : le renouvellement de la CME et la réhabilitation du rôle et de la place des services au sein de l'hôpital.

2 Professionnaliser le management médical : enjeux stratégiques et limites

La mise en place d'une professionnalisation du management médical revêt un caractère d'urgence au regard des attentes du terrain et des pouvoirs publics. Cependant, ce changement de paradigme comporte des enjeux et des limites en ce qu'il met la gouvernance hospitalière au cœur du sujet (2.1) et qu'il replace le chef de service en position centrale des projets de développement de l'offre de soins (2.2).

2.1 La gouvernance hospitalière au cœur du sujet

La gouvernance hospitalière, perçue comme étant trop éloignée de la prise de décision des acteurs de terrain, se voit aujourd'hui rénovée dans sa nouvelle définition contenue dans la loi « RIST ». Concrètement, les impacts de cette rénovation de la gouvernance se situent sur le fichier structure des établissements et sur l'organisation hospitalière globale (2.1.1), en

positionnant la délégation de gestion en question de fond (2.1.2) et en faisant de la co-décision un argument d'attractivité et de pérennité de l'hôpital public (2.1.3).

2.1.1 Fichier structure et organisation hospitalière revisités par le management médical

Le positionnement des services comme étant « *l'échelon de référence de l'hôpital en matière de qualité et de sécurité des soins* » est un point fort de nouveauté. Depuis l'avènement de la loi HPST, le service n'était plus porteur de projets qui se sont vus absorber dans la logique de contractualisation des pôles.

Aux HBT, un premier travail conséquent de remise à plat du découpage structurel a donc été rendu obligatoire pour envisager la professionnalisation du management médical, selon plusieurs étapes :

- Reprendre en détail le fichier structure existant sur la base des responsabilités officielles (chef de pôle, chef de service, responsable d'unité)
- Questionner la cohérence des choix historiques face aux nouveaux enjeux hospitaliers
- Contextualiser les choix structurels selon les objectifs du projet médico-soignant et selon ceux du projet d'établissement
- S'appuyer sur les éléments du PRS Occitanie pour renforcer le positionnement de l'établissement sur le territoire de santé
- Intégrer les autorisations d'activités validées par l'ARS et les différents partenariats public-privé déjà mis en œuvre et à venir

Réaliser cette cartographie de l'organisation hospitalière, selon l'ensemble de ces critères, représente une première réponse concrète à cette attente sociétale d'un « *big bang managérial* ». Elle est la première pierre à l'édifice d'une nouvelle donne managériale, car elle permet d'apporter des premières réponses à la question « qui est responsable de quoi ? ».

D'autant qu'elle fiabilise, aussi, la base nécessaire pour poser les premiers jalons du dialogue de gestion avec les pôles. La contractualisation avec les pôles repose, en effet, sur un partage des données structurelles, avant de questionner les activités, les ressources nécessaires à ces activités, les responsabilités ainsi que les processus de développement et leurs modalités à mettre en place, dans le cadre d'une contractualisation.

C'est en effet, sur des éléments structurels revisités et rafraîchis, que la concertation, le dialogue et la dynamique projets pourront s'installer.

Les fondations de la pyramide managériale, selon la nouvelle modalité de recentrage du service, vont ainsi se structurer, au fur et à mesure du dialogue entre la direction et les pôles et se renforcer pour permettre un fonctionnement des pôles efficace et porteur d'une marque employeur attractive et pérenne.

Au-delà même de ces aspects stratégiques, travailler les fondements de la pyramide managériale à travers le fichier structure, permet surtout de distribuer le leadership dans l'ensemble des niveaux de l'organisation, en responsabilisant un collectif et sortir ainsi, des écueils d'un pouvoir solitaire dont les risques psychosociaux seraient délétères et paralysants.

2.1.2 La délégation de gestion en question de fond

Un autre enjeu du management médical, au-delà des modifications de l'organisation hospitalière qu'il oblige, c'est qu'il porte en lui, une question de fond : celle de la délégation de gestion.

Management médical et organisation hospitalière sont en effet, intrinsèquement liés par un lien de cause à effet. L'importance de ce lien est majeure pour garantir un pilotage visant la performance et ainsi la pérennité de l'établissement. L'inscription des fondements de la gouvernance et des valeurs qui y prédominent dans le règlement intérieur, par exemple, institutionnalise une culture managériale commune, qui permettra les conditions nécessaires à une véritable délégation de gestion.

Le modèle du « magnet hospital », qui a pour objectif de « *concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management aimant* » (M. Sibé, *Revue ADSP n°110, mars 2020*), est une réponse à la perte de sens, à l'essoufflement de l'engagement institutionnel et à la crise des ressources humaines qui affaiblissent l'hôpital public aujourd'hui.

La définition qui en était donnée, aux États-Unis, dans les années quatre-vingt-dix, par l'organisme « American Nurses Credentialing Center », est celle « *d'un établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques de ressources humaines, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimal l'exercice professionnel des soignants* ».

Il est recensé huit dimensions distinctes qui fondent les principes du « magnet hospital » :

1. Culture du soin centrée sur les besoins du patient
2. Expertise des soignants

3. Soutien fort de l'institution envers la formation des personnels
4. Leadership de type transformationnel
5. Management participatif favorable à l'empowerment des soignants
6. Climat relationnel collégial médecins-soignants
7. Autonomie clinique
8. Gestion adéquate des effectifs.

Ces dimensions garantissent, selon ce modèle, une performance organisationnelle, une mobilisation du personnel pour les projets, une meilleure santé au travail et une attractivité de l'établissement.

M. Sibé, Maître de Conférence à l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement, rappelle, à ce propos, que *« l'interdépendance croissante des activités médicales et soignantes oblige les acteurs hospitaliers à jouer le jeu du collectif pour mieux prendre en charge le patient. Ils considèrent comme nécessaire d'établir des échanges interprofessionnels de qualité, quitte à s'affranchir des rapports de domination »*.

Les chercheurs en la matière, s'accordent, d'ailleurs, à dire que c'est sur ces fondations que la délégation de gestion se bâtit, se développe et se contrôle.

Dans l'ouvrage, « La transformation de l'organisation hospitalière - le modèle valenciennois », LEH Édition, 2021, les auteurs R. Bourret, J. Guicheteau, et P. Jahan, mettent en évidence les caractéristiques d'une délégation de gestion réussie :

- *« Une large autonomie laissée à l'organisation sur le terrain au plus près de l'activité*
- *Une autonomie budgétaire importante des unités de production du soin*
- *La suppression des contrôles a priori, remplacés par une évaluation périodique et régulière des résultats*
- *Un échelon central qui conserve la stratégie et la politique générale du groupe et assure l'évolution du système de délégation de gestion »*.

Les apports du « Lean management », du principe de subsidiarité et le fonctionnement en pyramide inversée, laissant une plus large autonomie aux acteurs de terrain, représentent les fondamentaux du référentiel de la délégation de gestion ; l'ultime intention restant celle de mettre la confiance au service de la performance dans la déclinaison des stratégies de pilotage et ce, à travers les contrats de pôles et les projets de services qui font l'entièreté du projet médical.

Reste que le sujet de la délégation de gestion porte en lui celui de la délégation de signature pour pouvoir engager les dépenses publiques. Si la délégation de signature va de soi quand elle confère cette compétence aux chefs de pôle, la question est plus délicate quand elle concerne cette même compétence pour les chefs de service ; la subdélégation de signature n'étant pas autorisée.

2.1.3 Management médical versus co-décision stratégique

Au sommet de l'établissement, le fonctionnement du binôme Directeur-PCME revêt une place prépondérante à valeur d'exemple.

La mise en place d'une charte de la gouvernance prend ici tout son sens afin de clarifier les relations managériales qui fondent les choix stratégiques pris dans l'établissement.

C'est dans cette perspective que les HBT ont fait le choix d'instaurer une charte de gouvernance, venant asseoir les modalités de la co-décision stratégique, sur la base de valeurs communes, d'une agilité qui favorise le dialogue direct et selon une certaine souplesse dans le lien de collaboration. Cette position n'est pas sans rappeler la définition que donne Z. Laïdi, politologue français, directeur de recherche à l'Institut d'Études Politiques de Paris, de la gouvernance dans un article du rapport du Conseil d'Analyse Économique, intitulé « La Gouvernance Mondiale » : « *La gouvernance exprime un nouveau paradigme du pouvoir qui passe moins par une hiérarchie fixe et statique que par des réseaux souples, modulables et fluctuants* ».

D'autant que, la mission Couty sur *le pacte de confiance à l'hôpital* en 2013 avait mis en évidence le constat d'un sentiment de perte d'influence de la CME, d'un désaveu de l'implication médicale, d'une désaffection des praticiens et des divergences dans l'appréciation sur l'apport des pôles. E. Couty y écrit d'ailleurs que « *la loi HPST a déséquilibré les pouvoirs à l'hôpital* ». Une de ses recommandations concernait le rétablissement d'une gouvernance équilibrée reposant sur un exécutif fort et des instances consultatives issues de professionnels.

La mission Couty s'est appuyée aussi sur deux rapports de l'IGAS sur le sujet. Un premier rapport de l'IGAS, en février 2010, portant sur le bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion, avait pointé du doigt la nécessité d'une refonte de la gouvernance hospitalière en affirmant que la subsidiarité y était trop limitée pour cause de délégation de gestion et de moyens d'accompagnements insuffisants.

Le second rapport de l'IGAS qui poursuit en ce sens est le rapport annuel de 2012 qui prône l'importance du management pour :

- Créer une dynamique collective et un projet partagé afin de consolider une organisation en pôles
- Consolider une organisation en pôles forte et efficiente
- S'appuyer sur des outils communs de pilotage

Pour rappel, les textes juridiques qui concrétisent aujourd'hui, la réforme de la gouvernance hospitalière sont :

- L'Ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- La Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « loi RIST ».

Ils apportent ainsi, une réponse aux revendications du Collectif Inter Hôpitaux, largement relayées dans différentes enquêtes, qui est celle de « *modifier le mode de gouvernance de l'hôpital en redonnant de nouveau un réel pouvoir décisionnaire à la communauté médicale pour améliorer le fonctionnement et la prise en charge des patients au quotidien* »

Pour revenir aux HBT et à leur choix d'une charte de gouvernance explicite sur les mécanismes de la co-décision stratégique, il est intéressant de noter que plusieurs objectifs, qui reprennent d'ailleurs, l'ensemble des éléments cités, ont contribué à cette rédaction :

- Rendre lisibles les circuits de décision par l'association active du PCME et du Vice-PCME sur le recrutement médical, les nominations des responsables médicaux
- Fixer le cadre permettant de faciliter l'implication des acteurs, notamment en reconnaissant l'engagement institutionnel : rencontres hebdomadaires, réunions de travail toutes les six semaines sur des sujets ciblés et comité des projets qui réunit notamment trois praticiens
- Co-construire à la fois une stratégie et des actions qui concourent à renforcer la capacité de l'établissement à répondre aux besoins de santé de la population, à favoriser la qualité et la sécurité des soins dans une logique d'excellence et à garantir une qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels.
- Inscrire la gouvernance dans une véritable dynamique en termes de démocratie sanitaire
- Prendre en compte la responsabilité sociétale de l'établissement.

Par ailleurs les valeurs fondatrices du lien entre le PCME et le directeur, au-delà de celles naturellement portées par le service public sont de plusieurs natures : respect, bienveillance, valorisation des équipes, promotion de l'intérêt général, l'équité, l'efficacité, la rigueur, la tempérance, la confiance, la cohérence et la clarté en termes de sens et bien évidemment l'éthique.

2.2 Focus sur la fonction centrale de chef de service : quelle légitimité ?

Un focus particulier est à mettre en évidence autour de la fonction redevenue centrale de « chef de service », par les nouveaux textes relatifs au statut des praticiens et à la gouvernance hospitalière. Cette fonction est, en effet, rendue légitime par son positionnement au cœur des projets de développement de l'offre de soins (2.2.1) et il sera intéressant de voir, dans une partie plus longue, quelle image en est donnée par un échantillon de médecins appartenant à la communauté médicale des HBT (2.2.2). Enfin, un profil de poste complet sera évoqué rassemblant l'ensemble des missions et prérogatives des chefs de service (2.2.3).

