



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

*Date du Jury : décembre 2000*

---

**PREALABLES ET LEVIERS D'ACTION A METTRE EN  
ŒUVRE POUR INTRODUIRE UNE DEMARCHE DE  
MANAGEMENT DE PROXIMITE: L'EXEMPLE DU  
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO**

---

**GIRAUD Séverine**

# SOMMAIRE

<b><u>1- INTRODUCTION :</u></b> .....	<b>2</b>
---------------------------------------	----------

<b><u>I ÈRE PARTIE : DESCRIPTIF ET POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE ST MALO PAR RAPPORT À UNE DÉMARCHE DE MANAGEMENT DE PROXIMITÉ.</u></b> .....	<b>6</b>
---	----------

<b><u>A. Compte tenu du contexte organisationnel et administratif, quels sont les atouts et faiblesses du Centre Hospitalier de Saint-Malo ?</u></b> .....	<b>6</b>
--	----------

1) <u>Fiche d'identité du Centre Hospitalier de Saint-Malo</u> .....	7
2) <u>Une mutation organisationnelle et administrative qui font de l'établissement un hôpital en transition.</u> .....	11
a) <u>Des changements donnant lieu à une mutation organisationnelle.</u> .....	11
b) <u>Une administration elle aussi soumise à des modifications.</u> .....	12
3) <u>Forces et faiblesses de l'établissement face à la démarche de management de proximité.</u> .....	14
a) <u>Certains éléments placent ainsi le centre hospitalier en position peu favorable face à la démarche :</u> .....	15
b) <u>Des atouts se dégagent néanmoins de la situation du centre hospitalier.</u> .....	17

<b><u>B. Quels sont les objectifs recherchés à travers la démarche de management de proximité ? Une telle démarche à St Malo pour quoi faire ?</u></b> .....	<b>20</b>
--	-----------

1) <u>Selon quels axes la démarche peut-elle être envisagée au Centre Hospitalier de Saint Malo?</u> .....	21
2) <u>Quelles sont les attentes et les réticences des principaux acteurs hospitaliers au sein d'une telle entreprise ?</u> .....	25
a) <u>Les réactions du corps médical malouin.</u> .....	26
b) <u>Les attentes des cadres de direction empreintes de prudence.</u> .....	32
c) <u>Troisième pouvoir et non des moindres parmi les corps de métier hospitalier : celui des soignants. Quel est le positionnement des cadres infirmiers face à l'éventualité de la démarche ?</u> .....	34

## **2 - II ÈME PARTIE : QUEL EST LE CADRE PERTINENT DANS LEQUEL UNE POLITIQUE DE CHANGEMENT ET SES STRATÉGIES D'ACCOMPAGNEMENT DOIVENT S'INSCRIRE POUR QUE LA DÉMARCHE DE MANAGEMENT DE PROXIMITÉ PUISSE RÉUSSIR AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MALO ? 37**

### **A Quelles sont les stratégies d'accompagnement à mettre en œuvre pour répondre aux attentes de chacun ? .....37**

- 1) Les enseignements des expériences déjà mises en œuvre à l'étranger et dans les structures privées françaises. ....38
  - a) Quel impact ces nouvelles formes d'organisation ont-elles eu dans le secteur privé ? .....38
  - b) Comment applique-t-on le management de proximité à l'étranger ? .....40
- 2) Comment les hôpitaux français qui ont introduit une démarche de management de proximité l'ont accompagnée ? .....45

### **B La conduite du changement à Saint-Malo peut-elle s'inscrire dans un cadre institutionnel marqué par une lourdeur organisationnelle ou comment utiliser les logiques transcendant le cadre de l'établissement pour introduire de nouveaux modes de management ? .....51**

1. La sociologie et les cultures d'appartenance des principaux acteurs hospitaliers ne font-ils pas des préalables de véritables repoussoirs, synonymes d'échec de la démarche ? .....52
2. Les directeurs d'hôpital ont-ils réellement les moyens de mettre en œuvre la politique du changement dans leurs établissements ? Quelles sont leurs marges de manœuvre aujourd'hui ? .....58
  - a) Un cadre légal reconnaissant une autonomie d'action. ....59
  - b) De la réalité de cette autonomie de gestion. ....61
  - c) Les répercussions de ce cadre d'action face aux nouveaux défis managériaux. ....64
- 3) Quels sont les préalables et les leviers d'action à privilégier pour qu'une telle politique du changement soit acceptée ? .....66
  - a) Les actions préalables: .....66
  - b) Les leviers d'actions à privilégier. ....71

## **3 - CONCLUSION : ..... 74**

## Remerciements :

J'adresse tout d'abord mes remerciements à l'ensemble de l'équipe de direction du centre hospitalier de Saint-Malo pour la qualité de l'accueil qu'elle m'a témoignée tout au long de ce stage et ainsi que pour la disponibilité dont elle a fait preuve lors de mes entretiens.

Je remercie tout particulièrement Mme DOUSSOT-LAYNAUD, mon maître de stage pour son appui et la pertinence de ses conseils.

Que toutes les personnes qui ont bien voulu me recevoir pour un entretien sur le site de l'hôpital soient également remerciées pour m'avoir consacré une partie de leur temps ainsi que pour l'apport de leur témoignage, capital pour ma recherche.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement Messieurs DEBROSSE, DELANOE, DUSSOL, PERRIN et SCHMIDT pour la disponibilité dont ils ont fait preuve à mon égard et les précieuses analyses qu'ils m'ont fournies.

Enfin, je voudrais témoigner de ma reconnaissance à M. EXPERT, mon directeur de mémoire, sans les conseils de qui ce travail n'aurait pu aboutir.

## 1 - INTRODUCTION :

« C'est de la discorde que naît la plus belle harmonie », déclarait Epictète. Que penser de cette citation quand on voit tous les changements à venir que les structures hospitalières vont devoir connaître et les révolutions internes qu'ils vont générer. L'harmonie ne serait-elle pas effectivement la condition *sine qua non* pour gérer tout processus de changement et d'évolution ?

Alors même que le tissu sanitaire se maille au gré des logiques de réseaux et de complémentarité, des démarches de projet avec les Contrats d'Objectifs et de Moyens, chères aux Agences Régionales d'Hospitalisation, et que les hôpitaux se sentent parfois sans repères dans ce nouveau paysage, comment insuffler une politique de changement au sein d'établissements qui cherchent alors à conforter et asseoir leur identité sinon en misant sur l'harmonie, c'est-à-dire la recherche de cohésion et de consensus ?

Les hôpitaux, organisation sociale dotée d'une mission de service public, bénéficient d'un atout énorme : celui du potentiel humain. Même si l'affectif y est très présent du fait de sa mission de soin, il n'en demeure pas moins que pour susciter tout processus de changement, il faut savoir compter sur le travail des hommes. Leur respect, leur valorisation, leur implication sont des conditions à ne jamais perdre de vue si l'on veut réduire les résistances au changement dans un processus qui sera forcément long et exigera un investissement de tous, quelle que soit la position hiérarchique de chacun.

Parmi la profusion de définitions du management de proximité, nous retiendrons plus particulièrement celle de mode de réorganisation structurelle et transversale visant à un rapprochement avec les unités de production de soin et soutenu par un système d'information objectif. La notion de transversalité se retrouve donc dans cette définition du management participatif dans la mesure où le rapprochement avec les acteurs de terrain doit favoriser un décloisonnement des unités entre elles et éviter autant que faire ce peut le repli sur soi, générateur d'égoïsmes et de dysfonctionnements.

Quatre idées forces se dégagent de cette définition ( structure, transversal, système d'information, proximité) alors qu'une sémantique pléthorique ( déconcentration budgétaire, déconcentration de gestion, contractualisation interne, budgets par centre de responsabilité, budgets de service...) s'est développée au point de se focaliser que certaines facettes de ce mode de management. En effet, la multiplicité redondante de termes utilisée tend à desservir les thèmes de rapprochement et de responsabilisation : le vaste champ lexical qui l'accompagne est souvent perçu comme hermétique voire « barbare » par le personnel

soignant qui y perçoit une fois de plus une attitude technocratique. Pour eux, ces expressions, qui maintiennent et reproduisent les logiques administratives au lieu de s'adapter et s'ouvrir à leur vocabulaire, tendent à provoquer l'effet inverse de celui recherché par la démarche : à savoir, favoriser le rapprochement des acteurs pour tenter de leur donner une culture commune grâce à laquelle la dialogue pourrait s'établir. Par l'emploi de cette multitude de termes, on se cache derrière des mots qui recouvrent pourtant une réalité simple : on peut être responsable d'une chose sur laquelle on a une prise directe.

Ces différentes expressions employées révèlent les modalités d'action plus que la réflexion qui est en cours avec ce nouveau mode de management.

Ainsi, la démarche de contractualisation interne vise précisément à établir au travers d'une structure juridique de nouveaux liens entre administration et corps soignant. La déconcentration budgétaire cherche plutôt à rapprocher la gestion du terrain et des « producteurs » en soins.

Les budgets par centre de responsabilité et les budgets de service (dénomination qui ne correspond pas au principe de la démarche puisque les centres de responsabilité regroupent dans la plupart des cas différentes unités fonctionnelles) sont les seules expressions parlantes au corps soignant et celles qui leur paraissent envisageables concrètement.

Que signifie ce vocabulaire pléthorique ? Un discours théorique face à une difficulté de mise en œuvre concrète ? Ou au contraire cette richesse de termes et d'expressions signifie-t-elle qu'une définition du management de proximité reste introuvable ?

Comment redonner à ce mode de management, vingt ans après son apparition, une nouvelle jeunesse reflétant les atouts qu'il comprend ?

La réflexion préalable et la communication du projet revêtent donc un rôle déterminant car, dès l'annonce d'une démarche de management de proximité, il est indispensable de veiller à utiliser les termes les plus parlants et les plus proches de la réalité attendue du projet envisagé.

Parce que le changement ne se décrète pas, il est indispensable d'explorer en amont tous les préalables et faire ainsi en sorte qu'il suscite une adhésion la plus grande possible.

Tout processus de restructuration implique nécessairement un choc entre rationnel et émotion ; d'où la nécessité absolue d'une forte action de communication. Comment sortir au mieux les agents de la culture de structure, de permanence qui les environne sans susciter

trop de heurts presque toujours nés de malentendus ? Comment les inciter à s'intéresser à l'activité de l'institution pour laquelle ils travaillent ?

A l'heure de la rédaction de son projet d'établissement pour les cinq prochaines années, le centre hospitalier de Saint-Malo envisage de lier la contractualisation externe, aboutissement du projet d'établissement, à une démarche interne de management de proximité déjà engagée sous différentes formes depuis plusieurs années. La modalité d'action de cette démarche viserait à donner comme finalité à la contractualisation interne une déclinaison du projet institutionnel au niveau de chaque centre opérationnel que sont les centres de responsabilité.

Quel est le ressort interne expliquant cette volonté de mener une politique de changement axée sur le rapprochement des différents acteurs hospitaliers ? Vivant actuellement une période charnière aussi bien sur le plan interne que par rapport à son contexte environnemental, l'hôpital de Saint-Malo doit faire face à des incertitudes qui expliquent aujourd'hui son engagement timide dans cette démarche. Néanmoins, cette phase transitoire place finalement l'établissement dans une position idéale car l'heure des bilans, liée notamment au changement de direction auquel s'ajoute la rédaction du nouveau projet d'établissement qui liste de nouveaux objectifs sur les cinq années à venir, peut s'avérer peut-être propice pour initier des changements.

Etudier les préalables à une démarche de changement et de management transversal semble être alors plus approprié au contexte actuel de l'établissement car, tant que la démarche ne sera pas affichée clairement par ses acteurs moteurs institutionnels, il sera délicat d'aborder concrètement les axes de ce projet.

Explorer les préalables et les leviers d'action à mettre en œuvre pour que une fois le projet mûri, celui-ci suscite une adhésion maximale de ses futurs acteurs constitue le cœur de la présente réflexion.

La « révolution culturelle » qu'implique la démarche exige tout d'abord qu'à l'égard d'un tel projet, un langage commun se dégage pour souder tous les acteurs et gommer progressivement les logiques internes de « territorialisation » qui structurent actuellement les hôpitaux. Une culture nouvelle de communauté hospitalière doit s'instaurer pour que ces politiques de changement et de management transversales puissent se développer. Néanmoins, force est de constater que jusqu'à maintenant les raisonnements

internes aux hôpitaux se faisaient selon les cultures propres<sup>1</sup> à chacun des groupes sociaux les composant, sans toujours tenir compte de l'intérêt général et institutionnel. Quelle dialectique mettre en œuvre pour favoriser le rapprochement culturel des différents acteurs et estomper les antagonismes et les égoïsmes individuels ?

Pour tenter de répondre à ces différentes questions, l'ancrage sur le terrain était indispensable. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec, selon les personnes interrogées, une trame de questionnaire adaptée (voir les annexes).

La méthodologie privilégiée a amené à rencontrer des membres du corps de direction, du corps médical et des soignants. Concernant ces deux derniers, l'enquête s'est limitée au site de Saint-Malo, alors que des chefs d'établissements extérieurs ont été sollicités afin d'obtenir une appréhension de la démarche dégagée du contexte transitoire que vit le centre hospitalier qui pouvait connoter et enfermer les réactions des cadres de direction aux contraintes locales.

L'une des difficultés rencontrées lors de cette étude a été de travailler sur un sujet qui est d'actualité mais qui ne remporte aux yeux des soignants qu'une crédibilité modeste compte tenu du fait que la démarche semble encore expérimentale et peu convaincante. Une approche informative et explicative relative au management de proximité a été nécessaire pour que le dialogue s'instaure.

Nous allons donc dans un premier temps nous attacher à cibler ce qui caractérise le centre hospitalier de Saint-Malo, aussi bien sur le plan externe et environnemental qu'interne, à travers un rapide état des lieux de son corps soignant et administratif vis à vis du thème étudié.

Puis, dans une deuxième partie, nous sortirons du cadre strictement malouin pour dégager la réflexion préalable à privilégier afin de faire coexister cette démarche de management de proximité avec les spécificités hospitalières pour tenter d'atteindre l'harmonie préconisée par Epictète.

---

<sup>1</sup> Cette notion de cloisonnement est évoquée par Claudine ESPER dans le rapport missionné par le Ministère chargé de la Santé en 1995 portant sur "La modernisation du fonctionnement des hôpitaux publics".



## I ÈRE PARTIE : DESCRIPTIF ET POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE ST MALO PAR RAPPORT A UNE DEMARCHE DE MANAGEMENT DE PROXIMITE.

### **A. COMPTE TENU DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET ADMINISTRATIF, QUELS SONT LES ATOUTS ET FAIBLESSES DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO ?**

La présentation du contexte de l'établissement et sa mise en perspective avec l'environnement local sont deux éléments déterminants pour l'appréhender correctement. Même si la description peut paraître parfois fastidieuse, il semble néanmoins que cette phase préalable soit indispensable à la bonne compréhension de la situation présentée et constitue une clé de lecture à ne pas sous-estimer.

La fiche d'identité de l'établissement permet de connaître et cerner le positionnement de l'hôpital quant à son activité et sa taille. L'éventail de ces données administratives donne alors une idée synthétique, « photographique », de l'établissement.