2.2.1 Une fonction légitimée au cœur des projets de développement de l'offre de soins mais dont les contours décisionnels restent complexes

La fonction de chef de service, au sein de l'hôpital public, est, comme évoqué plus haut, marquée ces dernières années par une évolution managériale et une reconnaissance du binôme chef de service-cadre de santé.

Les récentes dispositions législatives, par le biais de la loi « RIST » du 26 avril 2021, comme rappelé en supra, visent à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification tout en rénovant la gouvernance hospitalière en rapprochant la prise de décision des acteurs de terrain.

Les mesures prises s'inspirent du rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières, présidée par le Professeur O. Claris et consistent à :

- Remettre le service et le chef de service au cœur de l'hôpital. Les services deviennent l'échelon de référence et les chefs de service sont reconnus légalement
- Donner plus de souplesse aux hôpitaux dans leur fonctionnement et leur organisation
- Élargir les directoires des hôpitaux aux soignants, aux étudiants en médecine et aux usagers.

- Intégrer dans le projet d'établissement des objectifs managériaux afin notamment de prévenir les risques psycho-sociaux et les conflits, et d'assurer l'égalité hommes-femmes.

C'est dans ce contexte que l'évolution et la reconnaissance de la fonction managériale du chef de service s'entendent.

Par ailleurs, les liens étroits entretenus avec les chefs de pôle et la part prépondérante accordée au projet de service dans le développement stratégique de l'offre de soins, ont été les vecteurs d'une reconnaissance qui s'est aussi affirmée par l'octroi d'une indemnité spécifique. En effet, l'arrêté du 4 novembre 2021, fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction de chef de service au sein des établissements publics de santé, alloue une indemnité mensuelle d'un montant de 200 euros brut, cumulable avec d'autres indemnités de fonction dans la limite d'un plafond de 1000 euros brut par mois, hors part variable.

Le processus de nomination est, par ailleurs, décrit dans les articles R6146-4 et R6146-5 du Code de la Santé Publique qui précisent :

« Dans les centres hospitaliers et centres hospitalo-universitaires, les responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique sont nommés par le directeur sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle, selon les modalités fixées par le règlement intérieur (...), pour une période de quatre ans renouvelables. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions ».

A travers ces modalités de nomination, fonctionnement et posture managériale, le sujet du pouvoir décisionnel des chefs de service reste posé. Cette question sensible n'est pas véritablement tranchée dans les recommandations du rapport Claris, car, comme évoqué supra, la question de la délégation de signature des chefs de service n'est pas possible juridiquement. L'engagement des finances de l'hôpital n'est pas neutre lorsque l'on veut instaurer une gouvernance par la confiance et la co-décision.

Dans la revue « Santé RH », C. Zacharie, maître de conférence à l'IAE Gustave Eiffel, soulève en février 2022, la question de la renaissance du service et du pouvoir décisionnel à l'hôpital, dans la rubrique *Gouvernance*. Elle indique que l'impossibilité juridique pour le chef de service, d'engager les finances de l'hôpital pour développer l'offre de soins, est « *une situation révélatrice de la réalité des enjeux de la restauration du service : celle-ci se fait sans tenir*

compte de la réalité du processus de décision au sein de l'hôpital et de la réalité de la répartition des pouvoirs ».

Or, l'efficacité des interactions entre les deux échelons que sont les services et les pôles, nécessite un partage de la responsabilité décisionnelle. Mais comme C. Zacharie le rappelle « *le service se heurte à la réalité de la survie du pôle. (...) Le service n'apparaît que comme un échelon supplémentaire n'ayant d'existence qu'à travers la bonne entente entre chef de pôle et chef de service* ».

Cette lecture éclairante prouve combien le lien social et les rapports humains restent au cœur de toute démarche managériale, au-delà même, des préconisations et des derniers apports juridiques du législateur en la matière.

2.2.2 Missions, responsabilités et vision d'avenir : recueil de témoignages de praticiens des HBT

Une grille d'entretien a été proposée à un panel de sept médecins, allant du médecin junior jusqu'au président de CME et vice-président de CME.

Les questions de cette grille, ont été, préparées et inspirées par les préconisations du rapport du Pr. CLARIS et par les apports de la loi RIST, sur le thème du management médical. La grille de questions a été envoyée par mail avec la proposition d'un échange bilatéral pour accompagner la démarche, ou la proposition d'un remplissage du questionnaire en autonomie.

Sur le retour des sept médecins, un seul a répondu en autonomie et tous les autres ont souhaité un partage de la réflexion, après avoir répondu aux questions en autonomie. C'est donc un choix mixte qui a été préféré, témoignant ainsi d'une volonté d'échange et d'une curiosité certaine, sur ces questions ressenties comme « sensibles » de la part des médecins.

Ci-dessous le tableau récapitulatif des entretiens menés avec les médecins des Hôpitaux du bassin de Thau :

Tableau récapitulatif des entretiens

Entretiens	H/F	Type	Chef de service	Chef de pôle	PCME Ou Vice-PCME
Entretien n°1	H	Praticien expérimenté	Oui	Non	Non
Entretien n°2	H	Jeune médecin	Non	Non	Non
Entretien n°3	H	Praticien expérimenté	Non	Oui	Oui
Entretien n°4	H	Praticien expérimenté	Oui	Non	Oui
Entretien n°5	F	Jeune médecin	Non	Non	Non
Entretien n°6	H	Praticien expérimenté	Non	Oui	Oui
Entretien n°7	H	Praticien expérimenté	Non	Non	Non

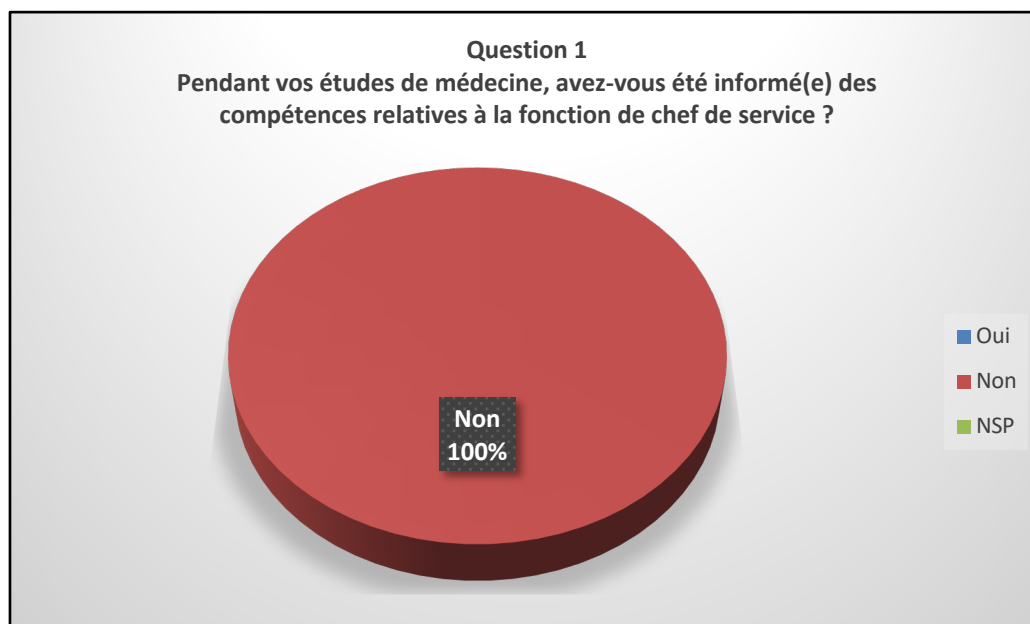
Ces différents entretiens mettent en évidence, tout d'abord, un constat de l'inadaptation du système pyramidal historique aux attentes managériales modernes qui vont dans le sens d'un système linéaire basée sur des dynamiques d'équipes et une différence de points de vue dans les actions managériales prioritaires dévolues à la fonction de chef de service.

- Sur le constat de l'inadaptation du système pyramidal historique aux attentes managériales modernes :

A l'ère de la co-décision dans le pilotage des établissements de santé, il est attendu par les praticiens, qu'ils soient jeunes ou expérimentés, une modification du positionnement du chef de service. Ce constat est particulièrement prégnant, à l'échelle d'un CH à taille humaine.

Leur connaissance de cette fonction, de son périmètre de responsabilité et des compétences managériales qui y sont associées, se limite en une approche empirique relevée pendant leur

stage d'internat, mais ne s'appuie pas sur des enseignements pédagogiques qui leur auraient été dispensés pendant leur cursus universitaire :



Leur avis s'est donc forgé auprès des chefs de services qu'ils ont côtoyés. Certains parlent même d'une « *autorité dictatoriale* » lorsqu'il s'agit d'un chef de service qui officie en CHU.

Un des praticiens expérimentés évoque même un PU-PH de la faculté de médecine de Montpellier, où il a fait ses études il y a vingt ans, et qui arrivait de l'AP-HP, il dit de lui « *qu'il agissait en grand patron super puissant tel un dictateur sur le choix des chefs de services et qu'il imposait une rigueur de travail importante au quotidien sur les publications médicales et sur le niveau de connaissance médicale de ces publications* ».

Cette attente d'un positionnement plus « *juste et cadrant* » comme le précise le vice-président de la CME, fait l'unanimité.

Le changement repose pour eux sur deux domaines en particulier :

- Le management opérationnel qui doit aller vers plus d'ouverture et de partage.
- Le processus de nomination du chef de service lui-même, qui doit garantir une légitimité issue de la base.

En revanche, si ces attentes sont fortes pour tourner la page d'un système patriarcal antérieur fait, selon eux, de « *postures générationnelles* », les divers témoignages mettent en évidence un postulat partagé : celui de la figure charismatique que doit revêtir le chef de service.

L'idée d'un grand patron au leadership naturel, sachant fédérer autour de lui des médecins aux personnalités et aux ambitions différentes, subsiste dans chacun des entretiens. En posant, d'ailleurs, la question de la définition du charisme, le champ lexical utilisé dans les réponses, renvoyait toujours à l'idée d'une personnalité « forte », « exemplaire », « stricte ». Cela prouve, comme évoqué en supra, l'impact toujours présent et quasi inconscient, de ces images patriarcales qui subsistent encore dans la représentation des médecins, malgré leurs envies de changement.

Le jeune praticien explique d'ailleurs, très clairement, que selon lui « *la nomination du chef de service pourrait se faire sur la base d'un choix de l'équipe par le biais d'un système de vote* ».

L'évolution sociétale contemporaine, qui tend vers un besoin de plus de démocratie participative, se retrouve aussi ici. La question de la légitimité est au cœur du sujet. Par effet de synesthésie, c'est comme si la crise de confiance envers les élites, qui traverse notre société à plus grande échelle, se retrouvait aussi dans nos processus de management hospitalier.

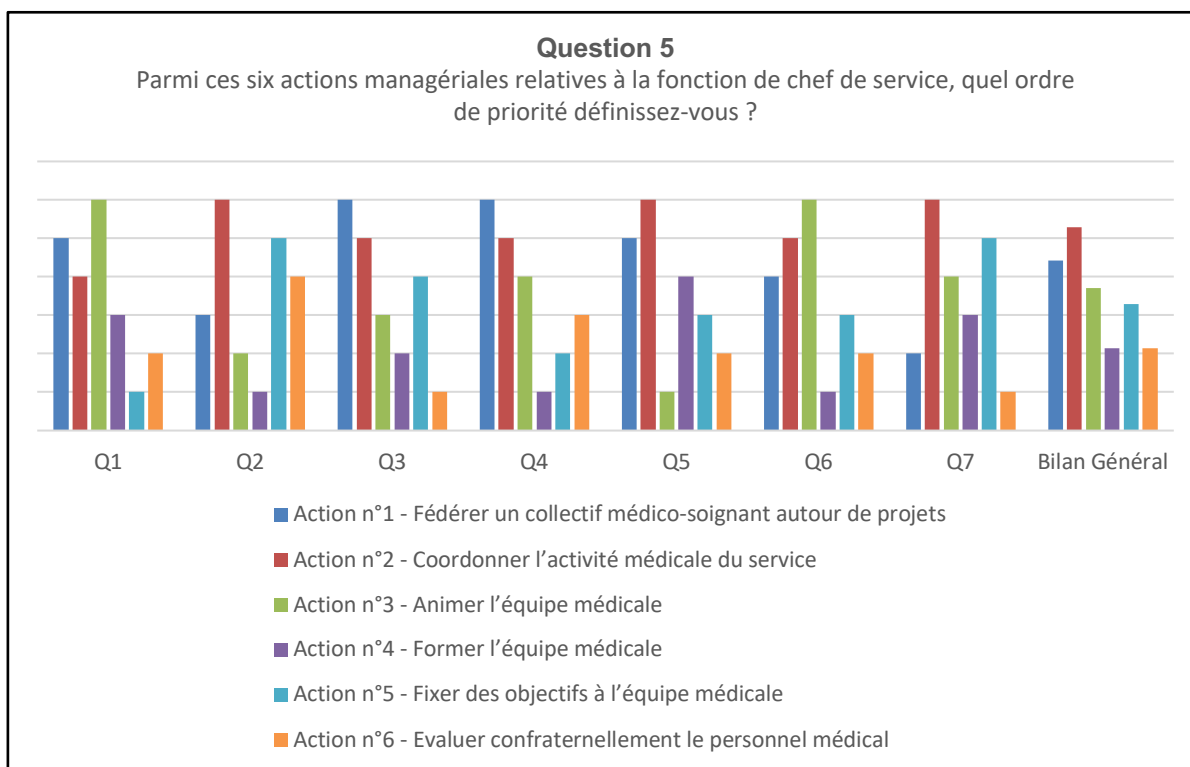
- Sur la différence de points de vue dans les actions managériales prioritaires dévolues au chef de service :

Il est intéressant de souligner que l'action en priorité numéro un, porte sur le fait de fédérer un collectif médico-soignant, pour deux des médecins ayant répondu.

Elle est suivie de près par l'action de coordonner l'activité médicale du service, et la fixation d'objectifs à l'équipe médicale. Cela montre bien que la composante sociale du management d'équipe est une composante essentielle des attentes de la fonction.

A contrario, la composante quasi hiérarchique, ou du moins « autoritaire » du management est reléguée en dernière position ou avant dernière position pour l'ensemble des répondants puisque les aspects de formation et d'évaluation de l'équipe médicale, sont positionnés en retrait sur l'échelle des priorités.

Ci-dessous, un graphique relatif à la question concernant l'ordre de priorité des actions managériales qui concernent la fonction de chef de service :



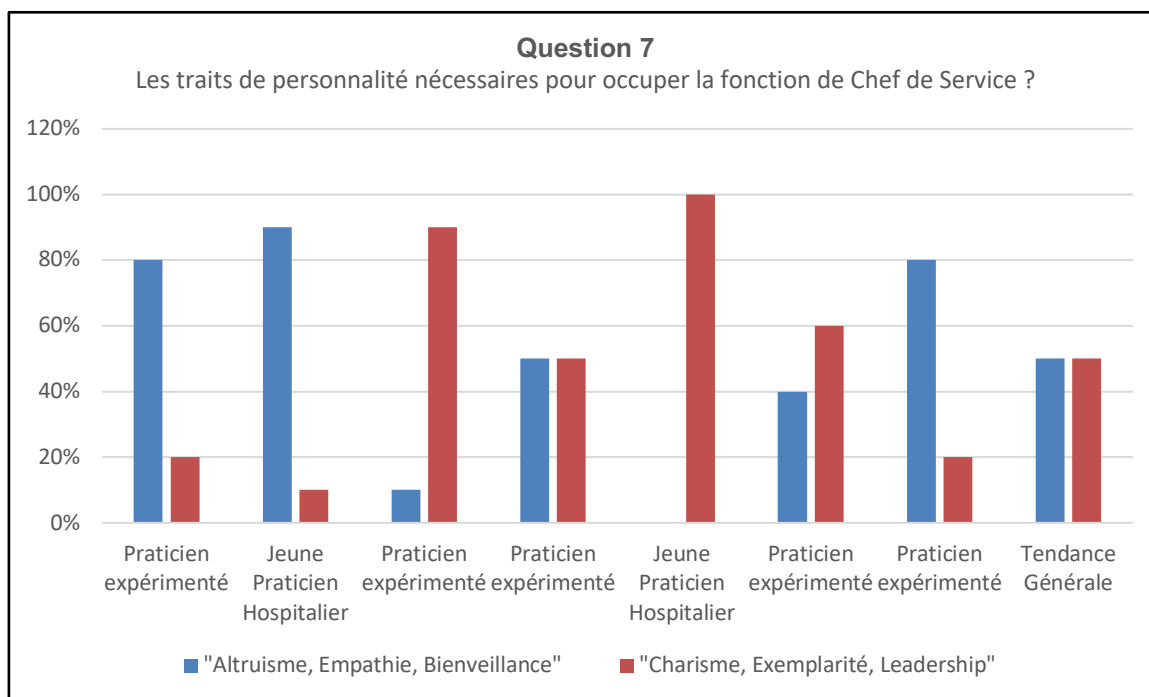
Le management médical dans son volet opérationnel, est plus facilement évoqué quand on aborde la question du binôme chef de service-cadre de santé. Sur ce sujet, les avis sont unanimes. Ce binôme est la clé de voûte de l'organisation du service.

Le vice-président de la CME, parle même de « *partenariat incontournable pour mener à bien une dynamique de pôle et faire le lien avec l'Institution* ».

Le praticien expérimenté évoque lui aussi, « Ce charisme fort est vite rejoint, dans les discussions, par la valeur d'altruisme en tant que socle d'un système relationnel qui ferait la part belle à l'interconnexion et à l'écoute active.

Se dessine donc l'image d'un chef de service qui prendrait des qualités de l'ancienne génération, à savoir l'image du guide, du savant, du leader, et tout cela de manière mesurée à l'échelle d'un centre hospitalier, et qui associerait dans le lien social, les apports de la psychologie sociale sur les avantages d'une prise en compte, des croyances, des opinions, des valeurs, des sentiments, des traditions.

Ci-dessous, le graphique qui concerne les traits de personnalité nécessaires pour occuper la fonction de chef de service :



Par ailleurs, l'idée d'un processus de choix du chef de service, par voie d'élection auprès d'électeurs issus de l'équipe médico-soignante est revenue à deux reprises dans les débats, sans que les médecins se soient concertés, avec pour l'un, l'idée même de pousser le vote à la catégorie professionnelle des assistants médico-administratifs positionnés en lien direct au quotidien avec l'équipe médicale. Le jeune *un relai de l'autorité fonctionnelle, garant de la qualité des relations humaines dans l'équipe* ». Il ajoute aussi que le chef de service pourrait intervenir dans le processus de recrutement du cadre de santé, tant ce binôme tient une place majeure dans la qualité des prises en charge et dans la mise en œuvre de projets de service. Le praticien en milieu de carrière, rappelle que « *ce binôme est capital pour faire remonter les souffrances et les problèmes organisationnels à la hiérarchie, surtout dans cette période de crise* ».

La conversation sur les atouts managériaux de ce binôme, a évolué au fil des entretiens, pour aborder les besoins en matière de formation managériale des médecins.

Le cursus d'enseignement proposé par les écoles de cadres de santé, pour le personnel paramédical, cible les thématiques du management : animation d'équipe, gestion des conflits, recherche de l'adhésion, dynamique collective autour de projets.

Ces enseignements garantissent une formation solide pour les futurs manager cadre de santé.

Concernant les médecins, rien n'est moins vrai. Certes une formation est rendue règlementaire par décret pour les chefs de service et les chefs de pôle, à postériori de leur nomination, mais parfois sur des temps courts, une journée, voire dans le meilleur des cas, une semaine, ce qui ne permet pas de balayer l'ensemble des attendus managériaux.

Les chefs de service interrogés se sentent démunis et affaiblis dans leur fonction de ce fait. La question de la légitimité de la fonction et du sentiment personnel de bien faire son travail et de bien assumer sa mission, est revenue.

La notion de projet de service comme élément fédérateur de cohésion et de satisfaction professionnelle a été abordée avec beaucoup d'intérêt en rappelant l'actualité de la mise en place de la prime d'engagement collectif et de l'écriture du projet médico-soignant des HBT qui doit commencer au mois de septembre prochain.

L'évocation d'une délégation de gestion qui viendrait asseoir et renforcer ces dynamiques projets a été faite en lien avec les responsabilités qui doivent être prises par les chefs de service dans l'exercice de leur mission.

2.2.3 L'exemple concret d'un profil de poste de chef de service

La mise en place, par la direction des affaires médicales, d'un profil de poste explicite concernant la fonction de chef de service remplirait plusieurs objectifs :

- Sensibiliser la communauté hospitalière sur les nouvelles prérogatives réglementaires de la fonction : projet de service, animation d'un collectif, réalisation d'entretiens professionnels
- Mettre en valeur les bienfaits d'un management médical participatif
- Rappeler le périmètre de responsabilité du chef de service à l'échelle de l'établissement
- Promouvoir une gouvernance du partage et de la délégation de gestion
- Cibler des profils de leader sur lesquels basés les dynamiques projets de demain.

Il s'agirait d'alimenter, à travers ce profil de poste, un référentiel « management médical », servant d'outil concret de gestion et de pilotage, qui posera les jalons d'une culture commune managériale.

Ci-dessous, sous forme de tableau récapitulatif, la liste des rubriques à faire apparaître sur un profil de poste :

Liste des rubriques à mentionner dans le profil de poste de chef de service :	
Environnement de travail	<p>Description générale de l'établissement</p> <p>Données d'activité et capacitaires globales + données d'activités et capacitaires du service et du pôle de rattachement</p> <p>Collectif de travail : effectif AMA, paramédical, encadrement soignant</p> <p>Contexte et facteurs d'évolution de la fonction</p> <p>Projet de service en cours d'exécution</p> <p>Objectifs de développement de l'offre de soins : descriptifs des projets portés</p>
Missions générales	<p>Principales activités dont chacun des items suivants sont à développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation et coordination du service - Suivi de la prise en charge et de l'accompagnement du patient - Participation au pilotage de l'établissement - Promotion de l'établissement - Encadrement des internes
Caractéristiques particulières d'exercice	<p>Rattachement fonctionnel et institutionnel</p> <p>Système de gouvernance</p> <p>Organigramme du pôle d'appartenance</p> <p>Diplôme requis de docteur et de spécialité</p> <p>Parcours de formation et d'accompagnement managérial à suivre tout au long de l'exercice</p> <p>Modalités de nomination et de suivi managérial par le chef de pôle</p> <p>Compétences requises : techniques et relationnelles</p> <p>Rémunération : fourchette de salaire annuel et indemnité de fonction de chef de service</p>
Modalités de co-développement au sein du service	<p>Cycle de travail du service en jour et en nuit</p> <p>Maquette organisationnelle</p> <p>Organisation du dialogue et de la concertation entre pairs au sein du service et dans le pôle : nombre de réunions, staff, séminaires, parcours d'intégration des nouveaux arrivants, espaces de respiration professionnelle, QVT proposée, démarche RSE</p>

3 Le rôle du directeur des affaires médicales dans la phase opérationnelle de la professionnalisation du management médical

Le directeur des affaires médicales est exposé dans l'exercice de sa fonction, à la déclinaison opérationnelle des stratégies de l'établissement. Dans le cadre du management médical, il a, de ce point de vue, un double rôle : celui de créateur de lien social et d'amélioration des conditions de travail au sein de sa structure (3.1) et celui de facilitateur d'innovations managériales pour la communauté médicale (3.2).

3.1 Le directeur des affaires médicales, créateur de lien social et d'amélioration des conditions de travail

La thématique du lien social et de l'amélioration des conditions de travail renvoie à la fois à la question des leviers à exploiter pour favoriser l'engagement institutionnel des praticiens (3.1.1), au recours à l'outil de pilotage que représente la GPMC médicale (3.1.2) et à l'appui d'un plan de formation solide pour les praticiens (3.1.3).

3.1.1 Les leviers pour favoriser l'engagement institutionnel des praticiens

A la frontière avec la direction de la stratégie, un des leviers forts pour favoriser l'engagement institutionnel des praticiens concerne la dynamique prospective que représente le comité des projets. Le directeur des affaires médicales, dans le versant stratégique de ses attributions et compétences, participe directement à cette dynamique, dans le cadre de son lien professionnel étroit avec le PCME.