La présentation des mutations administrative et organisationnelle en cours développe ensuite la mise en perspective qui peut être faite de la présentation statique précédente en une appréhension plus élaborée d'une structure en liaison avec son environnement sanitaire.

La situation transitoire que connaît l'hôpital de Saint Malo constitue enfin un élément qu'il est important de garder à l'esprit pour voir comment l'institution se situe face à la démarche transversale de management de proximité envisagée par la direction.

## 1) Fiche d'identité du Centre Hospitalier de Saint-Malo

Le Centre hospitalier de Saint Malo, classé hôpital de référence, est situé à 70 km du CHRU de Rennes. Desservant un bassin de vie de 149 000 habitants, cet établissement de taille moyenne a développé un dynamisme important avec un périmètre d'activités en extension. Le récent agrandissement du plateau technique avec l'acquisition d'une IRM, l'introduction d'une activité de coelio-chirurgie et la prise en charge des explorations fonctionnelles de cardiologie en sont notamment la preuve.

### ❶ Capacité d'accueil :

Le centre hospitalier de Saint-Malo dispose de 964 lits dans les disciplines suivantes :

MCO	368 lits
Moyen séjour + SSR	85 lits
Psychiatrie	91 lits
Soins de longue durée + maison de retraite	<u>220 lits</u>
	964 lits

### ❷ Activité moyenne :

Entrées	23260
Consultations	110194 passages.
Nombre de passages aux urgences :	29 000

### ❸ Données PMSI (1999)

Valeur régionale du point ISA :	11.86 Fr
Valeur du point ISA de l'établissement :	11.08 Fr
Nombre de points ISA réalisés par l'établissement :	25 877 880

#### ④ Données relatives au personnel :

Le Centre Hospitalier emploie 1474 personnels non médicaux ( 1320 en E.T.P.) et 152 médecins ( y compris attachés et internes ce qui représente 120 E.T.P.).

Parmi les principales caractéristiques du personnel employé, on peut noter le taux important de temps partiel puisque cela concerne 37% du personnel (soit 546 agents) et un taux d'absentéisme qui pour l'année 1999 s'est accentué avec une augmentation de 14.34%.

#### ⑤ Données budgétaires :

Le budget primitif (H) pour l'exercice 1999 représentait un montant de 457 379 480F.

La ventilation des dépenses se répartit de la façon suivante :

- 70.31% des dépenses relèvent du groupe I
- 12.79% du groupe II
- 10.05% du groupe III
- 6.85% du groupe IV.

Le centre hospitalier voit ce budget général complété de trois budgets annexes : un budget « unité de soins de longue durée », un budget « maison de retraite », un budget « foyer pour adultes handicapés », ce qui représentent un total de 64 299 514 Francs.

Il faut en outre savoir que l'hôpital voit son activité croître chaque année avec une augmentation de l'activité. La reconnaissance du centre hospitalier en hôpital de référence se trouve ainsi confirmée et justifiée : l'évolution en hospitalisation complète depuis 1995 est de +10.6% en nombre d'entrées et de +1.45% en nombre de journées. Ces chiffres reflètent également les impératifs de santé publique déclinés à travers le SROS ainsi qu'une logique de secteur de plus en plus prégnante à laquelle doit se soumettre l'établissement.

Conformément à beaucoup d'hôpitaux généraux, le **secteur de médecine** est très largement actif ( taux d'occupation proche des taux cibles). L'hôpital de Saint-Malo n'échappe pas au problème récurrent des hébergements qui fait ressortir la dualité de conception de la Médecine entre celle fonctionnant avec des programmations dans le cadre de spécialisations et celle qui se voudrait plus polyvalente.

Le **secteur de chirurgie**, après avoir connu un léger fléchissement dans les années 1995-1998, se ressaisit aujourd'hui avec une extension d'activité liée à l'arrivée de nouveaux praticiens et à un plateau technique dont le parc s'agrandit et se diversifie.

A cet égard, il est à noter que le centre hospitalier a innové en ayant recours aux nouvelles formes de gestion publique-privée avec la création d'un GIE<sup>2</sup> au sein duquel des radiologues privés se sont investis, permettant à l'hôpital de se doter il y a 2 ans d'un scanner et actuellement d'une IRM. Cette collaboration a incontestablement accéléré l'extension du plateau technique et permis à l'établissement non seulement de s'ouvrir à un nouveau mode de gestion mais aussi de favoriser un échange avec des acteurs du secteur privé, rompant ainsi avec des a priori culturels, qui autrefois figeaient chacun des acteurs de santé publique dans des rigidités de mentalités.

Le secteur de **gynécologie obstétrique** hospitalier connaît également un certain dynamisme qu'amplifie la fermeture de la maternité de la clinique malouine. Accueillant déjà près de 900 accouchements par an et devant prendre en charge ceux de la clinique, le centre hospitalier s'est engagé à créer un pavillon Femme-Mère-Enfant qui donnera non seulement à l'établissement une assise structurelle pour faire face à ce surcroît d'activité mais permettra aussi la mise en conformité de la maternité avec les décrets de périnatalité. L'activité nouvelle de gynécologie-obstétrique sera alors portée à 1500 accouchements, sans compter l'activité de gynécologie chirurgicale qui est d'un volume déjà important.

L'activité du centre hospitalier ne se résume pas uniquement au volet MCO, puisque l'établissement prend également en charge une activité de psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent qui se diversifie et s'accroît. Dans ce domaine encore la logique sectorielle domine conformément aux attentes de l'ARH qui prépare actuellement le schéma directeur de santé mentale. Enfin, le secteur Personnes Agées reste aussi important au sein de l'activité de l'établissement et explique l'éclatement de la structure en plusieurs sites géographiques.

Comme nous le montrent ces éléments, le centre hospitalier de St Malo est donc marqué par une activité dynamique qui coïncide parfaitement avec le label de référence dont il est le détenteur. Il y a cependant des éléments tendant à freiner cet élan d'énergie et qui enferment l'établissement dans une logique de dépendance à son environnement sanitaire.

---

<sup>2</sup> GIE : Groupement d'Intérêt Economique. En l'occurrence, il s'agit du « GIE de la Côte d'émeraude ».

L'ombre au tableau est effectivement la « modestie » des moyens financiers qui caractérise le centre hospitalier. La principale répercussion se situe au niveau de sa situation financière et budgétaire tendue liée à l'inadéquation entre une activité grandissante et un budget limité alors qu'il lui faut faire face à des besoins croissants.

Ceci tient en particulier au fait que le centre hospitalier de St Malo traîne derrière lui un lourd héritage en terme de pénurie de moyens financiers et budgétaires.

A l'ouverture du nouvel établissement en 1979, l'hôpital partait déjà avec un budget insuffisant avec un des prix de journée les plus bas de France alors même qu'il venait d'achever la construction et l'équipement de bâtiments neufs comportant notamment le plateau technique.

La mise en place du budget global a malheureusement figé la situation et depuis ces années, l'hôpital de St Malo fonctionne avec une activité croissante que ses budgets ne peuvent couvrir. Cet élément est semble-t-il capital dans l'appréhension des spécificités de l'hôpital car il donne la tonalité d'un établissement qui absorbe une activité sans que les moyens adéquats ne lui soient reconnus. Les rebasements PMSI dont il bénéficie ne lui permettent cependant pas de facto de rattraper ce retard originel et cela explique que l'établissement fonctionne en permanence avec une pénurie de moyens qui devient pesante au fil du temps.

Les taux de reconduction budgétaire étant déconnectés des besoins selon l'activité et des priorités de santé publique auxquelles l'établissement doit faire face, la situation budgétaire jusque là saine tend progressivement à devenir difficile compte tenu des projets de restructuration dans lesquels l'établissement s'inscrit. Cela se traduit alors par un fonctionnement à flux tendus (augmentation d'activité à moyens constants ) sans que, pour autant la paix sociale régnant dans l'établissement ait été mise en péril.

Après cette présentation synthétique, vont être maintenant développées certaines caractéristiques de l'établissement qui permettent d'approfondir et de voir comment le centre hospitalier se situe par rapport à son environnement.

## **2) Une mutation organisationnelle et administrative qui font de l'établissement un hôpital en transition.**

Connaissant depuis vingt ans un accroissement d'activités qui l'a fait passer du statut d'hôpital général à celui de centre hospitalier de référence, l'hôpital de Saint-Malo aborde le troisième millénaire sous le signe du changement. Ne pouvant contenir son élan d'activités sur son seul site géographique insuffisant, force est de constater que l'évolution de l'infrastructure qui tend à s'imposer s'harmonise non seulement avec les impératifs dictés par les structures déconcentrées de l'Etat mais aussi avec des modifications internes déterminantes.

Touché par des changements aussi bien sur le plan organisationnel qu'administratif, l'établissement connaît à l'heure actuelle une phase transitoire génératrice d'incertitudes et d'attente.

### **a) Des changements donnant lieu à une mutation organisationnelle.**

Le Centre Hospitalier de Saint-Malo est actuellement engagé dans une logique sectorielle qui l'amène à transcender ses frontières institutionnelles. Différentes collaborations en gestation et en cours montrent à quel point l'établissement ne fonctionne plus de façon fermée voire cloisonnée avec les structures voisines.

Ainsi la communauté d'établissements qui se fait jour progressivement avec le Centre Hospitalier de Dinan inscrit l'établissement malouin dans un contexte de collaboration inter-hospitalière. Les différentes conventions médicales qui lient petit à petit les deux établissements ( cardiologie, pneumologie, gynécologie et pédiatrie) exigent de la part du corps médical une capacité d'ouverture de leurs services et leurs personnels grâce au dialogue et à la collaboration.

De même, l'établissement d'une antenne saisonnière des urgences installée sur le site de la clinique de Dinard élargit le mode d'intervention du centre hospitalier de Saint-Malo dans la mesure où, pour faire face à l'activité des urgences de la station balnéaire, des praticiens hospitaliers de Saint-Malo interviennent l'été. Ce mode de collaboration permet

aux deux structures de mutualiser des moyens humains pendant une période où l'activité des services concernés est particulièrement élevée.

La construction d'un pavillon Femme-mère-enfant, agrandissant les capacités d'accueil de la maternité suite à la fermeture de cette activité par la clinique locale, révèle également le rôle de relais que doit assumer le centre hospitalier. La prise en charge de ce surcroît d'activité impose à l'établissement public de santé de se transformer en interne conformément aux obligations et aux missions de service public qui lui incombent.

Enfin une collaboration avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Léhon est en cours de négociation afin que la psychiatrie malouine, déficitaire en structures d'accueil aussi bien pour adultes que pour adolescents, puisse s'appuyer sur une organisation plus rationnelle des moyens.

A travers ces conventions en projet ou déjà opérationnelles, on ne peut que constater à quel point l'établissement se trouve résolument engagé dans une logique sectorielle, s'ouvrant progressivement aux problématiques des établissements voisins. Le centre hospitalier se trouve actuellement au confluent de demandes de prises en charge externes dictées non seulement par sa capacité d'absorption mais aussi par son statut d'hôpital de référence, qui le place comme interlocuteur privilégié du secteur sanitaire n°6.

Ces nouvelles obligations ne sont néanmoins pas sans influencer sur le mode de fonctionnement interne de l'établissement et confrontent l'institution à une nécessaire mutation administrative qu'il importe de prendre en considération pour cerner tout à fait la situation.

#### **b) Une administration elle aussi soumise à des modifications.**

Une des premières choses qui marque non seulement la vie de l'établissement et qui clôt une étape dans la construction de celui-ci est le départ du chef d'établissement, qui, au cours de ses 18 années de chefferie d'établissement, a façonné le centre hospitalier en lui donnant l'élan qui le caractérise aujourd'hui. Ce départ participe largement à l'impression de transition que connaît actuellement le Centre Hospitalier et constitue un élément fondamental à prendre en considération car c'est de ce point d'orgue que seront reprises les principales décisions orientant la vie de l'établissement. Par conséquent, ce changement

joue à la fois sur les relations liant l'établissement à ses nouveaux partenaires ainsi que sur le mode de gestion interne de la structure.

Il en résulte donc des incertitudes quant au devenir de certains projets qui avaient été évoqués jusque là ou plutôt quant à la façon dont ils seront gérés à l'avenir.

Le management inhérent à la personnalité du chef d'établissement et l'orientation de certains choix stratégiques sont susceptibles de changer. Même si une continuité doit se maintenir dans la prise en charge de certains dossiers, il reste que c'est à travers les modalités de mise en œuvre du projet que le nouveau chef d'établissement pourra asseoir son autorité et sa personnalité.

Ainsi, ce départ explique la position actuelle de la direction qui attend l'arrivée de son nouveau chef d'établissement pour relancer la mise en œuvre de la déconcentration budgétaire, comme modalité de management de proximité sachant la démarche longue et fortement inhérente à la personnalité du directeur. Il faut malgré tout noter le choix fait d'inscrire dans le projet d'établissement la mise en place de la contractualisation interne comme pendant à la contractualisation externe.

Dans un tel contexte, l'élaboration du deuxième projet d'établissement s'avère également un exercice délicat dans la mesure où des priorités sont ciblées par un directeur pour devoir être définitivement entérinées par son successeur. On retrouve en effet au sein de ce document tous les projets évoqués précédemment.

Ces différents éléments situent le Centre Hospitalier de Saint-Malo dans une atmosphère toute particulière dans la mesure où l'heure des bilans et des changements coïncident.

On comprend alors mieux comment la démarche de management de proximité a été abordée et pourquoi l'équipe dirigeante ne l'affiche pas clairement dans ses priorités actuelles. Il reste néanmoins que certaines caractéristiques de l'établissement le prédisposent à la mise en œuvre de ce projet.



### **3) Forces et faiblesses de l'établissement face à la démarche de management de proximité.**

. Même si la phase de transition qu'il connaît actuellement marque inéluctablement ses actions managériales et le ressort à donner à celles-ci, il importe de sortir du climat contextuel pour étudier concrètement et objectivement comment l'établissement se situe en le soumettant à une grille d'analyse permettant de cibler son action.

Comment évaluer la volonté politique de l'établissement à aller dans le sens de la démarche ?

Des outils techniques et des éléments politiques sont à privilégier pour se faire une idée de la préparation de l'établissement à la démarche. Même si l'analyse des attentes et des réticences des différents acteurs évoquées supra<sup>3</sup> se révélera plus appropriée à l'appréhension du sujet, il faut aussi intégrer ces indicateurs basiques.

Concernant les outils techniques à prendre en compte, trois éléments doivent être distingués et étudiés afin de voir le positionnement occupé par l'établissement par rapport aux expériences déjà réalisées.

Il s'agit de :

- la mesure de l'activité grâce à un système d'information avancé,
- la mesure de la qualité et l'élaboration d'indicateurs,
- une comptabilité analytique performante avec calcul de coûts.

Du point de vue « politique », deux éléments ressortent clairement de la situation de l'établissement qui tendent à expliquer l'état d'esprit dans lequel se trouve actuellement l'équipe dirigeante.