Aux HBT, même si le dialogue de gestion peine à retrouver ses marques après deux années de crise sanitaire, il n'en demeure pas moins que cet espace de concertation et de réflexion reste un levier important favorisant la co-construction de projets.

Les missions du comité des projets sont :

- D'étudier la pertinence des projets ainsi que son impact médico économique,
- De donner un avis argumenté sur le projet (ou sur l'évaluation de suivi) et transmet cet avis au Directoire

Le fonctionnement et la composition du comité des projets qui s'établissent ainsi :

- Il se réunit une fois par mois, le jour précédent le Directoire
- Il étudie en séance des projets (évaluations de suivi) sur présentation du coordinateur médico-économique
- Il est composé du directeur des opérations qui intervient en tant que président du comité des projets, du contrôleur de gestion et responsable contractualisation interne, des responsables projets, de trois représentants médicaux dont le médecin DIM, d'un représentant des cadres de pôle, de la coordinatrice des soins, du directeur des ressources humaines et des affaires médicales et du directeur des finances.

Le constat qui est fait sur la dynamique des projets est plutôt bon et le comité des projets est une instance de travail appréciée, au sein des HBT. Cela dit, dans le cadre d'une demande appuyée de la communauté médicale, la mise en place d'un « conseil médical » semble poindre, faisant écho au souhait d'une gouvernance institutionnelle, pour le partage et le portage des enjeux stratégiques. Pour rappel, dans le sondage de la FHF, déjà cité dans ce mémoire, 98% des médecins estiment « *important d'être impliqués dans les prises de décision organisationnelles et stratégiques de leur service* ». Cela entrerait aussi dans le cadre des expérimentations de modalités alternatives d'organisation de la gouvernance, prônée par la mesure 22 du Ségur de la Santé intitulée « mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital ».

En effet, à l'instar d'autres modèles d'espace de concertation comme la « commission des projets médicaux » du CHU de Nîmes, qui a évolué en l'espace de trois ans en « délégation des projets médicaux ». Le passage d'une « commission » à une « délégation » va au-delà du simple changement d'appellation. Il s'agit aussi, à travers cette mutation, d'impliquer davantage la communauté médicale dans sa responsabilisation face à la pérennité de l'institution. Ce changement s'est aussi accompagné d'une plus forte présence médicale dans l'échelon stratégique en nommant à la présidence de la délégation, le praticien porteur et rédacteur du projet médical, qui deviendra par la suite le PCME de l'établissement.

Aux HBT, une évolution du comité des projets est planifiée pour septembre 2022, afin d'enrichir plus encore la concertation et la représentation médico-soignante, autour de deux objectifs à poursuivre :

- Favoriser la synergie entre les projets présentés en comité des projets et le projet médico-soignant
- Renforcer la présence médicale et soignante afin de garantir une présence plurielle et systématique.

Les propositions qui suivent sont d'ores et déjà au cœur des réflexions :

- Soumettre au préalable tout projet à la concertation du bureau de pôle
- Rétablir la présentation du projet par les porteurs de projet (binôme médico-soignant), le cas échéant avec l'assistance du coordinateur médico-économique
- Élargir la composition du comité des projets :
 - 5 praticiens titulaires et 2 suppléants
 - 5 cadres supérieurs/cadres de santé et 2 suppléants
 - Invitation d'une sage-femme selon sujets traités.

Les comités de projets médicaux, dans leur ensemble, sont la traduction concrète d'une gouvernance qui impulse et soutient le travail en équipe en favorisant les synergies, les démarches collectives et en encourageant la collaboration à tous les niveaux.

Un autre levier que le directeur des affaires médicales doit actionner pour relancer l'engagement institutionnel des praticiens est celui des outils permettant l'anticipation et la gestion des conflits interpersonnels.

En effet, les modalités d'une gestion des conflits organisée et cohérente, mettant en évidence l'appui institutionnel sera une aide conséquente pour le manager médical investit du sujet. Des espaces de respiration et de dialogue mis en place par la direction des affaires médicales avec l'aide d'une cellule psychologique interne ou externe à l'établissement, selon le besoin de discrétion souhaité, pourrait être proposé.

Une bonne connaissance en amont des paramètres fragilisant la notion d'équipe et par ce biais, être un terreau fertile pour les malentendus, luttes de pouvoir ourdies, ou conflits ouverts, est aussi à acquérir. A l'aune des usages et habitudes individualistes, la notion d'équipe est en effet très fragile à cause :

- Du turn over du personnel et de l'absentéisme
- Du « tout numérique » qui peut en accélérer le démantèlement
- Du secteur médical et paramédical très hiérarchisé par le statut professionnel
- De la connaissance du patient qui est détenue par plusieurs médecins de spécialités différentes avec la difficulté de rassembler les connaissances parcellaires pour éviter les conflits issus de prises en charge incomplètes et désorganisées.

Ainsi, la prévention et le règlement des conflits est à favoriser au niveau des services par le recours à des dispositifs de conciliation qui seraient à généraliser au sein des établissements ou des GHT, et si besoin avoir aussi recours à la médiation régionale.

3.1.2 La GPMC Médicale : outil de mise en œuvre du management médical

L'Académie Nationale de Médecine, a publié un avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires en juin 2021, dans le cadre d'un groupe de travail qui réunissait les docteurs F. Michot, D. Bertrand, J. Bringer, C. Buffet, O. Claris, Y. Lebranchu et C. Thuillez. Ce groupe de travail, au-delà même de la sphère hospitalo-universitaire, évoque la part conférée au management d'équipe sur le sujet et fait le constat suivant : « *Le médecin hospitalier n'est plus corvéable à merci ; intégré dans la société, il a pris conscience que la vie familiale et les activités extérieures font partie inhérente de sa vie. Il ne souhaite plus être uniquement valorisé par les activités HU* ».

Elle ajoute, concernant l'équilibre vie privée/vie professionnelle que « *l'objectif des jeunes générations est d'être heureux dans leur travail, d'avoir du temps libre ; les hospitaliers n'ont pas d'aspirations différentes de la société en général. Le responsable d'une unité doit être formé au management d'une équipe qui suppose la connaissance de l'organisation interne de l'hôpital, du financement, de la stratégie, de la sécurité, de la qualité des soins, de la gestion des hommes et de l'interaction avec l'administration. Manager une équipe prend du temps pour régler les difficultés, soutenir chacun, organiser une prise en charge homogène, créer une équipe soudée* ».

L'ANM parle ici de « carrière », mais la question d'un véritable « plan de carrière » reste ici posée dans le contexte de désengagement des praticiens et de la pénurie de jeunes médecins à l'hôpital public. En effet, la notion de « développement professionnel » semble plus opportune eu égard à l'aspect social du rapport au travail et à la labilité des professionnels.

Dans les missions de gestion dévolues au directeur des affaires médicales, il y a celle de la GPMC Médicale, qui tient une place particulièrement stratégique dans le pilotage de la pérennité de l'établissement et dans la fidélisation des personnels médicaux et paramédicaux. Elle en devient ainsi le principal outil de mise en œuvre du management médical par l'ensemble des périmètres d'action qu'elle contient :

- Recrutement médical : praticiens contractuels, Concours de PH, inscription aux EVC
- Lien permanent avec le CNG et l'ARS pour assurer le suivi des effectifs (médecins et internes) et des autorisations de postes
- Proposition de parcours professionnels personnalisés avec progression managériale envisagée en interne et sur le territoire (chefferie de service, responsabilités institutionnelles)
- Utilisation de l'ensemble des arcanes disponibles pour valoriser et diversifier l'implication institutionnelle : reconnaissance donnée par la variété du régime indemnitaire et ses différentes primes possibles : PET, PECH, TTA, IESPE.

- Étude socio-démographique de la communauté médicale en exercice : bilan, projection
- Travail sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux pour garantir la dynamique d'équipe et le partage de projets : maquettes organisationnelles.

Ce travail quotidien est en filigrane de l'action du directeur des affaires médicales de l'établissement qui comporte aussi un volet territorial. En effet, une coordination avec les directions des affaires médicales des autres hôpitaux publics du territoire et du GHT, est absolument nécessaire pour maintenir le capacitaire et éviter ainsi des fermetures de lits.

La période estivale aux HBT a réellement mis en évidence l'atout d'une telle coordination par les aides ponctuelles, mais hautement importantes, quant au maintien d'une offre de soins de qualité sur la population du bassin de Thau : le temps médical supplémentaire récupéré par cette coordination a permis, avec l'aide des équipes du SAMU du CHU de Montpellier de combler le planning médical des urgences au mois d'août. La régulation vers le centre 15 en amont de toute arrivée aux urgences de l'hôpital de Sète n'a été mis en place sur trois nuits uniquement.

3.1.3 Le plan de formation des praticiens en appui du management médical

La formation apparaît comme un enjeu fort du management médical car elle se place en lien direct avec la valorisation de l'attractivité et de la QVT, deux catégories devenus indissociables.

L'enquête nationale de la FHF datant de 2017, démontre que la formation est caractérisée comme le meilleur outil de développement des compétences managériales avec 80% des praticiens interrogés qui se disent « favorables à suivre des dispositifs de formation et d'intégration des praticiens en responsabilité » ; 67% d'entre eux évoquent même le souhait de participer à des « coaching pour l'encadrement médical » et 52% sont favorables au suivi « d'ateliers de co-développement ».

Une des revendications des syndicats de praticiens hospitaliers concerne d'ailleurs la programmation d'une formation à la gestion d'une structure médicale et au management des chefs de service, afin d'appréhender les leviers de succès et les écueils à éviter dans la prise de fonction, afin d'apprendre à se positionner face à ses pairs et face aux acteurs internes et externes et surtout afin d'appréhender les méthodes pour manager, communiquer, et conduire des projets.

La formation au management médical est, à ce propos, devenue réglementaire par :

- Le décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au PCME, vice-président de directoire des établissements publics de santé qui indique qu'une formation sera « *proposée* » au PCME « *à l'occasion de sa prise de fonction* » (Article D.6143-37-5) ayant pour contenu : la gestion de projet, la conduite de réunions, la gestion des conflits et techniques de négociation, le management par la qualité, le développement du leadership.
- Le décret n°201-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles qui précise que « *dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose aux praticiens nommés dans les fonctions de chef de pôle, une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions* ».
- L'arrêté du 11 juin 2010 qui fixe les modalités de la formation des chefs de pôle qui devra être d'une durée de soixante heures a minima.
- Le décret n°2016-291 du 11 mars 2016 qui réitère l'obligation pour le directeur de proposer une formation adaptée à la prise de fonction des médecins responsables.

Pour aller plus loin sur ce thème, et dans le cadre des recommandations explicitées dans les stratégies nationales de santé, un diplôme d'établissement est proposé par l'EHESP, dans le cadre de la formation continue de médecin manager, et entre, de ce point de vue, parfaitement dans les attentes du moment concernant le pilotage et le management des établissements de santé.

La réflexion se pousse aussi sur la formation initiale universitaire des médecins. Le Pr. Claudon, PCME du CHU de Nancy, évoquait déjà en 2017, la nécessité d'inclure une formation au management pour les praticiens dans les études de médecine. Il explique que « *malgré l'intégration de l'environnement médico-économique dans les enseignements de troisième cycle, depuis la réforme des études universitaires, assorti de la culture de la qualité des soins, il faut poursuivre la démarche de formation, vers le management d'équipe, et la construction de projets* ».

Par ailleurs, former à la gouvernance les médecins, c'est aussi permettre de se retrouver en synergie et non en opposition entre directeurs et médecins, et sortir enfin des débats sur la bureaucratie de certains qui viendrait empêcher l'action des autres.

Enfin, une dimension territoriale est aussi envisageable par le biais de partenariats GHT avec les grandes écoles du management, afin d'inscrire au plan de formation territorial, un cursus

diplômant pour les médecins manager, qui créerait, de surcroît, un esprit « promo », favorable à une culture managériale commune sur le territoire.