- le départ du chef d'établissement avec le lot d'incertitudes sur l'avenir de certains projets que cela emporte ;
- avec ce départ, l'heure des bilans peut soutenir et amorcer la volonté d'introduire des changements.

---

<sup>3</sup> voir supra p.25

Il serait néanmoins réducteur de se limiter à ces données qui méritent d'être développées et contextualisées. L'étude de l'éventail des forces et des faiblesses qui caractérisent l'établissement va maintenant permettre d'approfondir l'approche de la situation.

D'un point de vue méthodologique, l'élaboration de cette liste a été rendue possible grâce à l'observation du mode de fonctionnement de l'hôpital pendant le stage mais aussi par les entretiens menés auprès des cadres infirmiers et des médecins hospitaliers et des cadres de direction.

**a) Certains éléments placent ainsi le centre hospitalier en position peu favorable face à la démarche :**

Ainsi, **la faiblesse du système d'information**, due à la refonte actuelle du SIH intégrant le noyau « référence » et non encore aboutie, constitue à n'en pas douter un frein vis à vis d'un processus de gestion transversal. En effet, la mesure de l'activité hospitalière reste encore éclatée entre différents protagonistes ; ce qui ne facilite ni sa cohérence, ni sa diffusion. Cela se répercute inévitablement sur l'appréhension globale de l'information, laquelle constitue un point névralgique dans l'élaboration de contrats et de budgets internes.

L'existence de données d'activité de base ( entrées, journées, durée moyenne de séjour... ) recensées par un agent administratif et sa diffusion aux services concernés permettent l'élaboration de tableaux mensuels d'activité. A ces données purement administratives s'ajoutent les données médicalisées issues du PMSI élaborées par le médecin DIM. Ces deux types de données, répondant chacune à sa logique propre, sont donc collectés par des personnes différentes qui les diffusent selon leurs moyens. Il n'y a jusque là aucune mise en commun et aucun soutien informatique de diffusion et de gestion de l'information qui est pourtant capital : l'ensemble des informations est produite de façon « artisanale ».

En outre le service de la pharmacie participe à cet éventail de données relatives à l'activité en envoyant ponctuellement à certains services l'état des consommations de médicaments et de petits matériels.

Alors même que l'ordonnance du 24 avril 1996 retient parmi ses thèmes récurrents, la performance du système d'information, on peut noter que l'hôpital de Saint-Malo se situe

actuellement dans une phase transitoire de mutation, ce qui explique son retard qu'il lui faudra combler pour engager une démarche de management de proximité.

Directement liée au point précédent, la volonté de centraliser le recueil des données issues du PMSI au niveau du Département d'Information Médicale peut être perçue comme un élément négatif face à la démarche pour plusieurs motifs. L'inconvénient de ce dispositif réside dans le fait tout d'abord qu'avec cette centralisation, le codage ne sera plus effectué par les professionnels de terrain mais par l'équipe du DIM. Le risque de la centralisation peut alors conduire à écarter les acteurs de terrain du système d'information auquel ils participaient concrètement jusqu'ici et à les désintéresser du PMSI, qui s'intègre déjà culturellement de façon délicate dans les mentalités hospitalières. Même si l'objectif recherché est un ajustement plus grand du codage à la réalité de l'activité réalisée, il n'en demeure pas moins que la participation des équipes soignantes dans le recueil des données d'activité reste centrale et que les mettre à l'écart peut les inciter à se retrancher de l'élaboration et de la maintenance du système d'information. Le choix de la centralisation du recueil de données, justifié par un souci d'exhaustivité, doit donc être appréhendé avec prudence afin qu'il ne desserve pas l'élaboration du système d'information.

Comme nous l'avons précisé en introduction, le management de proximité suppose un **découpage au niveau de la structure de l'hôpital**. Concernant le centre hospitalier de Saint-Malo, cette réorganisation de la structure interne de l'hôpital en centres de responsabilité est existant mais il semblerait au vu des réponses aux entretiens qu'elle n'apporte pas une totale satisfaction. Suite à la circulaire du 18 juin 1984 relative à la gestion des établissements hospitaliers, l'hôpital a revu l'organisation interne de ses services par une délibération du 15-12-1986 et opté pour un découpage des centres de responsabilité répondant aux objectifs de la comptabilité analytique.

La logique architecturale et géographique a dans certains cas pris le pas sur la logique médicale, ce qui ne garantit pas la pertinence du découpage actuel. Il semble de plus que la naissance à venir de fédérations soit à intégrer pour que ce découpage colle au plus près de la réalité de prise en charge des patients.

La **contrainte extérieure** à laquelle est soumise l'établissement constitue également un élément à prendre en considération parmi ces points faibles. Même si Saint-Malo ne fait pas figure d'exception à cet égard et que sa situation se retrouve pour beaucoup d'établissements de sa taille, il faut noter que les obligations d'ouverture sur l'extérieur, évoquées précédemment, sont un facteur de fragilisation interne. Les collaborations qui se

tissent progressivement avec les établissements voisins nécessitent la rédaction de projets de partenariat ainsi que des efforts de rapprochement qui se révèlent consommateurs en temps pour les médecins participant à ce dispositif. Même si l'envers de ces travaux est le décloisonnement des services - qui constitue plutôt un point positif face à la démarche - il reste que certains médecins se sentent actuellement dans l'incapacité d'assumer d'autres obligations liées à l'organisation interne de l'hôpital et rejettent l'éventualité d'un processus responsabilisant.

Le **contexte budgétaire et financier** actuel, qu'il est impossible de négliger, place simultanément le centre hospitalier dans une **situation de faiblesse et de force** face à la démarche. Le lourd héritage du passé en terme de pénurie de moyens financiers ne permet pas de dégager de marge de manœuvre pour initier une politique de changement. Le fonctionnement en flux tendus complexifie toute démarche novatrice car il convient chaque jour de veiller à ce que le système actuel et consensuel n'éclate pas. Il n'est par conséquent pas concevable de présenter la démarche de responsabilisation à l'aune de recherche d'éventuelles économies car alors l'équilibre actuellement préservé pourrait dérapier face à l'irrecevabilité de l'argument de la démarche.

Cette faiblesse des moyens financiers joue paradoxalement de façon positive et place alors l'hôpital dans une position plus favorable.

Il semble effectivement que cette **situation tendue depuis des années ait joué un rôle éducatif** vis à vis du corps médical et soignant. Celui-ci a pris conscience des rigidités du budget global et sait être plus vigilant et raisonnable dans sa gestion au quotidien du bien hospitalier et ses demandes de moyens. Il résulte donc de ce contexte de restriction un état d'esprit déjà sensibilisé aux efforts de rationalisation de gestion.

#### **b) Des atouts se dégagent néanmoins de la situation du centre hospitalier.**

Le premier élément à noter est la mise en œuvre par le passé d'**expériences de gestion déconcentrée embryonnaires**. Développées avec plus de détails dans la partie suivante<sup>4</sup>, ces démarches inscrivent l'hôpital de Saint-Malo dans un contexte culturellement ouvert et sensibilisé à la technique de la déconcentration de gestion. Même si à l'époque, l'objectif recherché était circonscrit à la participation du service et les modalités de mise en

---

<sup>4</sup> voir supra p.21.

œuvres restaient très empiriques, un état d'esprit de responsabilisation avait été insufflé auprès des équipes soignantes.

Ainsi, malgré la timidité de la démarche, l'hôpital connaît un précédent qui est susceptible de donner une certaine assise au futur projet.

Deux éléments peuvent en outre être soulignés comme pendant aux faiblesses du système d'information.

La forte **coopération** tout d'abord, qui s'est instaurée entre le **Département d'Information Médicale et la Direction des Affaires Financières**, capitale dans la constitution d'un binôme indispensable à la mise en œuvre d'une gestion déconcentrée. La parfaite collaboration des deux personnes gérant ces services – ces acteurs ayant appris à parler un langage commun - représente en effet un atout non négligeable dans la bonne marche d'un tel projet transversal car de leur entente ressort la pertinence du travail d'élaboration et de réflexion des tableaux de bords médico-économiques.

Défini en introduction, le management de proximité suppose, en outre, une mesure plus objective de l'activité hospitalière : le PMSI se révèle être aujourd'hui cet outil de mesure. L'**adhésion assez globale du corps médical aux données issues du PMSI** constitue également un acquis non négligeable. Même s'il serait excessif de dire que toute la communauté médicale accepte cet outil médico-économique, il reste néanmoins qu'avec des explications et des éclaircissements, les praticiens s'accommodent de ces données. Le fait qu'ils ne rejettent pas systématiquement ces éléments d'informations est important car il y va de cette adhésion globale pour qu'un travail de collaboration et d'échange s'organise permettant d'affiner les outils techniques propres à la démarche de déconcentration. Il est à noter par ailleurs que les chefs de service rencontrés s'estiment globalement satisfaits des données d'activité administratives et PMSI qu'ils reçoivent.

Un autre point place le centre hospitalier en position favorable : c'est l'**existence d'instances locales de dialogue**. Les conseils de service ainsi que des structures internes propres à l'échange et au dialogue ont favorisé l'émergence d'une démocratie locale ouverte à la participation. Compte tenu de l'ancrage souvent formel des conseils de service, il est intéressant de noter qu'à ce titre Saint Malo bénéficie avec cette culture locale de dialogue d'un atout qu'il sera indispensable de valoriser.

De la même façon, la réalisation annuelle des réunions budgétaires regroupant les chefs de service et leur cadre auprès du directeur des finances en vue de préparer le Rapport d'Orientation Budgétaire constitue un lieu d'expression en relation avec l'activité et les orientations financières à donner à l'institution.

Ce mode de dialogue devant se généraliser avec l'objectif recherché de participation directe des services à la gestion de l'établissement, il est intéressant de noter que par le biais de ces instances informelles une habitude de travail s'est progressivement installée qui ne pourrait qu'être confortée par une démarche globale.

Enfin, inscrite parmi les propositions du projet social du centre hospitalier, l'éventuelle **réorganisation de l'équipe de direction** avec la désignation de directeurs adjoints référents de secteurs (médecine, chirurgie, psychiatrie...) est envisagée. Même si celle-ci n'est pas encore déclinée sous forme d'actions, il n'empêche néanmoins qu'une telle réorganisation qui ressort véritablement des attentes du corps médical pour pouvoir dialoguer plus facilement avec la direction et avec des interlocuteurs ciblés permettrait à la direction d'être plus facilement accessible pour tous les acteurs hospitaliers. Or, la démarche de management sera de proximité et de subsidiarité si l'équipe lui donnant l'impulsion fonctionne autrement que sur le mode de la hiérarchie établie jusque là

A la lumière de ces éléments, on peut ainsi résumer les traits caractérisant le centre hospitalier de Saint Malo. Fortement dépendant de son environnement sanitaire et assumant une activité croissante, l'établissement a su faire preuve jusque là d'une ténacité d'actions tout en sachant sauvegarder la sérénité de son climat social en dépit de ressources budgétaires en-deçà de ses besoins. L'ouverture de ses « frontières » à des partenaires externes l'oblige néanmoins à revoir son mode de fonctionnement interne. Ceci constituerait alors une opportunité lui permettant d'initier alors une démarche transversale.

En avance sur certains points quant à cette démarche, il est cependant indispensable que l'hôpital de référence, qu'il est, accélère la mutation de son système d'information pour connaître parfaitement en interne son activité. La liste précédente des atouts et des points faibles nous permet par ailleurs d'aller jusqu'à dire que l'établissement ne se heurtera pas à des blocages incontournables si, la phase de transition passée, il sait faire preuve de dynamisme dans l'appréhension de la démarche.

## **B. QUELS SONT LES OBJECTIFS RECHERCHES A TRAVERS LA DEMARCHE DE MANAGEMENT DE PROXIMITE ? UNE TELLE DEMARCHE A ST MALO POUR QUOI FAIRE ?**

Pour reprendre le fil de notre réflexion méthodologique, nous allons étudier le ressort d'une telle démarche transversale. Comment s'explique et se justifie la mise en œuvre d'un nouveau mode de management ?

En d'autres termes, quelles devraient être les conditions et les modalités de la genèse du projet. La compréhension du passé constitue une clé de lecture qu'il est indispensable de posséder pour initier une démarche de changement et maîtriser plus facilement les aléas du futur.

Pour ce faire, il convient de connaître les axes qui ont prévalu à la conception d'une telle démarche ainsi que les objectifs que peut rechercher la direction. Même si dans le cas du centre hospitalier de Saint-Malo, la situation de transition de l'établissement marque cette réflexion et entache d'imprécisions une présentation cadrée de la démarche, il paraît indispensable de voir en quoi un projet de management de proximité serait synonyme de progrès.

Cette présentation théorique sera donc suivie d'une mise en perspective très concrète par la présentation des attentes et des réticences des acteurs de l'établissement. Tiré des entretiens qui ont été réalisés en interne concernant les personnels soignants et de façon mixte<sup>5</sup> pour les cadres de direction, le résultat de cette enquête permet d'esquisser une ébauche des attentes de chacun. Ne prétendant pas être exhaustive, cette présentation aide à tout le moins à saisir dans quel état d'esprit se situe le personnel hospitalier malouin.

---

<sup>5</sup> Les directeurs interrogés ont dépassé le cadre de Saint-Malo puisque la collaboration de chefs d'établissement extérieurs permet d'élargir la connaissance des réactions du corps des directeurs.

## 1) Selon quels axes la démarche peut-elle être envisagée au Centre Hospitalier de Saint Malo?

Pour reprendre la genèse du projet, il faut remonter aux lendemains de la parution des ordonnances du 24 avril 1996, relatives à la contractualisation.

Une première présentation de la contractualisation interne et des démarches de déconcentration budgétaire, dès 1997-1998, a été faite par l'équipe de direction lors d'instances ( CME et CTE) en vue d'apporter des modifications au projet d'établissement tel qu'il avait été rédigé en 1995 afin que celui-ci soit en adéquation avec ces nouveaux textes. L'éventualité de la signature d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens motivait à l'époque l'équipe de direction, qui s'est donc lancée dans la mise en œuvre de démarches de déconcentration ponctuelles.

Les deux axes principaux qui ont prévalu lors de la conception de la démarche sont d'une part, la recherche d'une responsabilisation financière des acteurs de soins et d'autre part, la mise en place simultanément d'un système d'intéressement.

Les deux directeurs adjoints qui travaillaient à l'époque sur le dossier considéraient effectivement qu'il était impératif de sensibiliser les équipes soignantes aux dépenses réalisées dans leurs services. Elles seules connaissent mieux que quiconque les besoins en consommables courants et les possibilités d'éviter le gaspillage. Les impliquer dans la démarche semblait alors la solution non seulement pour les responsabiliser et les « intéresser » celle de les motiver et de les récompenser de leur investissement. Le système d'intéressement, envisagé comme un mode de récompense et de gratification, restait cependant très empirique du fait de son application au cas par cas.

Dès 1998, **deux expériences ponctuelles de sensibilisation à la déconcentration de gestion** ont été envisagées et réalisées au sein de l'établissement à l'initiative du directeur des services économiques et de la directrice des finances.

Ainsi la gestion des dépenses de changes à usage unique, qui constitue un poste de dépenses important dans le secteur Personnes Agées, a été « déconcentrée » et les économies générées étaient réaffectées dans le service vers l'achat de matériel et de mobilier au profit du service. Une formation et une sensibilisation à la gestion étaient proposées aux agents du service par les sociétés titulaires des marchés. C'est donc un mode d'intéressement collectif qui était privilégié dès lors que des économies pouvaient être



dégagées sur des secteurs très consommateurs. Le dispositif, tel qu'il était conçu, reste aujourd'hui d'actualité même s'il faut reconnaître qu'avec les changements successifs de cadres infirmiers sur les services concernés, le projet est plus ou moins bien appliqué. Des efforts relatifs à la maîtrise de dépenses dans le domaine des changes sont néanmoins réalisés, ce qui reflète déjà une sensibilisation et une volonté de gestion rationnelle.

Une autre expérience a été initiée pour générer des recettes supplémentaires. Il s'agissait « d'une incitation au régime particulier de la chambre individuelle » à la condition que les patients soient pris en charge par leur mutuelle sur ce point particulier. Dès lors que cette prise en charge était assurée et vérifiée par le cadre soignant, il était alors proposé aux patients qui le souhaitaient de bénéficier de ce régime « de faveur ». Cette expérience a cependant été de courte durée car des travaux de mise aux normes de sécurité ont dû être engagés. Cela a donc remis en question ce projet dans la mesure où le nombre de chambres individuelles s'est avéré insuffisant pour satisfaire la demande.

Même si ces expériences sont ponctuelles puisqu'elles se sont limitées à quelques services et à un poste de dépenses ou à la recherche de recettes, on voit cependant que par ce biais, une sensibilisation à la déconcentration budgétaire a pu être opérée. Les directeurs adjoints, qui ont mené ces expériences, reconnaissent cependant aujourd'hui qu'aucune méthodologie n'avait guidé ces micro-démarches et que l'empirisme avait surtout prédominé. L'objectif recherché était alors d'insuffler un état d'esprit favorisant la participation à une démarche institutionnelle. Une responsabilisation et une implication des personnels soignants en sont donc ressorties et l'existence de ces expériences, dont l'ambition se limitait finalement à la pédagogie, a créé un précédent dans l'établissement.

La volonté de la part de la direction de mettre en place un projet de management de proximité avec comme modalités de mise en œuvre la contractualisation interne et la déconcentration budgétaire est ressortie lors des réunions préparatoires à la rédaction du projet d'établissement 2001-2005. Parmi les différents groupes de pilotage pluridisciplinaires<sup>6</sup> proposés par les membres de l'équipe de direction, l'un d'eux traite de la contractualisation interne. La déclinaison à venir d'actions allant dans ce sens devrait donc constituer un fondement à la future démarche.

---

<sup>6</sup>Le groupe de travail animé par des membres de l'équipe de direction est ouvert aux médecins, cadres infirmiers et cadres supérieurs. Il est à noter la participation à ce groupe du président de CME.

## En quoi un tel projet peut faire évoluer favorablement le centre hospitalier ?

Les objectifs recherchés peuvent être scindés en deux selon que l'on se place du point de vue de l'institution ou de celui de ses acteurs, sachant évidemment qu'à terme, que l'interdépendance des deux approches influera sur l'établissement.

Concernant l'évolution de l'institution en tant que telle, l'action recherchée est une **meilleure préparation de l'hôpital aux changements futurs**. Prévus par le cadre légal, les défis managériaux tels que l'accréditation, la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et autres projets transversaux – dont ceux découlant de la logique de secteur prônée par les services déconcentrés de l'Etat - sont d'une telle envergure qu'il paraît nécessaire d'assouplir le plus possible le style managérial des hôpitaux et leur mode de fonctionnement actuel s'ils veulent se mettre en situation d'absorber sans trop de déstabilisation ces changements. Ceci vaut particulièrement pour l'hôpital de Saint-Malo.

Inscrite dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, la recherche d'une meilleure **rationalisation de la gestion de l'hôpital public** constitue également un élément de progrès pour tout établissement. Si les rouages internes de l'établissement se prêtent aux impératifs de gestion rationalisée grâce à l'existence d'un système d'information performant, une cellule de contrôle de gestion et une application adéquate de la comptabilité analytique, l'hôpital retrouvera dans ces applications une souplesse d'action permise par la transparence qu'il aura su dégagée. On peut alors penser que ce mode de management est un gage d'avenir au regard de la restriction de marges de manœuvre qu'implique le budget global. La situation de sous-dotations chroniques à Saint-Malo exige que l'hôpital ne reste pas imperméable à ces nouveaux modes de gestion s'il veut rester combatif et maintenir son niveau d'activité.

Il faut ajouter que ces nouveaux modes de gestion ne doivent pas être associés pour le corps médical et soignant à une gestion rationnée mais viser à les satisfaire en première intention. En effet, retrouver des marges de manœuvre est impératif face aux missions toujours plus larges confiées à l'hôpital quant à la prise en charge globale des malades, la qualité des soins et la sécurité. Cela peut **satisfaire** particulièrement **les demandes et les besoins des soignants**. Se rapprocher d'eux constitue alors un atout car cela permet de surmonter les difficultés de communication. Le travail d'acculturation, central dans la démarche de management de proximité, est un élément de progrès pour

l'établissement dans la mesure où celui-ci reste encore trop empreint de résistances et d'inerties<sup>7</sup> liées aux différences de culture.

Concernant maintenant l'action attendue sur le personnel hospitalier quel qu'il soit, le principal objectif est sa responsabilisation et son implication dans la gestion interne. **Savoir faire émerger du mode de fonctionnement hospitalier actuel un consensus** renforcera toute action interne et facilitera l'élaboration de projets qui dépassent les frontières actuelles de l'établissement. Compte tenu de la problématique malouine, déjà évoquée, d'ouverture aux hôpitaux voisins, il paraît judicieux de privilégier ce type d'actions transversales.

Enfin, la recherche d'une zone de convergence entre la contractualisation interne, l'évaluation des pratiques de soin et la déconcentration budgétaire constitue également un objectif de la démarche de management de proximité telle qu'elle est conçue au centre hospitalier. Utiliser les avancées de la démarche pour fédérer les actions des différentes directions permettrait à terme de décliner de façon cohérente parce qu'intégrée les grands axes du projet d'établissement. Cela permettrait par voie de conséquence de mobiliser naturellement l'ensemble des agents à la bonne marche de l'établissement.

Pour ce qui concerne le CH de Saint-Malo, on peut en outre compléter les objectifs présentés ci-dessus par trois axes principaux d'actions.

⇒ La direction des affaires financières qui pilote le groupe de réunions relatif à la contractualisation interne avoue rechercher des marges de manœuvres que la situation financière et budgétaire, en inadéquation avec l'évolution de l'activité de l'hôpital, ne permet en aucun cas de dégager. Même si, pour être acceptée par les personnels soignants, la démarche ne doit pas se résumer à ce type d'argument, il est important cependant de garder à l'esprit cette indication.

Cela ne signifie pas pour autant que la recherche d'économies soit un axe principal de la démarche car l'établissement étant sous-doté, il paraîtrait délicat voire indécent de parler d'économies auprès de personnes qui travaillent déjà dans des conditions tendues.

⇒ La mise en œuvre d'une telle démarche permet également d'affiner les outils relatifs au recueil des données d'activité. Il en résulte alors un meilleur suivi de l'activité et sa valorisation, ce qui renforce dans un établissement sa capacité de négociation. Connaître

---

<sup>7</sup> Voir supra p.52.

son périmètre d'activités et les données internes de celui-ci représente un outil d'aide à la décision qu'il ne faut pas sous-estimer pour être à même de négocier avec les autorités de tutelles le devenir de certains dossiers.

⇒ Enfin, l'un des principaux objectifs recherchés à travers cette démarche, reste l'adéquation entre un état d'esprit ouvert, de dialogue et de concertation et une démarche transversale et stratégique permettant à l'établissement d'être en phase avec l'environnement actuel de contractualisation interne et externe. Différentes modalités d'application peuvent alors être envisagées avec une action plus ciblée sur la gestion financière notamment ou la contractualisation interne. Etablir un pendant de la contractualisation externe avec cette démarche permettrait alors d'accroître la cohésion interne de l'établissement.

Selon quels modes d'actions décliner ensuite ce projet pour satisfaire les attentes des acteurs ? La réponse à cette question ne peut faire l'économie d'un examen des appréhensions générées par la démarche et des espoirs qu'elle suscite.

## **2) Quelles sont les attentes et les réticences des principaux acteurs hospitaliers au sein d'une telle entreprise ?**

L'élaboration de l'état des lieux suivant, sans prétendre être exhaustif, s'appuie sur les trois corps professionnels les plus directement impliqués dans l'administration des soins. Les trois pouvoirs que sont en effet ceux des directeurs, des médecins et celui des soignants devaient s'exprimer face à l'éventualité d'une démarche les touchant tous de près ou de loin. Dans le cadre de cette étude, seuls des cadres infirmiers ont été rencontrés concernant le corps soignant car ils sont les premiers, avec le médecin chef du centre de responsabilité, à être directement impliqués dans la démarche.

D'un point de vue méthodologique, c'est la technique des entretiens semi-directifs qui a été privilégiée avec en fonction des corps interrogés, une grille d'entretien prédéterminée (présentée dans les annexes 2-3-4). Ce sont au total 42 personnes qui ont été sollicitées.

L'objectif recherché consiste alors à tenter, à travers les réponses recueillies, de sonder non seulement les trois corps, partie prenante à la démarche mais aussi de repérer les réactions de chacun face à un tel projet. Même si l'ensemble de ces réponses est à prendre avec une certaine distance, compte tenu du manque d'exhaustivité de cette enquête, cela permet néanmoins de disposer d'un ancrage dans la réalité.

Il faut enfin souligner qu'avec la période transitoire que connaît l'établissement, le projet de cette démarche étant relativement mis en sommeil, ceci efface toute angoisse de proximité de mise en œuvre chez ces acteurs potentiels ce qui peut expliquer un enthousiasme qui ne serait peut être pas aussi évident dans un contexte différent.

#### **a) Les réactions du corps médical malouin.**

Il est intéressant de voir l'évolution de mentalité qu'il connaît actuellement comparativement à ses réactions consignées dans une autre étude<sup>8</sup> réalisée en interne. M. MARTIN, directeur adjoint chargé de la formation au centre hospitalier de Saint Malo a rencontré en 1997 un échantillon de médecins chefs de service dans le cadre d'une réflexion sur les fonctions attendues du chef de service. Si des similitudes se retrouvent dans les doléances que font les médecins, on constatera globalement que des évolutions se dessinent.

**Les attentes des médecins rencontrés**, qui sont pour la plupart des chefs de service, se scindent en deux avec, d'une part, des attentes liées à la démarche et d'autre part, des espoirs de changement vis à vis de l'équipe dirigeante.

Quant à la démarche de management de proximité quelles que soient ses modalités d'applications, on peut résumer les attentes des médecins à quatre demandes :

- Les médecins souhaitent tout d'abord être considérés comme de véritables partenaires de la direction dans la démarche de proximité. Ils désireraient ainsi être écoutés et non plus seulement entendus car ils ont l'impression parfois que leurs demandes ne sont pas prises en considération. La proximité serait alors un moyen de se rapprocher et de voir enfin certains de leur projet aboutir.

- Ils ne rejettent pas la gestion hospitalière et aimeraient même en avoir une plus grande lisibilité pour ne plus être en position passive face à elle. Une réelle participation

---

<sup>8</sup> Y. MARTIN, « L'activité managériale et gestionnaire du médecin chef de service en centre hospitalier public ». Etude présentée le 31 janvier 1998 dans le cadre du cycle Fonction Formation et Prévision sociale, Conservatoire national des Arts et Métiers.

est donc attendue et voulue de leur part. Certains vont même jusqu'à exprimer leur désir d'être cogestionnaire ou au moins être partie prenante dans un système de gestion associée.

- L'intérêt supplémentaire qu'ils y voient est de pouvoir bénéficier de plus de marges de manoeuvre en tant que gestionnaire. Cette nouvelle casquette les rendrait plus à même de savoir où en est le service pour les achats de matériels notamment. Une demande de marges d'action est également exprimée à l'égard du personnel soignant du service.

- Enfin, pour certains médecins un des attraits de la démarche est qu'elle peut offrir une nouvelle orientation à la fonction de chef de service en centre hospitalier. En effet, cette possibilité de s'ouvrir à de nouveaux horizons, d'élargir sa carrière est une éventualité qui n'est actuellement perçue en Centre Hospitalier où la carrière du PH ne peut s'ouvrir sur l'enseignement ou la recherche comme dans les CHU.

Quant aux attentes vis à vis de la direction du Centre Hospitalier de St Malo, elles sont essentiellement de deux ordres :

- Elles concernent les fonctions du chef d'établissement conçu comme un chef d'orchestre entourés de directeurs adjoints délégués à un secteur de l'hôpital ( médecine, chirurgie, secteur femme-mère-enfant, personnes âgées et psychiatrie). Les médecins souhaitent aussi voir cette direction plus proche d'eux et ancrée dans les réalités du terrain. La proximité de la démarche paraît à cet égard un moyen judicieux pour faire se rapprocher les deux corps actuellement trop distants. Une des solutions préconisée est la mise en place d'une sorte de « bicéphalisme exécutif » (administratif-médecin) comme cela se réalise dans certains systèmes sanitaires étrangers.

- Une autre attente, qui n'a pas été clairement exprimée par les personnes rencontrées mais qui ressort de la charge de travail du chef de service évoquée est la reconnaissance des spécificités de la fonction du chef de service.

Ce manque de reconnaissance n'est pas propre à la situation de St Malo dans la mesure où, réglementairement, depuis 1984, être chef de service pour un médecin dans un hôpital public n'est plus un grade supérieur avec une échelle de rémunération spécifique supérieure à celle de praticien. C'est une fonction non rémunérée (pas même par une indemnité s'ajoutant à la rémunération du praticien ) aux attributions précises et aux responsabilités explicites. Le grade est totalement dissocié de la fonction, ce qui ne favorise pas les investissements attendus de la fonction.

**Cependant certaines craintes sont exprimées devant les changements et les incertitudes que génèrent un tel projet.**

La surcharge de travail actuelle des chefs de service et des praticiens hospitaliers amène certains membres de la communauté médicale à vouloir faire preuve de vigilance. La principale crainte qui ressort est celle de voir son temps médical « phagocyté » par des contraintes plus administratives et de gestion que liées au soin. La mise en œuvre d'un processus de déconcentration budgétaire ne peut être envisagée qu'à la condition que la qualité des soins ne soit pas remise en cause. L'obtention d'un temps médical supplémentaire semble alors la solution pour que ce projet ne se fasse pas au détriment de la mission première des médecins.

L'éventuelle restriction des enveloppes budgétaires par centre de responsabilité constitue également un motif d'appréhension pour une partie de la communauté médicale. Le fait que ces budgets puissent – par décalque du système global « actuel » - être déconnectés de la réalité de l'activité, suscite une peur légitime, car la déconcentration budgétaire ne remplirait pas alors les objectifs qui sont les siens à savoir rapprocher de la réalité du terrain la gestion des services. Même si cette optique fondamentale leur a bien été exposée en ces termes, il n'en demeure pas moins qu'une méfiance à l'égard de ces nouveaux outils de gestion reste présente dans les esprits.