3.2 Le directeur des affaires médicales, facilitateur d'innovations managériales

3.2.1 Une démarche « responsabilisante » : accompagner la mise en place de l'entretien annuel des praticiens

Mettre en place l'entretien professionnel annuel relève d'une démarche responsabilisante afin de promouvoir une culture managériale commune et de créer une dynamique de co-développement.

A l'instar de l'ensemble des autres professionnels de l'hôpital public, l'entretien annuel pour les praticiens est, maintenant, un rendez-vous rendu obligatoire, qui dynamise le collectif vers des projets communs, afin de créer du lien social.

Dans une note parue en décembre 2021, la DGOS présente les nouvelles dispositions statutaires relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Elle précise que c'est « dans une logique d'accompagnement des carrières et de suivi individualisé des praticiens, un entretien professionnel annuel est créé pour les praticiens titulaires et non titulaires. Il est assuré par le chef de service ou le responsable de structure interne d'affectation (...). Pour les chefs de service, il est assuré par les chefs de pôle. Pour les chefs de pôle, il est assuré par le Président de la commission médicale d'établissement ».

Elle ajoute, sur le contenu de cet entretien, les précisions suivantes : « *cet entretien porte notamment sur le bilan des missions cliniques et non cliniques confiées au praticien au titre de l'année écoulée, sur les objectifs pour l'année à venir et sur les souhaits d'évolution professionnelle du praticien* ».

Aux HBT, dans le cadre d'une politique de gestion des carrières et des compétences médicales, et afin de mettre en œuvre un accompagnement régulier du développement professionnel des médecins, la rédaction d'un guide de l'entretien professionnel annuel a fait partie des commandes du stage de direction, afin, dans un premier temps, d'être proposé à la CME pour ensuite solliciter une validation finale et passer à une mise en œuvre concrète.

Le directeur des affaires médicales des HBT a souhaité, en effet, inscrire la volonté de développement d'une culture managériale au sein des professions médicales de l'établissement, dans le cadre du pilotage de la GPMC médicale.

L'entretien professionnel annuel des praticiens fait partie des attendus réglementaires en matière de management médical, préconisés dans la loi RIST du 26 avril 2021 et dans la circulaire DGOS du 6 août 2021, reprenant les éléments du rapport du Pr Olivier CLARIS.

A ce titre, un parcours managérial doit être proposé aux responsables médicaux, en lien avec le CNG, pour assurer leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.

L'entretien professionnel annuel est, donc, une composante de ce management de proximité et porte, selon les précisions de la DGOS citées plus haut, sur une forme de bilan et de prospective des engagements et projets professionnels et personnels du praticien. Il fait l'objet d'un compte-rendu et d'un archivage dans le dossier du praticien au sein de son établissement d'affectation.

Il vise, de ce fait, grâce à un échange formalisé et confraternel, à atteindre les objectifs suivants :

- Favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de l'établissement et favoriser l'attractivité de l'exercice médical au sein des Hôpitaux du Bassin de Thau.
- Promouvoir un management par la confiance et favoriser l'engagement des praticiens dans la réalisation du projet de service.
- Maintenir et renforcer la motivation des praticiens au sein de l'équipe.
- Prévenir les risques psycho-sociaux en abordant les difficultés d'exercice.

En pratique,

- ☞ La grille d'entretien est adressée au praticien avant l'entretien, afin de le préparer.
- ☞ À l'issue de l'entretien, le chef de service et le praticien signent la grille d'entretien complétée. Une copie est remise au praticien ainsi qu'à la Direction des Affaires Médicales.
- ☞ Le bilan de mandature du chef de service fera apparaître le nombre total d'entretiens menés.

3.2.2 Promouvoir le passage du leadership individuel au « leadership partagé » pour une meilleure qualité des soins et de vie au travail

La question du passage d'un changement de style de management en passant d'un leadership individuel à un leadership dit « partagé » ou collectif, porte en elle des enjeux forts de mutation du monde du travail.

Après deux années de crise sanitaire continue, le manager hospitalier quel que soit son secteur d'appartenance, devra se projeter vers un rôle de créateur de valeur et de sens, tout en s'appuyant sur des capacités fortes à faire preuve de bienveillance.

Appliqué au management médical, cette attente est d'autant plus prégnante que des enjeux de qualité des soins y sont fortement associés. En effet, l'audit système préconisé par la HAS, précise dans sa méthode l'importance de la place du leadership dans la prise en charge médico-soignante du patient.

Le leadership se définit ici comme étant le mécanisme de fonctionnement du groupe visant à conduire les collectifs professionnels à travailler ensemble vers des objectifs partagés de qualité des soins, autour d'une culture commune.

Le dernier manuel de certification des établissements de santé de la HAS paru en septembre 2021 rappelle, dans son chapitre trois, dévolu aux critères attendus pour l'établissement, que « la gouvernance doit fonder son management sur la qualité et la sécurité des soins ».

Pour cela, plusieurs critères sont spécifiques au management :

- La gouvernance fait preuve de leadership : culture de la sécurité des soins, pilotage de l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des soins et formation et coaching en management
- L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences : soutien des démarches d'amélioration du travail en équipe
- Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance : la gouvernance a une politique de QVT et elle met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits.

Le directeur des affaires médicales est ainsi clairement positionné comme acteur majeur dans le cadre des formations à proposer au personnel médical en matière de qualité et de gestion des risques et concernant l'accompagnement managérial des responsables d'équipes.

La question du pilotage de l'adéquation entre les RH et la qualité des prises en charge, renvoie aux outils de gestion que sont :

- Les tableaux de bord d'effectifs cibles,
- Les maquettes organisationnelles et leur évolution en fonction de la typologie des patients accueillis,

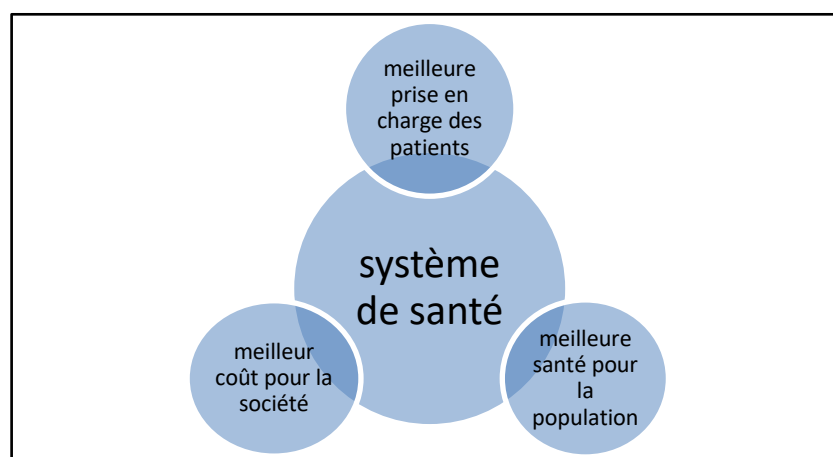
- Les plannings d'équipes avec la gestion des personnels remplaçants et non remplaçants, le pool éventuel, l'accueil, la formation et les dispositifs d'intégration des nouveaux arrivants,
- Les procédures et dispositifs en cas d'absentéisme du personnel comme le recours aux heures supplémentaires, au mode de fonctionnement dégradé validé, à l'intérim ou au portail « Hublo ».

Ces impératifs de la Haute Autorité de Santé, en matière de leadership associé au management, reposent sur une vision systémique des organisations et non sur une vision cloisonnée.

Après ces deux années de crise Covid, le leadership vertical est à bout de souffle car il génère des organisations en silos, met une pression sur les équipes et offre une qualité très variable de la prise en charge.

La pénurie actuelle de ressources médicales hospitalières, au-delà de l'impact du *Numerus Clausus*, n'est pas neutre surtout lorsqu'il s'ajoute à la dynamique de démission des personnels paramédicaux qui oblige des fermetures de lits faute de personnel.

Les réflexions autour des enjeux du leadership se sont appuyées sur les travaux du Dr D. Berwick, à la fin des années quatre-vingts, et notamment sa « théorie de l'amélioration continue » (*Theory of Continuous Improvement*), qui démontre que le système de santé, pour qu'il soit efficace, doit viser un triple objectif :



Cette théorie soutient que les défauts de la qualité sont rarement l'objet d'actes volontaires mais sont relatifs à un mauvais management, une mauvaise organisation.

Dans le MOOC de la FHF sur le management médical, le Dr E. Minvielle, titulaire de la chaire management en santé de l'EHESP, dit à ce propos, que « *la faiblesse d'un collectif par le manque de coordination et de communication, est à l'origine de 20% des dépenses de santé et à l'origine aussi d'une grande majorité des événements indésirables graves* ».

L'impact du leadership « partagé » développé dans le cadre d'un management collaboratif, est un facteur clé de la qualité des prises en charge et par de là même, un facteur d'attractivité car toujours selon le Dr E. Minvielle, « *avoir un meilleur climat organisationnel est un critère de plus en plus repéré de QVT, favorable à l'attractivité de lieux où il fait bon de travailler ensemble* ».

A ce sujet, l'enquête sur la GRH Médicale, lancée en 2017 par la FHF, sur un panel de quatre mille praticiens et mille six cents étudiants en médecine, met en évidence combien le travail collaboratif est primordial à l'hôpital : 87% des praticiens estiment important de développer des pratiques de co-développement lors de réunions de concertations sur l'organisation du planning médical par exemple, 88% souhaiteraient participer à des ateliers de travail sur le projet médical et 98% plébiscitent les échanges entre pairs.

3.2.3 Mettre en place une politique d'attractivité et de pérennité médicale à travers la professionnalisation du management médical

La question de la professionnalisation du management médical est chaque fois mise en lien dans les travaux sociologiques, avec la politique d'attractivité et de pérennité médicale à mettre en oeuvre. Au regard de l'étendue du périmètre du sujet et du décalage entre la réalité du désengagement institutionnel actuel et les espoirs fondés par les pouvoirs publics en la matière, le risque est non pas d'envisager la professionnalisation du management médical comme une véritable défi pour le directeur des affaires médicales, mais plutôt comme un pari voué à l'échec.

Sur le sujet de l'attractivité, l'Ordonnance du 17 mars 2021, argumente les principales dispositions sur la médicalisation des décisions au sein des établissements, sur la base d'un arsenal de compétences allouées et élargies au corps médical, en interne et au niveau du territoire, avec les ressources mises à disposition : moyens matériels et humains, nouveau régime indemnitaire de reconnaissance (revalorisation de l'indemnité des chefs de pôle et mise en place d'une indemnité pour les chefs de service). Elle met en exergue la part territoriale que doit contenir toute démarche projets et sanctuarise cette obligation d'ouverture sur le territoire par l'avènement de la Commission Médicale de Groupement, dans le cadre de

la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins.

Le rôle du Président de la CMG prend une dimension majeure dans la coordination de la politique médicale territoriale, aux côtés du Président du COSTRAT, et dans les choix stratégiques opérées qui cimenteront le CPOM des établissements. Afin d'éviter une gouvernance en millefeuille, l'ordonnance prévoit la possibilité aux GHT de constituer une commission médicale unifiée de groupement qui exercerait l'ensemble des missions et attributions de la CMG et de la CME, ainsi qu'une CSIRMT unifiée.

Le rôle du directeur des affaires médicales, dont la double fonction présentée ici, de créateur de lien social et d'amélioration de la QVT, et de facilitateur d'innovations managériales, est alors à envisager plutôt comme un directeur « territorial » des affaires médicales, en charge de la politique d'attractivité, de fidélisation et de pérennité de l'hôpital.

Les solutions opérationnelles, qui s'offrent à lui, renvoient essentiellement à la mise en place d'outils de coordination de son action assortis d'outils de communication, pour pouvoir fédérer autour de lui. L'exercice de la fonction de directeur des affaires médicales tient aussi sur le succès du binôme qu'il opère avec le PCME de son établissement.

Cette complicité professionnelle à installer et à alimenter, par le recours à l'ensemble du corpus de valeurs et d'éthique, qui a été largement explicité dans cette étude, est sans nul doute la clé de voûte de sa propre action managériale. Le facteur humain revient donc en force avec la possibilité de mettre en place plusieurs espaces de dialogue et de travail : des COPIL, des groupes de travail, des séminaires de réflexions, voire comme certains établissements des « agora mensuelles » afin de créer le lien social et la dynamique de construction collective. Les réflexions autour du projet médico-soignant, comme actuellement aux HBT, nécessitent, avant même un cadrage méthodologique, une motivation collective et une appétence à agir ensemble dans le respect des équilibres fragiles stratégiques, financiers et humains.