Concernant toujours l'aspect technique de ce nouveau mode de gestion, certains médecins expriment la crainte que les économies générées dans le service ne bénéficient à la collectivité et non au service qui s'est investi pour dégager des marges de manœuvre. Le système d'intéressement paraît alors être une des réponses pouvant apaiser cette peur même si les modalités de celui-ci doivent être clairement arrêtées à l'avance.

Le terme d'intéressement gêne toutefois certains d'entre eux pour l'aspect mercantile qu'il évoque. L'attachement au service public ressort nettement à ce sujet et explique un autre risque vu dans la démarche : celui d'introduire une concurrence entre centres de responsabilité par le biais des différences entre budgets.

Dans le même ordre d'idée, certains médecins craignent qu'une inégalité entre services ne découle de ce système dans la mesure où, selon les capacités et les qualités de gestionnaire du médecin désigné, le service et a fortiori le centre de responsabilité pourrait en être pénalisé et se sentirait sanctionné à travers la déconcentration.

Enfin, pour quelques membres du corps médical, la déconcentration budgétaire est considérée comme étant annonciatrice d'une évolution inéluctable vers la tarification au GHM et au patient. Beaucoup d'angoisse se cristallise autour de ce thème et contribue à expliquer des réticences globales vis à vis de la démarche.

On perçoit toutefois à travers ces réactions que malgré des réticences inévitablement liées à la crainte d'un changement et à la lourdeur attendue du processus de déconcentration une ouverture et non un rejet de la démarche.

Il faut, par ailleurs, considérer que le corps médical est aujourd'hui plus que par le passé obligé de modifier ses façons de travailler et d'appréhender la médecine. En effet, une obligation d'ouverture est inhérente au système sanitaire tel qu'il est conçu par les politiques actuelles de santé publique : l'existence d'une logique sectorielle, l'établissement de relations ville-hôpital participent à ce décloisonnement. Le cadre hospitalier n'échappe pas à ces nouveaux modes de prise en charge des patients qui exigent des relations multidisciplinaires et multipartenariales. A titre d'exemple, un acte simple comme l'accouchement par exemple qui autrefois ne s'inscrivait que dans un cadre « artisanal » avec l'intervention de sage-femme et d'un obstétricien fait de nos jours participer de multiples acteurs (anesthésiste, radiologue...). La technicisation de la médecine rend le corps médical plus interdépendant et révèle la perte d'autonomie du médecin qui, en contre-partie, est moins isolé dans le choix de son diagnostic.

On peut donc penser que cette ouverture liée au progrès de la médecine incitera le corps médical à moins vouloir s'enfermer dans la logique de son service et à être prêt à fonctionner dans un nouveau cadre organisationnel.

Les attentes du personnel médical malouin, globalement favorables ou motrices face à un tel processus de changement, apparaissent néanmoins en contradiction avec les conclusions auxquelles aboutit le rapport du président de section du Conseil d'Etat, Alain BACQUET.

Le rapport BACQUET<sup>9</sup>, qui recense les travaux de quatre groupes de concertation sur l'évolution du système hospitalier, traite entre autres de la modernisation du fonctionnement interne de l'hôpital.

Le groupe chargé de cette réflexion aboutit à la conclusion que le désir de changement reste « partagé » d'autant qu'« une absence de remise en cause des éléments essentiels des

---

<sup>9</sup> A. BACQUET : « Evolution du système hospitalier », in Revue Hospitalière de France, n°3, mai-juin 2000, pp.11-28



structures hospitalières » est prégnante. Le rapport évoque même un attachement des personnels à ces structures.

Concernant la modernisation et la dynamisation de la gestion hospitalière, des difficultés de mise en œuvre de dispositifs d'efficience, qualitative et quantitative sont évoquées compte tenu de l'attachement fort du personnel hospitalier aux traditions du service public administratif qui semblent difficilement compatibles avec des incitations économiques.

Le rapport argumente ce point en visant le refus de la communauté médicale de « s'impliquer dans toute forme de gestion administrative ». Les médecins feraient même preuve de défiance à l'égard des procédures les impliquant dans la gestion et seraient difficiles à convaincre.

Cette réticence voire ce désintérêt du corps médical dans la mise en œuvre de la contractualisation interne révèle un blocage des mentalités que l'on ne retrouve pas au travers des entretiens réalisés au centre hospitalier de Saint-Malo. Même s'il faut rester prudent quant aux conclusions à donner à ces réactions lors des entretiens, il n'en demeure pas moins qu'un tel blocage ne paraît pas prédominant au sein du centre hospitalier de Saint-Malo.

Cette impression est d'ailleurs confortée par la récente déclaration du président de la conférence des présidents de CME, M. PERRIN, lors des Assises des Présidents de CME des Centres Hospitaliers qui se sont tenues en mai 2000 à Angoulême. M. PERRIN considère que les médecins « ...revendiquent une responsabilisation et souhaiteraient même une coresponsabilisation. ».

Suite à un entretien avec ce médecin, des éclaircissements m'ont été donnés quant aux raisons expliquant cette évolution des mentalités du corps médical.

Selon M. PERRIN, celle-ci résulte de la conjugaison de plusieurs facteurs.

Le **croisement ponctuel des logiques médicales libérales et publiques**, qui jusque là restaient assez éloignées, est un premier élément à prendre en considération. On demande ainsi aux médecins libéraux de sortir d'une logique purement financière pour participer plus activement à des actions de santé publique.

De la même façon, on attend des praticiens hospitaliers et du corps médical dans le secteur public qu'il rende des comptes afin d'endiguer certains gaspillages qui ne sont plus acceptables dans le cadre actuel de pénurie de moyens et de restriction budgétaire. Il s'agit

là d'une « responsabilité citoyenne de l'hôpital public »<sup>10</sup> par opposition à l'analyse strictement commerciale du secteur libéral d'hospitalisation. « Une sorte de croisée des chemins » entre médecins libéraux et publics s'amorce donc dans certains domaines et fait tomber des frontières au bénéfice de la santé des patients. Il en résulte alors une prise de conscience accrue du coût de la santé en France et un mouvement de synergie naissant facilitant des rapprochements.

Pour le président de la conférence des présidents de CME, un autre facteur ne doit pas être négligé : celui de l'**ouverture réciproque des mentalités entre le corps des directeurs d'hôpital et celui des médecins**. La séparation nette des missions de chacun n'est plus aussi tranchée que par le passé puisque l'époque des directeurs qui décident seuls et des médecins qui restent cantonnés dans leur service de soins est révolue. Une forte interaction – sans doute née des contraintes financières et de la complexification et technicisation de la médecine - rapproche les deux corps, qui malgré des cultures et des formations différentes, tentent dans la plupart des établissements de travailler en collaborant. Le regard médical qui faisait autrefois défaut dans le processus de décision, semble aujourd'hui non pas systématiquement acquis mais de plus en plus évident pour que le projet médical ne soit pas réduit à un simple document formel. De même, les médecins voient leur fonction de soignant évoluer vers celle de professionnel de santé ouvert au management à travers la rédaction des projets de service qui leur est demandé.

Enfin, toujours selon M. PERRIN, une étape et non des moindres a été franchie, il y a un peu moins de dix ans avec **les apports de la loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière. Sous-estimé à l'époque, ce texte a fourni néanmoins des outils juridiques. La notion de responsabilisation<sup>11</sup> qui y est affirmée fut cependant mal mise en valeur à l'époque du fait que ces outils restaient très vagues et donc peu utilisables pour beaucoup de décideurs. De « conception libérale », cette loi, qui visait à donner des repères et non des modes d'application directs, n'a donc pas eu les effets escomptés car il était attendu en fait que chaque acteur s'approprie le texte en l'adaptant aux réalités de terrain. Une prise de

---

<sup>10</sup> Voir « L'argent, un moteur des choix stratégiques de l'hôpital ? », in La Revue Hospitalière de France, n°2, Mars-avril 2000.

<sup>11</sup> Le principe de la responsabilisation des médecins est évoqué de façon floue à travers l'article L. 714-13 qui énonce que : « les responsables des structures médicales (...) peuvent suivre la gestion des moyens budgétaires et la réalisation des objectifs de la structure ou du service dont ils ont la responsabilité et faire bénéficier, le cas échéant, cette structure ou ce service des résultats de cette gestion. »

conscience apparaît depuis deux, trois ans pour que le rapprochement médico-administratif s'installe et l'évolution des mentalités aidant, la notion de management de proximité ou partagé commence véritablement à s'ancrer.

### **b) Les attentes des cadres de direction empreintes de prudence.**

Au vu des réponses aux entretiens du centre hospitalier, le corps des directeurs d'hôpital semble plus partagé face à une telle démarche. Les incertitudes pesant sur l'équipe de direction liées au changement de chef d'établissement peuvent en partie néanmoins la « frilosité » suscitée par ce projet.

**Les attentes exprimées** par les directeurs rencontrés révèlent tout d'abord leur conviction quant à la souplesse que peut générer à terme la démarche de management de proximité. Il leur paraît cependant inconcevable de se lancer dans un tel processus, si dès le début, un certain pragmatisme n'est pas mis en avant. Cette réaction est d'autant plus forte que compte tenu de la contrainte externe à laquelle sont soumis les directeurs, ces derniers ne souhaitent pas s'enfermer à travers un tel projet dans des principes abstraits mais au contraire pouvoir continuer à jouir de latitudes suffisantes pour diriger sereinement les différentes étapes conduisant aux finalités évoquées précédemment.

Il ressort des réactions des membres de l'équipe de direction une attente particulière en vue d'un surcroît de marges de manœuvre financières pour accompagner la démarche. Une souplesse d'actions s'en dégagerait nécessairement et permettrait alors d'envisager la politique du changement avec plus de facilités.

Enfin, la démarche est considérée aux yeux de certains membres de l'équipe de direction comme un instrument fédérant l'ensemble des agents et les mobilisant face à la déclinaison des actions du projet d'établissement. L'implication résultant du management de proximité serait un moyen de sensibiliser le personnel à la vie de l'institution. Il paraît alors intéressant de transcender la démarche en en faisant un élément de stratégie au service de l'établissement et non uniquement un outil d'amélioration de la gestion.

**Ces attentes globales, nuancées mais positives vis à vis de la démarche, restent néanmoins atténuées par des craintes liées essentiellement aux difficultés de mise en œuvre du projet.**

La lourdeur d'organisation d'un tel projet tend à effrayer certains directeurs qui voient difficilement comment dégager le temps nécessaire à la réflexion préliminaire sur la démarche elle-même et surtout à la réorganisation de leur mode de fonctionnement. La gestion du quotidien, résultant de la contrainte externe, étant très consommatrice en temps, le remodelage du fonctionnement de la direction crispe certains d'entre eux.

Un des risques évoqué est celui de la « balkanisation » que la démarche peut provoquer par le découplage qu'elle implique au détriment de l'établissement pris dans sa globalité. L'objectif initial de la démarche, à savoir ouvrir le fonctionnement interne de l'institution à chacune des entités la composant, peut ne pas être atteint. Pour certains cadres de direction, l'existence de centres de responsabilité, autonomes dans leur gestion, serait un facteur renforçant le fonctionnement de petites entités repliées sur sa gestion interne avec au final une perte de vue d'objectifs globaux. Il faut savoir néanmoins qu'à l'expérience, on s'aperçoit que ce mode de fonctionnement met en exergue le souci de mieux travailler avec les autres.

Pour d'autres, un des inconvénients lié à la démarche est l'éventuelle rigidification que les enveloppes budgétaires peuvent générer. Alors même que celles-ci sont établies à partir des données d'activité et de tableaux de bords médico-économiques, on craint que l'évolution de ces budgets ne puisse pas suivre ces données et qu'il en résulte une inertie dans la gestion.

Enfin, la question est posée de l'incompatibilité de la démarche avec la rigidité inhérente au budget global. Comment concilier le besoin de souplesse d'une approche liée à l'activité et les contraintes d'un budget qui n'évolue qu'en fonction de taux directeurs déconnectés d'indicateurs d'activité et de qualité ? C'est ici la contrainte externe incarnée par les autorités de tutelle qui est le facteur explicatif de réticence vis à vis de la démarche.

De façon générale, on a le sentiment que l'envergure d'une telle démarche de management et a fortiori du changement qu'elle suppose inquiète certains directeurs pour l'organisation en amont et en aval que cela implique. Le contexte actuel de restriction des marges de manœuvre dans la gestion tend également à réduire l'enthousiasme que la théorie de la démarche peut susciter. Il reste néanmoins une conviction quant aux atouts qu'un tel processus de changement peut amener pour adapter l'établissement aux politiques actuelles de santé publiques, cette conviction se matérialisant d'ailleurs par l'inscription de la démarche dans le prochain projet d'établissement.

**c) Troisième pouvoir et non des moindres parmi les corps de métier hospitalier : celui des soignants. Quel est le positionnement des cadres infirmiers face à l'éventualité de la démarche ?**

Parmi les attentes exprimées par ceux-ci, il ressort tout d'abord un besoin et une envie d'être plus impliqués dans le processus de prise de décision et ne plus être considérés comme de simples exécutants. Cela leur permettrait en outre de mieux comprendre les choix et les priorités faits par la direction. A titre d'exemple, les besoins en équipement biomédical nécessitent des priorisations, compte tenu de leur ampleur, celles-ci seraient mieux comprises, donc mieux acceptées si elles étaient affichées clairement par la direction. Cela éviterait ainsi d'engendrer des frustrations comme c'est le cas actuellement lorsque ces besoins ne sont pas satisfaits.

La connaissance du service sous le jour de son activité et de ses consommations à travers des outils synthétiques leur offrirait également plus de marges de manœuvre dans la gestion et leur permettrait de se sentir acteur de soins à part entière. Une demande d'information s'exprime d'ores et déjà car certains cadres ont l'impression de gérer le quotidien sans réel point de repère. Cette information supplémentaire faciliterait alors une ouverture sur les autres services en permettant à chacun de se faire une idée sur l'activité réelle des différentes unités fonctionnelles constituant l'hôpital ; ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La transparence qui s'en dégagerait semble un élément qui favoriserait les relations au sein de l'établissement. L'existence de ces indicateurs qui aujourd'hui sont mal valorisés donnerait une hauteur de vue qui fait actuellement défaut dans la façon de travailler des cadres. L'autonomie qui en résulterait reste également très séduisante.

Les cadres rencontrés souhaitent également être entourés et conseillés par un membre de l'équipe de direction ou des cadres administratifs. La fonction éducative et pédagogique, centrale dans la démarche, est donc clairement perçue et acceptée par les personnes qui se sont exprimées. Elle est considérée non seulement comme un moyen, à terme, d'obtenir de l'autonomie dans la gestion du service mais aussi de se sentir impliqué dans la vie de l'institution.

Il ressortirait également de cette réflexion sur les consommations et les dépenses du service une modification des habitudes de travail qui introduirait peut être une évaluation plus objective du travail réalisé dans le service.

Enfin, la démarche est vue par certains cadres comme un moyen de valoriser leur profession. Il semble en effet que cette implication si elle est reconnue et si un retour sur investissement pour le bénéfice du service est favorisé par un système d'intéressement, serait un moyen pour eux de se recentrer sur leur mission d'interface entre équipe soignante, médecin chef de service et administration (DSSI).

**Ici encore, l'éventualité de futurs changements n'est pas cependant sans faire naître des craintes qui obscurcissent ces points positifs.**

Comme pour les deux catégories de métiers précédemment présentés, la surcharge de travail est évoquée comme un repoussoir à la démarche. L'impossibilité actuelle de gérer en anticipant plus fait craindre à certains cadres une incompatibilité entre ce décloisonnement au plus près des réalités du service et les fonctions actuellement attendues des cadres avec celle portant notamment sur le suivi et l'évaluation de la qualité des soins. Les contingences de la gestion du personnel ou plutôt de la « gestion de la pénurie de personnel » les mobilisent de façon quasi permanente ; ce qui ne leur permet pas de s'affranchir du quotidien pour gérer à plus long terme leur service.

Pour d'autres cadres, l'un des inconvénients perçus est la peur de la sanction en cas de mauvaise gestion, qui se répercuterait alors sur le fonctionnement interne du service. De plus, cette charge supplémentaire de responsabilité, donc de travail, ne répond pas nécessairement à la conception qu'ils ont de leur fonction de cadre « intermédiaire ». Cette angoisse de la sanction évoque plutôt une impossibilité à faire face au quotidien qui semble déjà assez lourd.

Une autre réticence exprimée est le fait de ne pas voir certains domaines liés à la gestion du personnel déconcentré à leur niveau. On l'a dit, les difficultés de gestion des plannings et des remplacement d'agents liés aux arrêts maladie prend le pas sur les avantages à étudier l'évolution du service. Le fait que les cadres ne puissent pas avoir de marge de manœuvre sur les mensualités de remplacement du personnel démotive certains d'entre eux.

Enfin, l'importance du binôme « médecin responsable du centre de responsabilité – cadre infirmier » pour le bon fonctionnement de la démarche est source d'appréhension chez certains soignants quant à l'entière et équitable répartition du travail entre les deux acteurs. Une crainte du report de cette fonction de gestionnaire des médecins sur leur cadre les rend donc méfiants et peu enclins à s'investir dans l'inconnu.

Même s'il est légitime qu'une démarche de cette ampleur suscite des peurs exprimées lors de ces entretiens, le nombre de rejet de la démarche est resté marginal. Cet état des lieux, tout en ne prétendant pas refléter de façon exhaustive l'opinion de tous les agents hospitaliers de Saint-Malo, peut néanmoins servir de point d'ancrage fiable pour « sentir » comment en amont de la démarche, les réactions de chacun peuvent guider une réflexion préalable.

Les contraintes externes de restriction de moyens influent certainement aussi notablement sur l'évolution des mentalités ; car la présentation d'un tel projet, il y a quelques années, aurait provoqué des réactions plus marquées de rejet, la gestion demeurant dans l'esprit des soignants un domaine réservé à l'administration. Même si au travers de cette démarche, il n'est pas question de transformer le médecin en un gestionnaire, il apparaît néanmoins que ce dernier s'intéresse plus que par le passé aux impératifs de rationalisation de gestion. Chacun des membres du corps soignant, dès lors qu'il n'est pas hermétique au projet, reconnaît par ailleurs l'intérêt d'une formation le sensibilisant à la gestion.

Doté d'atouts et d'handicaps objectifs, le centre hospitalier de Saint-Malo doit tenir compte des ressorts internes sur lesquels il peut s'appuyer pour envisager la politique à mettre en œuvre afin que la démarche ne soit pas rejetée.

La stratégie à valoriser et les mesures d'accompagnement qu'il peut en conséquence élaborer et proposer sont autant d'éléments à prendre en considération pour que la réalisation au sein de l'établissement d'un consensus, moteur d'une action de changement se dégage. La réflexion qui doit être réalisée en amont permettra peut être de trouver quelle dialectique privilégiée pour que les futurs acteurs de la démarche soient sensibles et peu rétifs à une action transversale. Les contraintes du cadre hospitalier constituent-elles cependant un cadre pertinent et ouvert à ce type de démarche ?

2 - II EME PARTIE : QUEL EST LE CADRE PERTINENT DANS LEQUEL UNE POLITIQUE DE CHANGEMENT ET SES STRATEGIES D'ACCOMPAGNEMENT DOIVENT S'INSCRIRE POUR QUE LA DEMARCHE DE MANAGEMENT DE PROXIMITE PUISSE REUSSIR AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT MALO ?

**A QUELLES SONT LES STRATEGIES D'ACCOMPAGNEMENT A METTRE EN ŒUVRE POUR REpondre AUX ATTENTES DE CHACUN ?**

A la lumière des attentes des différents acteurs pointées précédemment, il importe maintenant d'étudier les différentes applications du management de proximité afin de trouver l'angle selon lequel la démarche malouine pourra être abordée.

Dans un premier temps, l'analyse des expériences mises en œuvre dans le secteur privé ainsi que dans les structures de soins étrangères nous permettront de mettre en exergue des différences de fonctionnement qu'il est important de garder à l'esprit ainsi que des erreurs à ne pas reproduire.

Les entretiens menés avec des directeurs de centre hospitalier donneront ensuite son ancrage empirique à cette recherche de préalables car ils expriment non seulement ce qu'ils ont vécu ou vivent actuellement mais on y perçoit en outre les avantages et les faiblesses de leur conduite de projet.



## **1) Les enseignements des expériences déjà mises en œuvre à l'étranger et dans les structures privées françaises.**

Le management participatif ou de proximité était très en vogue dès les années quatre vingts dans les « cercles de management » des entreprises. Les principes de base sont l'établissement de relations clients-fournisseurs à l'intérieur de l'entreprise pour conférer à chaque unité de production une autonomie de gestion. Afin de redonner une motivation au personnel, la hiérarchie est allégée tout en restant présente à travers la définition d'objectifs et l'attribution de moyens que chaque unité doit respecter ainsi qu'avec l'évaluation que fait la direction. Chaque service est alors amené à rédiger des projets de service qui soient en cohérence avec le projet d'entreprise global : un décloisonnement est ainsi recherché ainsi que la responsabilisation des acteurs.

### **a) Quel impact ces nouvelles formes d'organisation ont-elles eu dans le secteur privé ?**

La présentation idéale précédemment évoquée n'est pas sans cacher un bilan plus que modeste de la réalité du terrain.

Partant de théories américaines, basées sur ces présomptions culturelles et de surcroît influencées par un cadre de référence utilitaire et d'objectifs liés au rendement, des critiques fusent aujourd'hui afin que soit redonnée, dans ces théories, la place centrale que devait occuper le salarié dans sa composante humaine. Des auteurs tels que Ingrid BRUNSTEIN<sup>12</sup> et Jean-François CHANLAT<sup>13</sup> n'hésitent pas à souligner les effets pervers de ces théories à travers les thèmes du stress et de la souffrance liés à ces nouveaux modes d'organisation.

Le bilan global de la démarche fait ressortir que les principales erreurs commises révèlent une certaine superficialité de mise en œuvre de la démarche et notamment un non respect des règles du jeu. En effet, les directions n'ont pas toujours négocié avec les personnels les règles de la participation ; les politiques menées se sont avérées plus consultatives que réellement participatives car il n'y a pas eu de déconcentration du pouvoir

---

<sup>12</sup> I. BRUNSTEIN, *L'homme à l'échine pliée : réflexion sur le stress professionnel*, édition Desclée de Brouwer, Paris, 1999.

<sup>13</sup> JF. CHANLAT, *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*, les Presses de l'Université Laval et les Editions Eska, Québec, 1990.

décisionnel. Le cloisonnement a donc persisté et en définitive, les objectifs recherchés de responsabilisation n'ont pas été atteints. Les salariés n'ont donc que peu gagné en termes de management d'autant que le climat socio-économique de crise était durant les années quatre-vingts peu favorable à la mise en place d'un tel changement d'organisation.

L'enseignement principal que nous pouvons tirer de l'application des théories du management participatif dans le secteur privé est le **respect**, au plus près de la réalité du terrain, **des règles théoriques**. Il est en effet indispensable de savoir reproduire concrètement, fidèlement et proportionnellement aux impératifs de chaque structure la démarche telle qu'elle est présentée dans un premier temps. La distorsion entre les attentes suscitées par l'imaginaire collectif du groupe et la réalité de l'application de la démarche est risquée car génératrice de frustrations, qui nuisent au climat de confiance, central dans la réussite d'une démarche transversale. Les ouvrages critiques cités précédemment insistent également sur la dimension humaine « oubliée » que doivent revêtir les théories du changement pour se révéler efficaces. JF CHANLAT fonde d'ailleurs son ouvrage sur ces différentes dimensions que sont « la parole et le langage, l'espace et le temps, la vie psychique, l'altérité, la vie symbolique et plaisir et souffrance au travail ».

Différentes stratégies d'adaptation peuvent être mises en œuvre afin de préparer l'entreprise à gérer efficacement le changement. Dans « Vivre et gérer le changement ensemble »<sup>14</sup>, G. OUMET et Y. DUFOUR nous montrent quelles stratégies les entreprises doivent privilégier afin d'obtenir le concours de leurs employés.

Le processus de changement est vécu comme producteur de stress pour le personnel ; il est indispensable alors pour diminuer les résistances à la démarche de savoir obtenir un engagement constructif des différents acteurs. Selon les auteurs, il est capital de connaître la façon dont les travailleurs réagissent positivement au changement organisationnel afin de s'y adapter et ainsi préserver leur équilibre, essentiel au bon fonctionnement de l'organisation. De cette observation découlent ensuite les stratégies organisationnelles pouvant aider le personnel à s'inscrire dans ce processus de changement. Cette **réflexion sur la dynamique et les composantes impliquées dans le « rapport organisationnel-stress » est indispensable comme préalable** et pourtant peu réalisée.

---

<sup>14</sup> G. OUMET et Y. DUFOUR : « Vivre et gérer le changement ensemble », in la revue française de gestion, n°113, mars-avril-mai 1997, pp.23-38.

La stratégie d'adaptation d'un individu est caractérisée par son type de réaction à un phénomène stressant externe. La représentation mentale que l'individu se fait du changement dans son environnement conditionne en effet la dynamique globale du groupe car il suffit que certains véhiculent une plus ou moins grande force d'inertie pour que la pertinence de la démarche soit d'autant affaiblie aux yeux des autres. Il y a donc une relation de réciprocité entre les processus psychiques et sociaux, centrale dans les stratégies d'adaptation et une recherche d'ajustement « émotionnel » à ne pas perdre de vue pour mobiliser l'ensemble du personnel.

C'est pourquoi il est capital de susciter, de la part des employés, une recherche d'actions s'inscrivant dans la démarche car celle-ci peut de façon substantielle favoriser la réduction de stress et ainsi leur donner le sentiment de pouvoir contrôler la situation : c'est ce que les auteurs appellent la « stratégie proactive de résolution de problèmes ». Il s'agit en d'autres termes d'une démarche réellement *participative*.

Ces observations sont à garder en mémoire car elles traduisent toute la difficulté qu'il peut y avoir à faire intégrer le changement au sein des groupes humains. Qu'elle soit mise en œuvre dans le secteur privé ou public, on constate à quel point la démarche de changement est génératrice de peurs qu'il convient dès le début de circonscrire pour éviter qu'elles ne parasitent voire court-circuitent la stratégie globale.

### **b) Comment applique-t-on le management de proximité à l'étranger ?**

Les expériences menées à l'étranger sont d'un tout autre apport car les différences entre systèmes sanitaires sont telles que les solutions qui y ont été adoptées ne sont pas directement transposables. Elles nous permettent cependant de voir dans quelle perspective et selon quelles modalités la démarche a été envisagée.

#### **SUEDE :**

La démarche entreprise en Suède se situe dans un contexte de quasi-marché concurrentiel de la santé avec un cadre de contractualisation externe et une situation. Le pays est déjà marqué par une forte décentralisation puisque ce sont les instances politiques locales (conseils généraux) qui ont la responsabilité de fournir des services médicaux et qui possèdent les hôpitaux.

Depuis 1992, le mode de gestion adopté est celui du prestataire-payeur : chaque conseil général est divisé en districts sanitaires qui « achètent » des soins aux hôpitaux. Avec ce système, il n'y a plus de dotations annuelles fixes allouées aux structures hospitalières mais un hôpital reçoit d'autant plus de crédits qu'il soigne plus de patients. Les relations entre prestataires de soins et acheteurs sont contractualisées afin d'introduire une concurrence. Il est important de souligner que les hôpitaux suédois sont entièrement libres d'organiser leur fonctionnement interne en termes de gestion et d'organisation sachant que le seul impératif est la rentabilité et la productivité.

L'exemple de l'hôpital de Stockholm illustre comment un établissement équivalent en taille à un centre hospitalier moyen (hôpital de Karolinska : 1030 lits, 7000 agents, 915 médecins) a mis en œuvre la délégation de gestion et la contractualisation avec comme principe fondateur le principe de subsidiarité.

Doté d'une direction « allégée » composée de trois personnes : un directeur général, un directeur-adjoint et un directeur médical, qui décident de la stratégie de l'établissement et qui reste l'interlocuteur des autorités de tutelle, l'hôpital est ensuite structuré en différentes divisions médicales. Regroupement de plusieurs services selon les besoins de patients et les pathologies, ces divisions sont présidées par un chef de service, un cadre infirmier et un « manager ». Ce sont ces derniers qui sont les véritables gestionnaires des divisions médicales puisqu'il leur est attribué un budget fermé par le biais d'un contrat qui les lie à l'administration. Chaque division fonctionne alors comme une micro-entreprise avec un budget propre. Son autonomie est assez grande mais pas totale dans la mesure où la gestion du personnel n'est pas totalement déconcentrée. Les relations avec l'administration de l'hôpital sont assurées grâce à des équipes de direction recrutées pour chaque division médicale. Il y a donc au niveau de ces divisions une reconstitution déconcentrée de l'organisation classique des hôpitaux.

Les stratégies d'accompagnement et les éléments de succès de la démarche sont d'une part, la mise en place de cinq départements de conseil, conçus comme des consultants internes au service des divisions médicales. Ils réalisent de plus au profit de la direction générale des audits permanents sur les thèmes qui posent problèmes dans cette démarche de décentralisation (exemple dans les finances). Ces auditeurs-conseils jouent le rôle de garde-fous et permettent un meilleur retour d'information auprès de la direction générale qui est très éloignée de la réalité du terrain.

Il faut d'autre part prendre en considération les actions de formation continue, la culture de la mobilité professionnelle, de l'évaluation, de la rationalisation des coûts fortement ancrée dans les mentalités suédoises et qui sont autant de clés de succès dans une telle entreprise.

### GRANDE-BRETAGNE :

Le cadre d'action en Grande-Bretagne inscrit l'implication de consultants hospitaliers dans le management hospitalier et la responsabilisation quant à une utilisation efficiente des ressources.