La revue « management & avenir », a publié en 2012, dans sa collection Management Prospective, une étude intitulée « *vers des médecins-managers-mentors ? premiers résultats d'un accompagnement concerté dans un CHU* » et a mis en évidence, il y a déjà dix ans, qu'« *une focalisation sur les médecins- émergents à haut potentiel, identifiés par les commissions régionales à vocation prospective, semblait particulièrement nécessaire, dans la mesure où elle constitue un levier stratégique pour l'avenir des établissements et leur attractivité* ».

Le directeur des affaires médicales, par sa position centrale sur la question de l'attractivité, requiert donc toute la force et l'engagement nécessaires pour opérer un dépassement des clivages, des oppositions, et des postures, afin de pouvoir professionnaliser le management médical et inscrire l'ensemble de ses modalités dans le règlement intérieur.

Conclusion

La question soulevée dans cette étude fait donc, la part belle à la définition complexe du management médical, renvoie à ses fondements et caractéristiques et montre l'étendue des enjeux et limites à envisager dans le cadre de sa professionnalisation.

La mise en lumière du rôle du directeur des affaires médicales, au terme de sa fonction stratégique et opérationnelle, est essentielle dans le déploiement et la déclinaison des politiques publiques particulièrement présentes dans l'actualité de la rénovation du système de santé.

Le stage de direction, a été propice à une rencontre à la fois intellectuelle, et concrète avec les enjeux de la professionnalisation, pour l'élève directrice que je suis. Le cas d'un centre hospitalier périphérique d'importance stratégique dans le territoire du bassin de Thau, a permis un éclairage sur le fait même de la coexistence des deux termes « management » d'un côté et « médical » de l'autre. Le défi de la professionnalisation du management médical réside sans doute dans cet aspect. Il repose, en effet, sur l'entrecroisement de deux pratiques professionnelles distinctes : le soin et la gestion ; et oblige, pour les médecins, une transformation de leurs représentations professionnelles, pourtant bien ancrées depuis leur formation universitaire.

La pratique de l'art médical repose, en effet, pour le médecin, sur le colloque singulier entre « le » patient et « son » patient, qui expliquerait l'indépendance et l'autonomie du médecin, qui rend difficile l'acceptation d'un management pouvant lui amener des contraintes.

La rencontre avec une partie de la communauté médicale des HBT a, par ailleurs, ouvert le débat sur la base d'échanges intellectuels qui ont permis d'aller plus loin que le seul périmètre des questions posées dans la grille d'entretien. Il a s'agit de moments intéressants et parfois même passionnants, où finalement un consensus a été fait, entre le médecin et l'élève directrice, sur la nécessaire lutte contre les a priori négatifs de part et d'autre ou contre les clichés sur les postures managériales au sein de l'organisation hospitalière, afin de garantir le succès de la médicalisation de la gouvernance.

Un consensus aussi sur la personnalité du chef de service faite d'altruisme, de compréhension et d'écoute, qui est apparu primordiale devant des aspects plus autoritaires, même au bon sens du terme.

D'un point de vue du partenariat et du besoin de co-construire les projets et les démarches d'innovation, entre les médecins et les gestionnaires que sont les directeurs, il est ressorti que

le pilotage stratégique de l'établissement, se fait aussi et surtout dans l'unité même du service, au bénéfice du collectif hospitalier tout entier.

L'évolution de la fonction de chef de service vers une reconnaissance de véritable manager d'équipe est apparue, toutefois, comme une nouveauté, un but à atteindre, une page qui doit être tournée avec pour certains, l'aide du temps qui passe, pour permettre à une autre génération de médecins, d'avoir les coudées franches et la désinvolture nécessaire pour sortir des postures passéistes.

A moins que le directeur, et qui plus est, le directeur des affaires médicales, soit un véritable facilitateur d'innovation organisationnelle à leurs côtés, en mobilisant l'intelligence collective, au service de la qualité et de la sécurité des soins.

Bibliographie

Ouvrages :

Bourret R., Guicheteau J., Jahan P. 2021, *la transformation de l'organisation hospitalière : le modèle valenciennois*, coll. « décideur santé », Bordeaux, LEH Edition, 177 p.

Louazel M., Mourier A., Ollivier E., Ollivier R., 2018, *le management en santé : gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP, 542 p.

E. Minvielle, K. Gallopel-Morvan, M. Waelli, J.M. Januel, 2018, *Manager une organisation de santé : L'apport des sciences de gestion*, 1^{ère} Ed., Presses de l'EHESP, 277 p.

Articles :

Revue hospitalière de France n°596, septembre-octobre 2020, Drexler A., Pr. Danion J.M., *Attracted to (h)us », un projet d'attractivité médicale conçu par et pour les médecins*

Revue Question(s) de management 2021/4, n°34, Frimousse S., Peretti J.M., *Quel style de management dans l'organisation post-Covid ?*

Revue Soins Cadres, n°111, mai 2019, Proximité et management

Revue Soins Cadres, n°135, mai 2022, *Le management pathogène*

Revue Actualité et Dossier en Santé Publique, n°110, mars 2020, M. Sibé, *Quelles transformations attendues ? quelles démarches inspirantes ?*

Revue Santé RH, février 2022, C. Zacharie, chapitre Stratégie et Pilotage, « *Gouvernance-La renaissance du service et la question du pouvoir décisionnel à l'hôpital* »

Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New. Eng. J. Med.*, 1989, 53-7

Revue Management & Avenir, 2012/3 n°53, Management Prospective Ed., *Vers des médecins-managers-mentors ? premiers résultats d'un accompagnement concerté dans un CHU*

Revue Bulletin de psychologie, 2022/2, n°576, *Innovation managériale au sein d'une industrie aéronautique : Étude sur l'effet des pratiques managériales habilitantes sur le bien-être et la performance des salariés*

Publications et rapports :

Claris O., Ministère de la Santé et des Solidarités, 2020, *Rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières.*

Michot F., Bertrand D., Bringer J., Buffet C., Claris O., Lebranchu Y., Thuillez D., 2021, Académie Nationale de Médecine, Rapport et Recommandations de l'ANM, *Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires.*

Rapport Couty, 2013 « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », Ministère des affaires sociales et de la santé

Rapport Le Menn, 2015 « *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester*»

Rapport du Conseil d'Analyse Économique, *La Gouvernance mondiale*, La Documentation française, 2002

Rapport de l'IGAS de février 2010 sur le bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion

Rapport annuel de l'IGAS, année 2012

Rapport et recommandations de l'Académie Nationale de Médecine, Bulletin 205, 2021, p.891-895, *Avis sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires*

Document des Hôpitaux du Bassin de Thau :

Rapport d'Activité, 2021

Guides et Manuels :

Mieux manager pour mieux soigner, Ministère des solidarités et de la santé, Ségur de la Santé, guide élaboré par le Pr. Olivier Claris, avec le concours de la FHF, et des conférences hospitalières de directeurs et de présidents de CME, Août 2021, 51 p.

Être chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences, ANAP, mars 2012

Références juridiques :

- Code de la Santé Publique : Article R6146-4 et Article R6146-5
- Code de déontologie : Articles 56, 64, 68 et 68-1
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale
- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 et le décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatifs aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST)
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dite Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS)
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 dite Loi Organisation et Transformation de notre Système de Santé (OTSS)
- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi Rist
- Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement
- Arrêté du 4 novembre 2021, fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de fonction de chef de service au sein des établissements publics de santé
- CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS.

Sondages et enquêtes :

Odoxa, Baromètre Santé 360° : Les Français et l'Hôpital de demain, 2017

<http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-francais-lhopital-de-demain/>

Odoxa, Baromètre Santé 360° : La perception des Français et des professionnels de santé sur l'hôpital et le système de santé et sur l'attractivité des métiers de la santé

<http://www.odoxa.fr/sondage/les-francais-et-les-professionnels-de-sante-sont-persuades-que-la-situation-se-deteriore-et-le-quotidien-des-soignants-a-lhopital-est-problematique/>

Enquête sur la GRH Médicale, FHF, 2017

Mooc :

Mooc de la FHF sur le management médical, 2017, disponible ici : <https://mooc-attractivite.fhf.fr/module-4-le-management-medical/>

Sites web consultés :

Medscape.com : <https://www.medscape.com/>

Sénat, un site au service des citoyens : http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20220110/ce_hopital.html

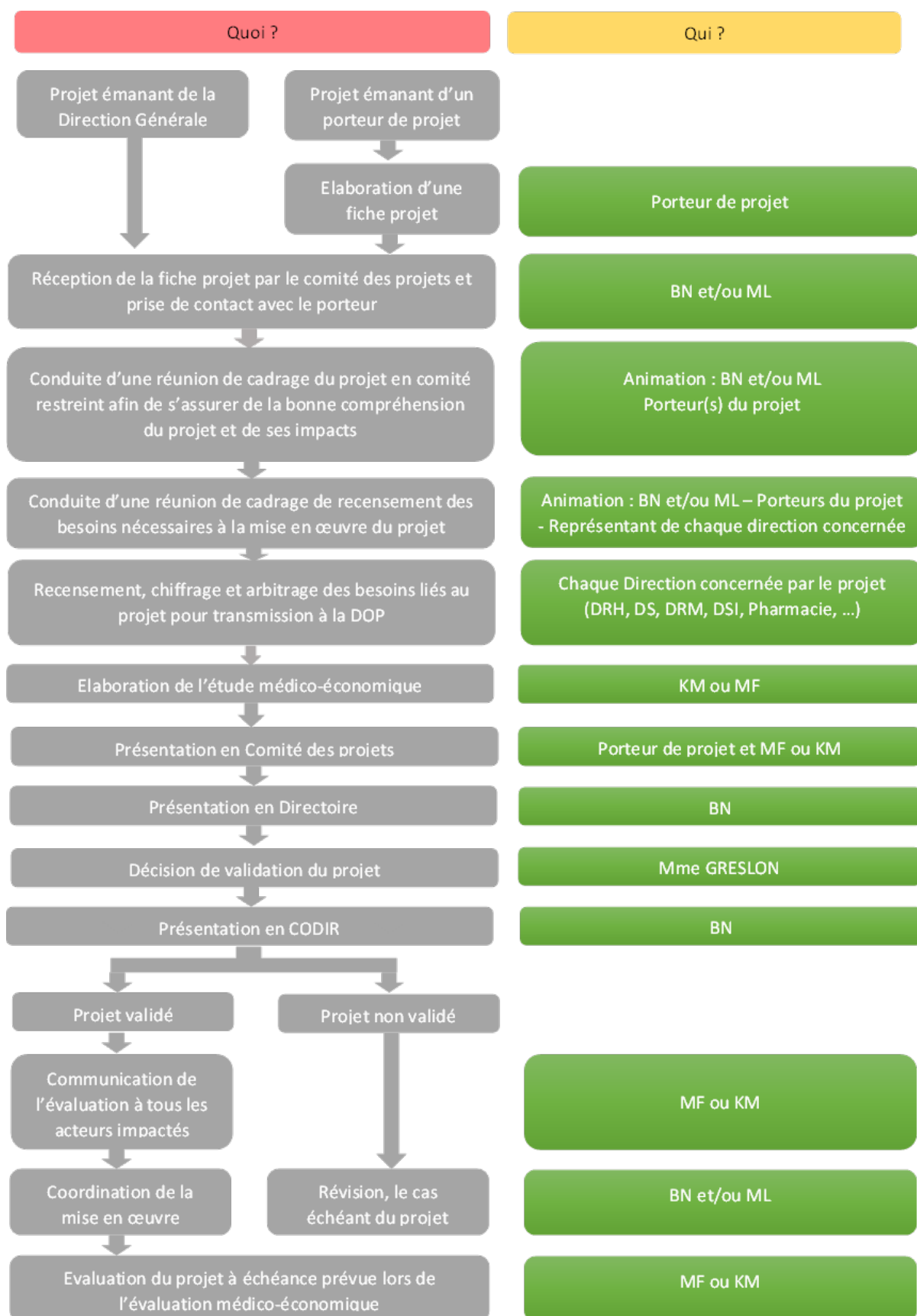
Académie Nationale de Médecine : <https://www.academie-medecine.fr/avis-sur-lattractivite-des-carrieres-hospitalo-universitaires/>

Liste des annexes

- I. **Fiche mémo sur l'organisation de la gestion des projets aux HBT**
- II. **Guide de l'entretien annuel professionnel du praticien proposé aux Hôpitaux du bassin de Thau**
- III. **Grilles d'entretien**
- IV. **Analyses graphiques des données**

Annexe I.