On retrouve des similitudes avec le système suédois dans la mesure où le paysage sanitaire est organisé en fournisseurs et acheteur de soins. Ces derniers entrent d'ailleurs en relation avec un directeur du marketing, membre de l'équipe de direction de l'hôpital.

Les particularités de la démarche sont le découpage de l'établissement hospitalier en « care groups » qui correspondent aux grands secteurs (médecine, chirurgie, pôle mère-enfant, psychiatrie...) dans lesquels on retrouve un budget et une équipe de gestion multidisciplinaire et la création de la fonction de directeur clinique qui joue à la fois le rôle de cadre infirmier et de chef de service ; celui-ci a la possibilité de recruter son personnel dans la limite du budget ouvert. Il doit assumer d'importantes fonctions de gestion.

L'inconvénient de ce système réside dans le manque d'implication des médecins. Une nouvelle structuration interne de l'établissement a donc été repensée avec les « directorates », qui correspondent à des centres de responsabilités. A l'intérieur de ces entités, chaque médecin gestionnaire doit rendre des comptes devant un membre de l'équipe de direction et devant le directeur médical. Une sorte d'évaluation annuelle de l'activité de ces « directorates » est ainsi réalisée. Avec ce système, les médecins sont responsables non seulement devant leur directeur médical, qui reste leur conseiller, et leur support mais aussi sur un plan gestionnaire devant les directeurs administratifs.

Quels avantages présente la démarche et quels en sont les facteurs de réussite ?

Il est indéniable qu'avec la séparation des fournisseurs et des acheteurs de soins une recherche toujours plus grande de satisfaire au meilleur rapport qualité/prix les besoins des patients reste présente dans l'état d'esprit des gestionnaires. Le contexte est donc clairement défini et l'hôpital se situe alors non plus comme une administration publique mais comme une structure bénéficiant d'une souplesse d'action propre aux entreprises.

L'intérêt recherché de la démarche consiste à améliorer le service rendu aux patients en redistribuant les responsabilités de gestion. Mais à la différence de nos modes de fonctionnement, il y a une réelle souplesse et liberté d'organisation propre au modèle libéral anglo-saxon. Il est donc difficilement envisageable de vouloir transférer ce type de démarche dans une société encore emprunte de jacobinisme comme la nôtre.

Les limites de la démarche se retrouvent néanmoins dans l'augmentation des coûts de gestion sans que pour autant soient garanties des réductions de coûts dans le domaine des soins.

#### CANADA :

Le système sanitaire canadien prévoit que la santé relève des gouvernements provinciaux et non du gouvernement fédéral. Le financement des établissements hospitaliers - qui sont tous publics - est assuré par les structures déconcentrées de l'Etat alors que le gouvernement fédéral ne finance que quelques actions limitées.

Les objectifs recherchés dans la démarche, sont d'une part, d'accroître la responsabilité budgétaire et opérationnelle des responsables de pôles d'activité en renforçant l'implication du corps médical et leur responsabilité dans le processus de décisions stratégiques. Il s'agit, d'autre part, de raccourcir la hiérarchie, d'introduire de nouveaux modes de décisions.

La démarche privilégie l'organisation par pôles autour de GHM : 3 pôles se sont dessinés avec la médecine, la chirurgie, les soins communautaires et oncologiques.

L'axe fort soutenant le fonctionnement de ces pôles réside dans l'instauration d'un binôme médecin-cadre infirmier.

Le bilan de la démarche est contrasté puisque même s'il faut noter le succès de la réorganisation des structures hospitalières en pôles, il n'en demeure pas moins que l'échec budgétaire illustré par une accumulation de déficits tend à discréditer le système actuel.

#### ANDALOUSIE :

Le système sanitaire espagnol est organisé conformément à sa logique décentralisatrice.

Ainsi les pouvoirs publics locaux ont imposé aux services de santé de rechercher et d'instituer un équilibre entre les ressources, la qualité des praticiens et la satisfaction des patients. Cela suppose comme préalable une reconnaissance de la capacité des professionnels de santé à pouvoir s'organiser de façon autonome et responsable.

La démarche de responsabilisation des acteurs de soins a abouti à des unités de gestion cliniques proches des centres de responsabilité que nous connaissons en France. Une unité de gestion des soins infirmiers met à la disposition des médecins les lits dont ils ont besoin pour leurs malades.

Au sein de chaque unité, un responsable est désigné – obligatoirement un chef de service-. Chaque unité possède un portefeuille de services à ses clients ; cette relation d'unité à clients étant définie contractuellement. Les unités disposent également d'une autonomie de gestion et peuvent fixer elles-mêmes le programme des achats qu'elles prévoient.

L'expérimentation de cette démarche étant récente, il est difficile d'en faire aujourd'hui un bilan plus élaboré.

### SUISSE :

Les hôpitaux universitaires de Genève se sont lancés depuis 1995 dans la démarche de décentralisation de la gestion budgétaire. La réorganisation des hôpitaux s'est faite avec des départements dirigés par trois personnes : un directeur de département (médecin pour les services de soins), un administrateur nommé par la direction générale, un infirmier coordinateur. Ces trois personnes sont assistées d'un membre représentant le personnel et d'un membre représentant le conseil d'administration.

Le département gère un budget propre dont les recettes sont liées aux activités de soins, d'hospitalisation, ambulatoires, externes. Les dépenses recouvrent toutes les dépenses directes (de personnel, médicales...).

Cette décentralisation se solde par des effets jugés positifs avec une prise de conscience plus grande de l'ensemble du personnel soignant aux problèmes liés au financements des hôpitaux, par une amélioration très nette de la saisie des actes et de la facturation consécutive à l'implication du personnel à l'activité . Une véritable implication de chacun des acteurs semble donc ressortir de ce nouveau mode d'organisation.

Pour que cette présentation d'expériences ne soit pas assimilée à un catalogue, il est alors nécessaire de souligner les apports de ces démarches tout en ne perdant pas de vue les grandes différences des systèmes sanitaires. En effet, les logiques de fonctionnement des systèmes sanitaires sont fondamentalement différentes, marquées par la logique anglo-saxonne d'acheteurs et de fournisseurs de soins qui donne une toute autre

tonalité à la contractualisation interne en la rendant moins dépendante de la tutelle centrale. Ces expériences ne peuvent sans doute pas être transposées au cadre français qui se caractérise actuellement par une logique de moyens que renforce la contrainte budgétaire.

Les différences culturelles, qui caractérisent les pays expérimentant ces démarches, jouent également un rôle non négligeable dans la mise en œuvre d'une démarche qui se veut transversale. Il est donc capital de bien connaître les spécificités locales et culturelles du groupe d'individus auxquels la démarche va s'appliquer pour ne pas élaborer un projet qui suscite trop d'inertie et de réticences.

Enfin les différences notables d'organisation politique et administrative interne jouent car elles mettent en évidence une dualité de cas entre d'une part, des pays largement orientés vers le système de déconcentration et de décentralisation ( Canada, Suède, Espagne avec l'exemple de la province d'Andalousie...) et les pays plus centralisateurs comme la France qui malgré la mise en place des ARH garde au sein de l'administration centrale un contrôle des pouvoirs délégués.

Les expériences étrangères de contractualisation interne se situent dans un cadre où la contrainte externe est forte avec une logique marchande établie et acceptée. Le système sanitaire français n'adhérant pas à de telles valeurs, il est donc intéressant de voir comment tirer profit de l'expérience de ces modèles étrangers ainsi que de la culture européenne d'ouverture à ces nouveaux modes de management tout en gardant à l'esprit que l'un des axes majeurs de la démarche est le pragmatisme et l'empirisme. La progressivité et l'adaptabilité du projet ne peuvent que mieux l'enraciner dans la réalité.

## **2) Comment les hôpitaux français qui ont introduit une démarche de management de proximité l'ont accompagnée ?**

Dans les hôpitaux français, la mise en œuvre de cette démarche de management de proximité reste assez récente. Même si le fondement juridique peut être daté par la loi du 31 juillet 1991, il est évident que les ordonnances du 24 avril 1996 ont réactivé les esprits avec la consécration de la contractualisation interne. De toute évidence, des projets ont été amorcés aussi bien dans les centres hospitaliers régionaux que généraux dès 1995. La



lecture des différentes expériences et descriptifs de projets de chacun montre une mobilisation plus rapide dans les grandes structures. Ainsi, les CHRU de Lille, Strasbourg, Nantes, Angers, Rennes, Montpellier ont présenté par divers articles la démarche entreprise dans leur structure. Les centres hospitaliers, plus nombreux dans le système sanitaire, sont paradoxalement moins rapides dans leur intégration à ce mouvement. Il ne faut en tirer là aucune conclusion hâtive car la démarche entreprise dans un CHU ne ressemble en rien à celle qui peut être envisagée dans un hôpital général ; les démarches telles qu'elles sont conçues sont différentes d'un établissement à un autre compte tenu, notamment, du climat social et local de l'établissement.

Du point de vue méthodologique, j'ai volontairement privilégié les témoignages de directeurs de centres hospitaliers car ils me semblaient plus transposables au cadre du centre hospitalier de Saint-Malo. Le choix des deux témoignages s'explique avant tout par la recherche d'information portant sur les politiques d'accompagnement qui vont au-delà de la simple description de la démarche en faisant appel au vécu des acteurs, porteurs du projet. Il était important qu'un certain recul soit donc pris pour ne pas limiter la portée de l'entretien.

Les stratégies d'accompagnement présentées ci-après se réfèrent donc aux expériences des CH de Lagny Marne la Vallée et de Blois. Appréhendé de deux façons différentes, le management de proximité tel qu'il est envisagé dans ces deux établissements révèle alors la souplesse avec laquelle on peut le penser en amont d'une démarche particulière.

Suite au témoignage de M. DELANOE, chef d'établissement du CH de LAGNY MARNE LA VALLEE, il apparaît que l'optique privilégiée dès 1995 fut celle d'initier le processus de déconcentration budgétaire à l'échelon des cadres infirmiers pour intégrer par la suite le corps médical grâce aux outils techniques que sont les tableaux de bord.

Ce qui caractérise la démarche du Centre Hospitalier de Lagny Marne La Vallée, c'est d'une part, son ouverture centrée sur les cadres infirmiers avec l'attribution à ceux-ci d'un budget réduit aux dépenses du groupe II et, d'autre part, son appréhension sous un angle stratégique ou politique avec la réorganisation en aval que la démarche implique. En effet, non seulement le corps médical commence seulement à être impliqué mais une modification évidente de l'organisation du corps des directeurs se met progressivement en place.

Le système ad hoc de « co-directeur » donne une autre configuration à l'organisation classique des attachés de direction, dans la mesure où chacun d'entre eux se voit confier une mission d'aide et de conseil<sup>15</sup> auprès des médecins désignés responsables d'un centre de responsabilité. Il faut ajouter en outre que ce système constitue un argument de taille pour impliquer le corps médical dans la démarche car il apparaît très confortable aux médecins de savoir qu'ils pourront être épaulés par un membre de l'équipe de direction.

On voit donc, à travers ce nouveau mode d'organisation, l'envergure stratégique qui veut être donnée au projet car, non seulement, la déconcentration budgétaire associée à la contractualisation interne ( des contrats internes vont être déclinés au sein de chaque centre de responsabilité avec en préambule une définition des attentes du contrat) vise à atteindre des limites financières mais en plus de par sa conception transversale, elle implique une réorganisation interne de l'établissement.

Concernant l'accompagnement mis en place au CH de Lagny, celui-ci se décline à travers trois dominantes :

Un accompagnement financier a pu être introduit grâce à la signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens externe depuis le mois de janvier 2000. Il en résulte un alignement des priorités du Contrat interne conformément à celles de l'externe sachant que celles-ci sont financées par l'ARH.

Un accompagnement social a été privilégié avec l'octroi de formations. Ces formations ad hoc ont été dispensées en interne par des agents des services des finances. Ont de plus été mis en place des formations-actions ainsi que des groupes de parole permettant à chacun d'exprimer ses difficultés dans la réalisation de la déconcentration budgétaire. La mise en place d'un comité de pilotage restreint et d'un comité administratif regroupant les directeurs et les chefs de bureau garantissent également l'encadrement des agents administratifs qui ne doivent en aucun cas être les oubliés de la démarche.

---

<sup>15</sup> Une lettre de mission type définissant les nouvelles fonctions du co-directeur est d'ailleurs rédigée par le chef d'établissement permettant de cadrer au mieux le mode de fonctionnement de ce nouveau système. Ce document permet non seulement de cadrer les missions de chacun mais aussi de rassurer les intéressés qui peu habitués à ce nouveau mode d'organisation ont fait preuve dans un premier temps de réticences.

Un accompagnement d'ingénierie et de management est enfin assuré grâce à l'aide d'un consultant extérieur. L'intervention de ce dernier est notamment circonscrite à l'élaboration des tableaux de bords et des différents indicateurs techniques qui les constituent. Il semble néanmoins que le regard extérieur que peut apporter cette aide est à privilégier car il permet non seulement d'envisager des difficultés sous un autre angle mais son regard critique est d'autant mieux accepté qu'il vient de l'extérieur.

La démarche entreprise au CH de Blois révèle une autre façon de concevoir le management de proximité même si à l'évidence les finalités sont les mêmes qu'au CH de Lagny Marne la Vallée. L'objectif ici ne consiste aucunement à comparer les deux types de projets mais simplement à présenter la conception que l'on peut avoir de ce mode de management et son impact dans la déclinaison des actions.

Entreprise en 1996, la démarche mise en œuvre au CH de Blois a d'abord été perçue comme portant sur les budgets de service et a concerné des services volontaires pour être ensuite étendue à d'autres. En 1999, tous les services MCO sont concernés et en 2000-2001, ce sont les services logistiques et médico-techniques qui se lancent dans la démarche.

La caractéristique de la démarche de cet établissement réside dans la conviction qu'un système d'information performant est la base de la réussite de la contractualisation interne. Un important travail en amont a donc été réalisé par la direction des système d'information pour que se substitue au système classique de système d'information de production un système d'information de réflexion qui s'avère être un véritable outil d'aide à la décision.<sup>16</sup>

Une attitude pragmatique a alors prévalu avec l'élaboration d'un outil médico-économique à travers les tableaux de bords. Ceux-ci, conçus dès le départ de façon « grossière » afin d'être affinés par la suite avec les médecins intéressés, vivent et évoluent selon les besoins et les spécificités des centres de responsabilité. Le fondement de la démarche se situe donc inévitablement dans l'élaboration d'un outil technique construit avec la collaboration du corps médical. L'intervention de ce dernier suscite par ailleurs leur réactivité et leur attrait pour la démarche car ils participent concrètement à l'élaboration des tableaux de bords et se sentent directement impliqués.

---

<sup>16</sup> Cf. l'article collectif « Informatique de réflexion au centre hospitalier de Blois. Bilan coût-résultat. » DSIO du Ch de Blois, mai 2000.