Organisation de la gestion des projets aux HBT





L'ENTRETIEN ANNUEL PROFESSIONNEL

Chef de service / Praticiens

Direction des Affaires Médicales
Management médical
AOUT 2022

L'ENTRETIEN PROFESSIONNEL ANNUEL DES PRATICIENS

A DESTINATION DES CHEFS DE SERVICE

Les Hôpitaux du Bassin de Thau souhaitent s'inscrire dans une volonté de développement d'une culture managériale au sein des professions médicales.

L'entretien professionnel annuel des praticiens fait partie des attendus réglementaires en matière de management médical, préconisés dans la loi RIST du 26 avril 2021 et dans la circulaire DGOS du 6 août 2021, reprenant les éléments du rapport du Pr Olivier CLARIS.

Les recommandations du rapport CLARIS placent le management de proximité à l'échelon du service, comme un facteur de qualité de vie au travail et de qualité des soins.

A ce titre, un parcours managérial doit être proposé aux responsables médicaux, en lien avec le CNG, pour assurer leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.

L'entretien professionnel annuel est une composante de ce management de proximité et porte notamment sur le bilan des missions cliniques et non cliniques confiées au praticien au titre de l'année écoulée, sur les objectifs pour l'année à venir et sur les souhaits d'évolution professionnelle du praticien.

Il fait l'objet d'un compte-rendu et d'un archivage dans le dossier du praticien au sein de son établissement d'affectation.

Il vise, grâce à un échange formalisé et confraternel, à atteindre les objectifs suivants :

- Favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de l'établissement et favoriser l'attractivité de l'exercice médical au sein des Hôpitaux du Bassin de Thau.
- Promouvoir un management par la confiance et favoriser l'engagement des praticiens dans la réalisation du projet de service.
- Maintenir et renforcer la motivation des praticiens au sein de l'équipe.
- Prévenir les risques psycho-sociaux en abordant les difficultés d'exercice.

En pratique,

☞ La grille d'entretien est adressée au praticien avant l'entretien, afin de le préparer.

☞ À l'issue de l'entretien, le chef de service et le praticien signent la grille d'entretien complétée. Une copie est remise au praticien ainsi qu'à la Direction des Affaires Médicales.

☞ Le bilan de mandature du chef de service fera apparaître le nombre total d'entretiens menés.

GRILLE D'ENTRETIEN ANNUEL DU PRATICIEN

Date de l'entretien :

Nom du Chef de service qui réalise l'entretien :

Service d'exercice médical :

Nom du praticien :

Date d'arrivée dans le service :

Missions du praticien dans l'établissement :

Bilan de l'année écoulée :

■ Ressenti du praticien (points positifs et négatifs)

- Fonctions cliniques :

- Participation à la permanence des soins :

- Coordination médicale au sein du service (participation aux staffs, réunions, ...) :

Formation :

■ Formations suivies au cours de l'année écoulée :

Projets convenus et perspectives pour l'année à venir :

■ **Fonctions cliniques :**

■ **Souhaits du praticien en ce qui concerne les missions attribuées dans l'établissement :**

■ **Formation(s) souhaitée(s):**

■ **Perspectives d'évolution professionnelle :**

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

■ **Projet de mobilité :**

Commentaire du chef de service :

Signature du chef de service

Signature du Praticien

Grille d'entretien avec un praticien expérimenté, chef de service

Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	Non	Information auprès des chefs de service que j'ai rencontré. Critiques après la création des pôles
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	Oui	
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	Oui	Mise en retrait au profit des chefs de pôles puis retour en arrière, avant image du chef de service plus exigeant (mais en CHU)
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont –elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?	Oui	Car le chef de service est au plus près de son personnel comme le cadre IDE, « à portée d'engueulade »
Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?		Confusion entre fixer objectif et animer l'équipe, pour moi c'est un peu similaire. Si on n'a pas de but, on n'avance pas dans ses projets.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	Priorité n°2 Priorité n°3 Priorité n°1 Priorité n°4 Priorité n°6 Priorité n°5	Evaluer les internes est très important mais ce qui est le plus important c'est trouver la motivation et ensuite qu'il progresse Le binôme cadre, chef d'unité est capital pour faire remonter les souffrances et les problèmes organisationnels à la hiérarchie, surtout dans cette période de crise lié à la fatigue et au manque de reconnaissance des soignants des hôpitaux publics
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?	-	Le personnel médical et paramédical se sent plus représenté car ils nous voient quotidiennement
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	oui	Calme, dévoué, altruiste, organisé et exemplaire, à l'écoute et strict parfois

Grille d'entretien d'un jeune praticien hospitalier

Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	non	Pas de vision pédagogique Connaissance de la fonction pendant les stages
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	oui	Vision d'un chef tout puissant sur la base d'un système pyramidal
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	oui	Le système patriarcal se délite et même en CHU au profit d'un système plus linéaire
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont –elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?	oui	Activité de leader plus marquée avec des responsabilités de cohésion d'équipe
<p>Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	<p>Priorité n°4</p> <p>Priorité n°1</p> <p>Priorité n°5</p> <p>Priorité n°6</p> <p>Priorité n°2</p> <p>Priorité n°3</p>	<p>La nomination du chef de service pourrait se faire sur la base du choix de l'équipe par un système de vote.</p>
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?	-	Binôme toujours connu qui permet une proximité opérationnelle obligatoire pour les prises en charges.
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	oui	Altruiste et empathique qui place l'équipe au centre de son management Intelligence émotionnelle Leadership

Grille d'entretien avec un praticien hospitalier expérimenté, vice-président de CME

Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	Non	Pas la priorité lors des études médicales dans les années 90.
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	Non	1 ^{er} poste à 29 ans en X venant d'une autre spécialité (X)
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	Non	La fonction dépend de ce que veut en faire le praticien qui occupe la fonction
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont –elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?	-	Pas d'avis particulier car cela dépend des pôles. Au sein du Pôle X, la fonction de chef de service n'est utilisée que par la pédopsychiatrie
<p>Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	<p>Priorité n°1.</p> <p>Priorité n°2</p> <p>Priorité n 4</p> <p>Priorité n 5</p> <p>Priorité n°3</p> <p>Priorité n 6.</p>	<p>Etre à la fois cadrant et juste</p> <p>Essentiel à la vie institutionnelle et aux valeurs hospitalières</p> <p>Lié à la fonction. Important que la tâche de travail soit répartie sur l'ensemble des prat.</p> <p>Lié à la fonction</p> <p>Lié à la fonction obligation professionnelle</p> <p>Lié à la fonction</p> <p>Lié à la fonction</p>
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?	-	Partenariat incontournable pour mener à bien une dynamique de pôle et faire le lien avec l'institution
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	oui	Savoir fédérer les équipes. Avoir assez de personnalité Etre tenace et clair dans sa tête

Grille d'entretien avec un praticien expérimenté, chef de service, ancien président de CME

Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	non	
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	oui	Idée issue de mon appréciation du rôle des chefs des services dans lesquels j'ai été interne puis chef de clinique.
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	oui	Dans les CH périphériques, une quasi disparition de cette fonction et de ses prérogatives au profit des fonctions de chef d'unité fonctionnelle, au périmètre plus restreint ou, de chef de pôle, au périmètre plus étendu.
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont-elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?	oui	Si son rôle est bien défini, et son autorité dans ses fonctions bien acceptée. Soumettre au vote de l'ensemble de l'équipe pour asseoir la légitimité.
<p>Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	<p>Priorité n°1</p> <p>Priorité n°2</p> <p>Priorité n°3</p> <p>Priorité n°6</p> <p>Priorité n°5</p> <p>Priorité n°4</p>	
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?	-	Compétences managériales mieux réparties et adaptées aux différents professionnels.
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	oui	Charisme et écoute

Grille d'entretien avec un jeune assistant spécialiste à temps partagé

Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	Non	
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	Oui	
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	Non	
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont –elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?	Aucune idée	
<p>Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	<p>Priorité n° 2</p> <p>Priorité n° 1</p> <p>Priorité n°6</p> <p>Priorité n° 3</p> <p>Priorité n° 4</p> <p>Priorité n° 5</p>	<p>Je ne suis pas certaine de comprendre l'expression « animer l'équipe médicale »</p>
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?		L'efficacité
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	Oui	Un caractère affirmé, la franchise

Grille d'entretien avec un praticien hospitalier expérimenté en fin de carrière

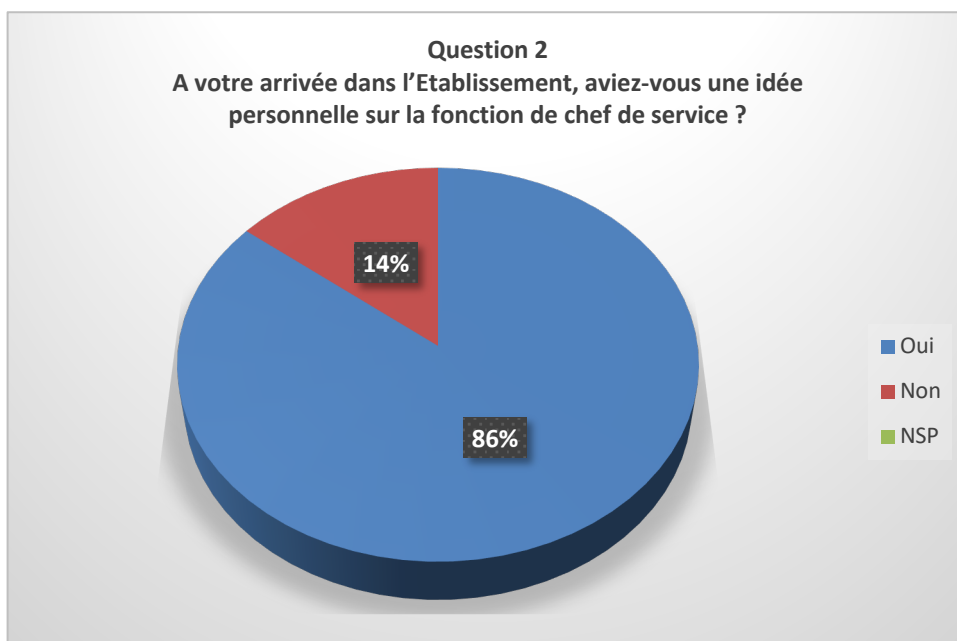
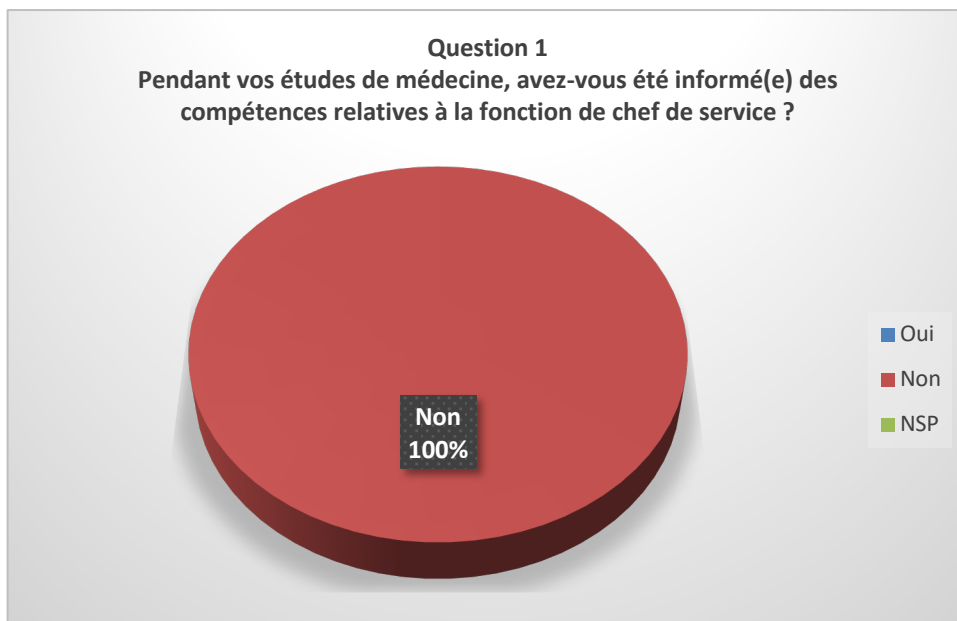
Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	Non	Apprentissage sur le tas car difficulté pour connaître les missions exactes d'un chef de service, pendant les études.
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	Oui	Idée personnelle construite en observant un ancien chef de service.
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	Oui	Au début de carrière, système de mandarinat dans le positionnement du chef de service. Évolution avec : - renforcement du lien médical/paramédical - évolution de l'exercice de la médecine : Information patient, traçabilité, responsabilité juridique
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont –elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?	Oui	Notion de « pouvoir » au bon sens du terme associée au mandat de chef de service. On n'est plus dans le symbole d'une autorité, on est dans le domaine des projets. Idée d'un collectif en délégation de gestion de projets.
Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	<p style="margin: 0;">Priorité n°3</p> <p style="margin: 0;">Priorité n°2</p> <p style="margin: 0;">Priorité n°1</p> <p style="margin: 0;">Priorité n°6</p> <p style="margin: 0;">Priorité n°4</p> <p style="margin: 0;">Priorité n°5</p>	
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?	-	Travail d'équipe vision nouvelle et expertise du cadre de santé
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	Oui	Charisme empathique et leadership naturel. Gentillesse et self contrôle. Avoir une certaine « aura » auprès des patients et du personnel.

Grille d'entretien avec un praticien hospitalier expérimenté

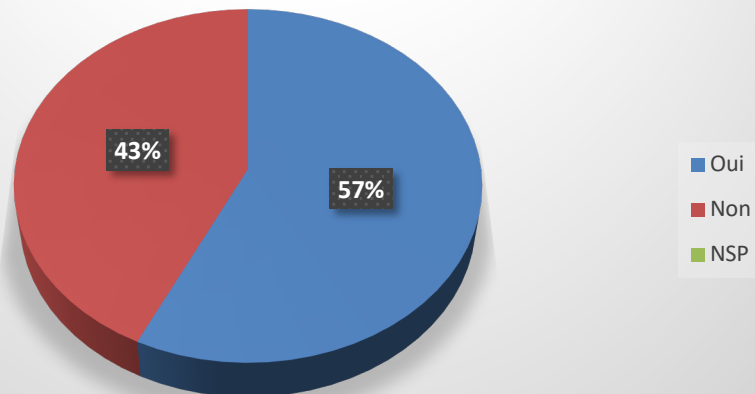
Questions posées au médecin	Oui/Non	Commentaires
Pendant vos études de médecine, avez-vous été informé(e) des compétences relatives à la fonction de chef de service ?	Non	
A votre arrivée dans l'Etablissement, aviez-vous une idée personnelle sur la fonction de chef de service ?	Oui	
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?	Non	
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont –elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?		Ne sait pas répondre
<p>Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer un collectif médico-soignant autour de projets ▪ Coordonner l'activité médicale du service ▪ Animer l'équipe médicale ▪ Former l'équipe médicale ▪ Fixer des objectifs à l'équipe médicale ▪ Evaluer confraternellement le personnel médical 	<p>Priorité n°5</p> <p>Priorité n°1</p> <p>Priorité n°3</p> <p>Priorité n°4</p> <p>Priorité n°2</p> <p>Priorité n°6</p>	<p>Ajouter une septième priorité :</p> <p>« Acquérir une autonomie de fonctionnement »</p>
Quels sont les avantages d'un binôme chef de service-cadre de santé, dans l'organisation hospitalière ?	-	<ul style="list-style-type: none"> - Actualisation quotidienne des sujets d'intérêts - Répartition et partage des responsabilités - Connaissance et analyse bicéphale de toute situation
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?	Oui	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le sens de l'organisation 2. La bienveillance 3. La diplomatie

Annexe IV.

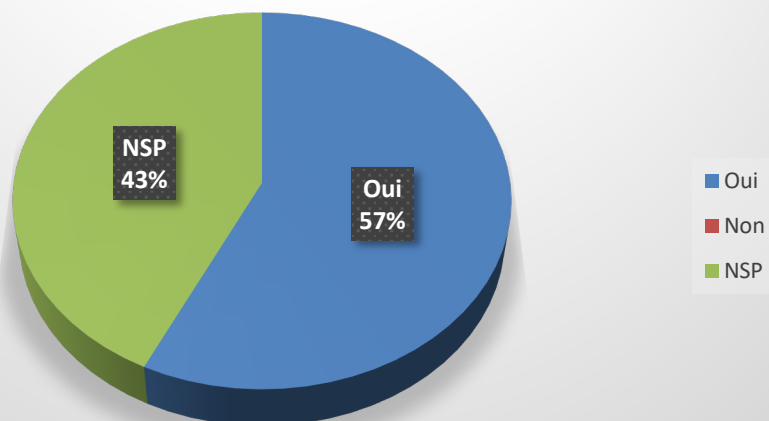
Analyse graphique des données issues du questionnaire d'entretien



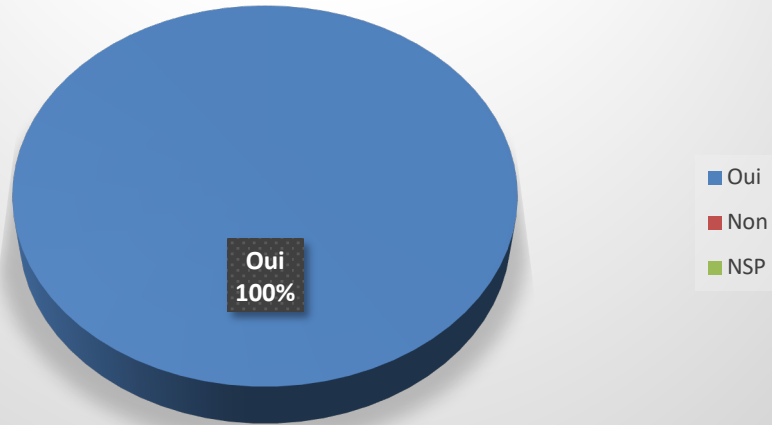
Question 3
Au cours de votre carrière, avez-vous vu évoluer la fonction de chef de service ?



Question 4
Les nouvelles dispositions législatives, remettant le chef de service dans une position centrale au sein de l'organisation hospitalière, sont-elles favorables à une souplesse de fonctionnement ?



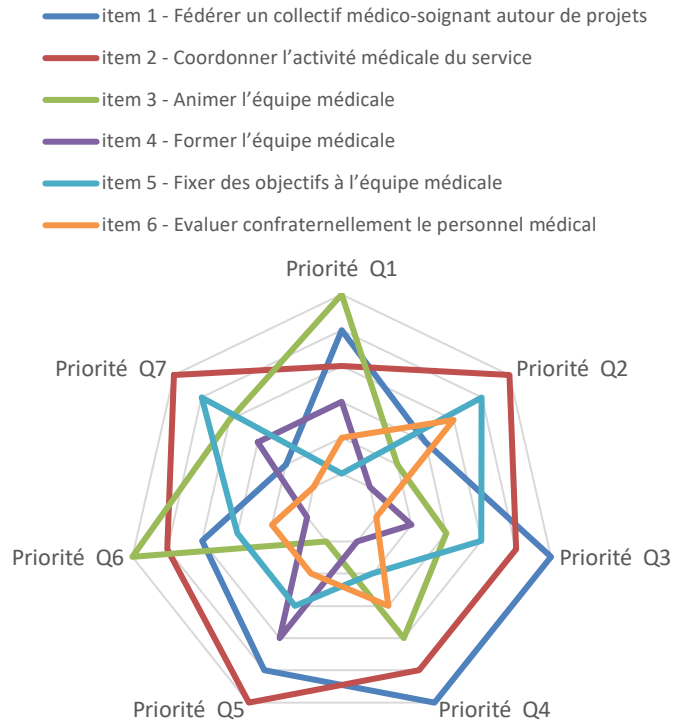
Question 7
Des traits de personnalité particuliers sont-ils absolument nécessaires pour occuper cette fonction ?



Ordre de Priorité des Actions managériales

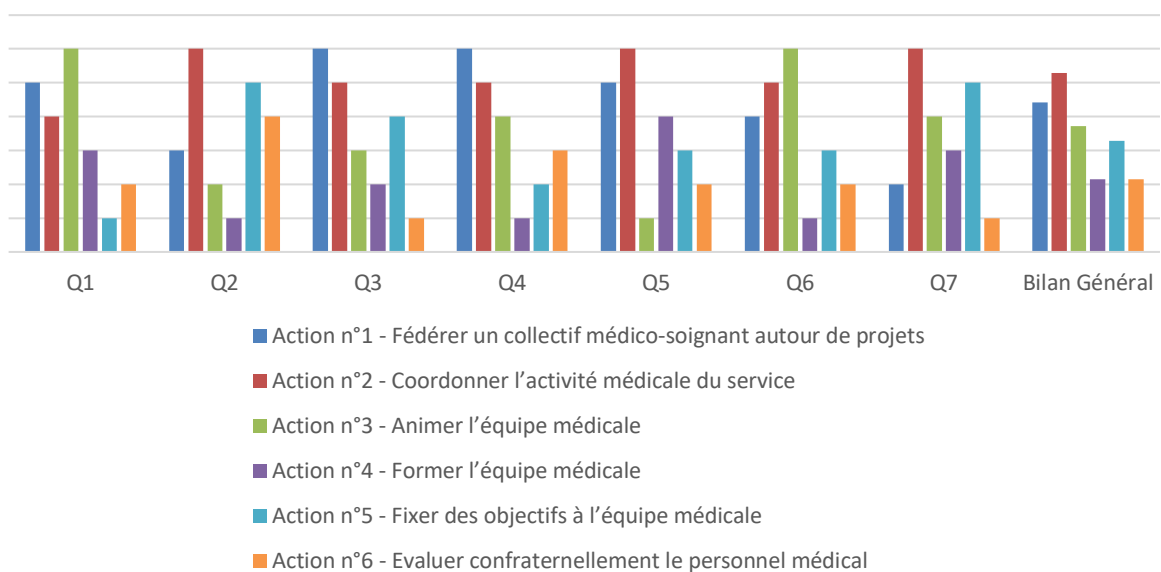
Question 5

Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?



Question 5

Parmi ces six actions managériales relatives à la fonction de chef de service, quel ordre de priorité définissez-vous ?



BEHEREGARAY

Véronique

Octobre 2022

FILIERE DES DIRECTEURS D'HOPITAUX
Promotion 2021-2022

**Le directeur des affaires médicales et le défi de la
professionnalisation du management médical**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -

Résumé :

L'étude présentée ici propose un éclairage sur les enjeux de la professionnalisation du management médical, depuis ses fondements historiques, juridiques et sociétaux, jusqu'à la modernité des théories de co-développement faisant la part belle à l'intelligence collective.

La réflexion est enrichie par les enseignements de terrain pris dans le cadre des travaux de la direction des affaires médicales du centre hospitalier des Hôpitaux du Bassin de Thau, regroupant des établissements sur les villes de Sète, Agde, Vias et Marseillan.

Ce mémoire met en lumière les caractéristiques complexes de la notion même de « management médical », ses enjeux stratégiques et les limites de sa professionnalisation, ainsi que le rôle du directeur des affaires médicales dans la déclinaison opérationnelle de cette professionnalisation.

Il propose enfin, une projection sur les apports du management médical sur l'hôpital de demain, en fonction de l'assise juridique apportée par les nombreux textes réglementaires parus sur le sujet.

Mots clés :

Management - management médical- co-développement - intelligence collective- hôpital
- gouvernance - co-décision- directeur des affaires médicales - stratégie

L'École des Hautes Études 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.