L'accompagnement privilégié à Blois se retrouve à travers l'octroi de formations actions proposées en interne lors de chaque présentation des tableaux de bord. Cela a alors permis directement de rendre les professionnels de terrain parties prenantes et de faire le travail préalable et indispensable d'acculturation de la démarche. Ce processus rejoint celui développé dans les entreprises privées d' « empowerment »<sup>17</sup> qui consiste à permettre à chacun de s'approprier son travail et de pouvoir prendre ensuite des décisions à son niveau. Cette technique permet alors d'affronter l'évolution de l'entreprise en donnant à chacun le pouvoir d'agir pour aider l'entreprise à s'inscrire dans son environnement. La mise en situation et la participation directe sont donc des éléments moteurs de l'appropriation par les acteurs de ce nouveau mode de fonctionnement et d'organisation.

Un élément d'accompagnement lié à la stratégie du projet réside dans le fait de savoir susciter une mobilisation continue des acteurs dans le temps. Toute la difficulté consiste à savoir nourrir l'attention et la tension du projet. En effet, le recul donné par les cinq années d'expérience permet au directeur des systèmes d'information et de contrôle de gestion, M. EXPERT d'insister sur l'importance que revêt l'attention du projet dans le temps. Il est indispensable alors de rendre celui-ci évolutif pour qu'il s'adapte au quotidien des services. Ainsi la possibilité de le remettre en question et de le travailler lui donne un attrait pour ceux qui au jour le jour doivent le façonner. La perfectibilité de la démarche permet de la rendre viable dans le temps.

D'un point de vue institutionnel, la mise en place d'un groupe de pilotage : le Comité d'Evaluation et d'Orientation permet non seulement d'accompagner le projet à travers la désignation d'une instance ciblée mais en plus de l'ancrer véritablement dans la vie de l'établissement. De la même façon, l'intégration de la démarche dans le projet d'établissement la rend évolutive et lui confère une portée stratégique.

Il est à noter, en outre, que le centre hospitalier s'est vu décerné deux prix liés directement à l'investissement de l'établissement dans ce projet. Même si l'obtention de ces prix ne pouvait pas être prévu, il n'en demeure pas moins qu'ils se sont avérés importants dans la crédibilisation de la démarche en interne.

---

<sup>17</sup> cf. « méthodes, pratiques... l'abécédaire du management », in Sciences humaines – hors série n°20- mars/avril 1998

Le Prix National du PMSI, obtenu en 1996, a une connotation technique puisqu'il apporte une reconnaissance du travail fait en interne sur la transposition du système d'allocation budgétaire réalisé en externe.

Le second prix, celui de l'innovation hospitalière en 1998, vise plutôt à valoriser les aspects managériaux de la démarche entreprise.

Ces deux prix ont donc un impact en politique interne en médiatisant les initiatives de l'établissement. Avant tout honorifiques, ils n'ont pas d'impact financier direct, ;néanmoins ils apportent une reconnaissance non seulement gratifiante mais qui se révèle être un élément fédératif en interne.

Deux éléments ressortent clairement des expériences des centres hospitaliers de Lagny et de Blois. Outre le recul que ces établissements commencent à avoir avec le regard porté sur les cinq dernières années, il est important de souligner la forte implication du chef d'établissement et sa conviction tout au long de la démarche. Dès lors, celui-ci se dote des moyens au niveau de ses ambitions. Cette impulsion par le « haut » s'avère donc capitale pour le maintien de la tension du projet évoqué infra.

De plus, le fait que ces établissements aient mis en place un système d'intéressement participe également au maintien du projet.

Concernant le CH de Blois, l'intéressement mis en place depuis 1998 est basé sur une partie des excédents budgétaires ( à hauteur de 500 000 F pour 1998 et 800 000 F pour 1999). En sont bénéficiaires les sept premiers services au vu de leurs résultats. Ce bénéfice est en général librement investi par le service soit dans du matériel soit dans du personnel.

Le système en œuvre à Lagny prévoit que 50% de l'excédent du budget peut être réinvestis dans des dépenses d'exploitation et non d'investissement. Ces dépenses peuvent viser à améliorer la vie au quotidien du personnel ou à mieux doter le service en petits matériels.

Même si les expériences de ces deux établissements présentent des différences notables dans l'appréhension de la notion de management de proximité, avec une démarche globale, politique et stratégique à Lagny et une autre pragmatique, progressive et technique, basée sur un système d'information affiné à Blois, on constate néanmoins des similitudes dans les moyens d'accompagnement qui sont privilégiés. Le besoin de formation qui ressort de ces nouveaux modes d'organisation est à ne pas sous-estimé car il est un élément d'intégration du personnel à la démarche. De même, la communication interne qui se

manifeste à travers l'élaboration de groupes de paroles ou d'instances spécialement déléguées au projet soutient la cohésion de ce dernier. Enfin, même si à l'évidence il est plus facile d'initier la démarche avec une certaine souplesse financière, il reste que l'accompagnement financier est plus sous-entendu qu'érigé comme un préalable indispensable.

## **.B LA CONDUITE DU CHANGEMENT A SAINT-MALO PEUT-ELLE S'INSCRIRE DANS UN CADRE INSTITUTIONNEL MARQUE PAR UNE LOURDEUR ORGANISATIONNELLE OU COMMENT UTILISER LES LOGIQUES TRANSCENDANT LE CADRE DE L'ETABLISSEMENT POUR INTRODUIRE DE NOUVEAUX MODES DE MANAGEMENT ?**

De l'extérieur, on a souvent tendance à restreindre la composition professionnelle des hôpitaux aux seuls personnels soignants : médecins et infirmier(e)s alors que la réalité est toute autre puisque selon la taille de l'établissement, Centre Hospitalier et Centre Hospitalier Universitaire, on compte environ 70 métiers. Cela comprend, outre la palette des soignants, celles des administratifs, des services techniques ... révélant alors l'extrême hétérogénéité du tissu social hospitalier. Toutes regroupées sur un même établissement, parfois sur des sites divers, ces professions dessinent des mondes au sociologie différente selon le corps d'appartenance. Il en résulte alors une « territorialisation » qui segmente l'hôpital et que conforte le découpage en unités fonctionnelles et services. Cette composition interne en divers petits groupes constitue-t-elle le cadre idéal à la mise en œuvre de politique managériale transversale ou, au contraire, ne joue-t-elle pas en faveur de résistances inhérentes au statut particulier de chacun ?

Ensuite, le directeur d'hôpital, véritable générateur de l'impulsion à donner à toute politique interne de changement se sent-il maître et véritable décideur au sein de son hôpital compte tenu du contexte environnemental qui est le sien actuellement ?

Enfin, la complexité du cadre hospitalier évoquée et grâce aux enseignements que l'on peut tirer des différentes expériences de management de proximité, nous tenterons

de dégager les principaux leviers d'action sur lesquels il est possible d'agir afin d'inscrire cette étude non pas sous un jour uniquement théorique mais avant tout pragmatique.

### **1. La sociologie et les cultures d'appartenance des principaux acteurs hospitaliers ne font-ils pas des préalables de véritables repoussoirs, synonymes d'échec de la démarche ?**

L'hôpital public, comme toute organisation sociale, administrative ou politique, représente un lieu générant une socialisation à son personnel en le façonnant professionnellement, socialement et personnellement. Sa composition hétérogène liée à la coexistence de métiers différents implique néanmoins une complexification de ce travail de socialisation même s'il ressort de l'essence même de l'hôpital des missions liées au service public et un cadre réglementaire transcendant cette hétérogénéité de situations. L'ambivalence liée à la coexistence de groupes variés justifie par ailleurs l'appellation de l'établissement public en « organisation hospitalière »<sup>18</sup> Cette organisation est-elle néanmoins prête à vivre le changement de l'intérieur comme le prône toute politique de management afin de préparer l'hôpital à mieux s'insérer dans son environnement ? Malgré le rôle de socialisation que joue l'hôpital, comment celui-ci peut-il surmonter ses oppositions corporatistes internes pour les nover en un courant homogène d'actions, favorable à une démarche de management transversal ? Les différentes cultures d'appartenance jouent-elles un rôle constructif au sein de la démarche, ou, au contraire, déstabilisent-elles le processus de changement ?

Comme beaucoup d'entreprises ou d'organisation sociale, l'hôpital, principal employeur de la commune sur laquelle il est implanté, joue un rôle d'institution dispensatrice de socialisation à son personnel. Ce thème étudié par R. SAINSAULIEU dans le monde des entreprises révèle à quel point ces repères socio-économiques sont importants pour les individus.

---

<sup>18</sup> Cf. la présentation de l'intervention de M. STEUDLER lors du congrès d'Evreux (juin 2000) dans la revue « Trait d'union », juillet-août 2000.

L'auteur considère<sup>19</sup> que les entreprises sont désirées comme des lieux d'accès à l'identité par le métier, le grade et toute forme d'appartenance à des milieux de reconnaissance et d'investissement par le travail. Il est reconnu que c'est par le travail et l'entreprise que se construit une part importante de l'identité sociale et des réseaux de relation des individus. Le sociologue considère que quatre modalités principales d'accès à la reconnaissance de soi et des autres peuvent être distinguées.

La plus ancienne forme d'identité collective est celle de l'appartenance « maison » à l'institution, à l'établissement, inhérente à la politique sociale que véhicule notamment le directeur. A titre d'exemple, les entreprises comme « Michelin », « Renault » ou « Danone »... ont su donner à une époque à leurs salariés la fierté collective génératrice d'identité. l'individu se définit alors dans ce cas à travers son appartenance au groupe.

La seconde modalité repose sur la réalisation d'une œuvre individuelle ou collective. L'individu est alors intégré en fonction de sa participation à l'action de l'entreprise et à travers le résultat de son action créatrice.

La troisième expérience identitaire fait plus référence au parcours professionnel du salarié, à son évolution dans le temps qualifiée de « trajectoire » qu'à son appartenance à une maison ou à son action participative. Ce qui constitue l'identité de l'individu se retrouve donc dans son parcours, sa capacité à se construire par son ascension sociale : c'est l'exemple type du self made man.

Enfin la quatrième modalité de définition identitaire fait référence à la capacité de l'individu à savoir asseoir son point de vue, son opinion quitte à entrer en opposition avec la communauté qui l'environne. La capacité de résistance et d'affirmation de sa personnalité, de ses convictions construisent ses repères identitaires.

Ces quatre modalités ( appartenance, œuvre, trajectoire et affrontement) ont connu au cours de ces dernières années des évolutions différentes selon la capacité ou non de l'entreprise à s'adapter à son nouvel environnement.

A l'heure de la mondialisation et de la réduction du temps de travail, la fonction socialisatrice de l'entreprise, ancrée sur la réalisation d'une œuvre par le travail, doit de plus en plus composer avec des dynamiques intégrant projet personnel et social qui conduisent inéluctablement à transcender les frontières de l'entreprise pour se conjuguer selon des logiques collectives. Ainsi « l'entreprise devient poreuse aux divers contextes d'environnement familiaux, associatifs, citoyens et éducatifs de leur personnel. »

---

<sup>19</sup> R. SAINSAULIEU, « La construction des identités au travail », in Sciences Humaines, hors série n°20.



Compte tenu de ce contexte, comment se positionne alors l'hôpital public ? Joue-t-il le rôle que l'auteur définit à travers la « notion d' entreprise bureaucratique » ou s'inscrit-il dans un cadre spécifique ?

L'auteur définissant l'entreprise bureaucratique à travers les différentes administrations publiques, explique que ce modèle de socialisation perdure malgré une dynamique sociale tiraillée entre le statut de fonctionnaire et l'existence de projets personnels extérieurs. C'est selon lui cette coexistence qui maintient en vie ce modèle. Pour en revenir à l'hôpital, force est de constater que conformément au sociologue, on retrouve un désir de satisfaction de besoins exprimés par le personnel qui renvoie à la fois au statut que confère l'appartenance à l'hôpital mais aussi à une logique sociale plus personnelle.

Ainsi la réflexion menée par la Direction des soins infirmiers du centre hospitalier de Saint-Malo pour l'élaboration de son projet infirmier montrent l'existence de trois besoins fondamentaux exprimés par les personnels soignants. Même si ces derniers ne représentent pas à eux seuls la totalité des personnels hospitaliers, il est néanmoins intéressant de voir quels sont ces besoins.

Il ressort tout d'abord un besoin de sécurité, faisant référence non seulement aux conditions de travail mais aussi au statut de fonctionnaire. Ce besoin de sécurité exprimé par le personnel soignant montre alors que non seulement celui-ci souhaiterait être recruté conformément à son champ de compétence mais qu'il lui faut pour s'investir convenablement des conditions de travail sécurisées

Un des autres besoins exprimés est celui d'appartenance au sein de la collectivité. Corroborant à l'identité professionnelle qui ressort de ce besoin, l'appartenance s'entend aussi bien à l'égard du service, d'une équipe soignante que du groupe plus global que constitue le personnel hospitalier. La DSSI reconnaît à cet égard qu'un travail allant dans le sens d'un accroissement de solidarité pour susciter un état d'esprit plus communautaire doit être envisagé afin de transcender les limites géographiques des services, qui sont aujourd'hui encore déterminantes.

Enfin le besoin de reconnaissance du personnel soignant ressort de cette étude interne. Une valorisation de l'investissement de chacun semble donc attendue par le corps soignant. Il est important de prendre en compte ce besoin car il révèle que malgré la

reconnaissance du métier d'infirmière par le public et à l'extérieur, un manque interne de prise en considération des efforts réalisés par certains est susceptible de générer une frustration qui pourrait s'accroître avec des conditions de travail tendues.

L'existence de ces besoins sont autant d'indicateurs de l'état d'esprit qui règne chez le corps soignant. Des attentes en direction de l'administration émergent au travers de ces besoins. Même si le climat social est un point fort de l'établissement, il reste néanmoins que ces attentes ne doivent pas être négligées afin d'une part, de sauvegarder cet atout de paix sociale et d'autre part, de pouvoir continuer à l'utiliser comme ressource interne.

Ces trois besoins montrent alors que l'hôpital est susceptible de s'inscrire dans le cadre défini par R. SAINSAULIEU. Les logiques professionnelles et personnelles restent intimement liées d'où l'indispensable travail d'écoute que la structure doit mener pour conserver la motivation de ses agents. Il est à noter en outre que les missions de service public restent un élément fédérateur de la segmentation d'activités et des divergences d'intérêt entre les métiers. La qualité des soins et de la prise en charge des patients demeurent un leitmotiv dominant qui est un trait d'union entre les particularismes de chacun. Cela suffit-il néanmoins à donner une homogénéité de vues, il est permis d'en douter car cette hétérogénéité est renforcée par l'organisation interne de l'hôpital en services, unités fonctionnelles ou département.

A la segmentation d'activités s'ajoute alors une localisation géographique qui joue un rôle non négligeable dans les perceptions qu'ont les individus de leur mode de fonctionnement. Même si l'hôpital ne peut se passer de l'existence de micro-territoires propres à la prise en charge de pathologies, il n'en demeure pas moins que cela génère parfois des crispations autour du corps de métiers mais aussi autour du service qui font perdre de vue aux différents acteurs leur appartenance plus globale à une institution.

Comme cela a déjà été évoqué infra, un attachement fort des chefs de service à leur unité ressort et tous les membres d'un service ont tendance à raisonner en fonction des besoins du service. Un véritable cloisonnement s'établit et chacun se renferme sur son propre territoire. Cela est d'ailleurs particulièrement patent lorsqu'un hôpital général gère simultanément un secteur de soin MCO et un secteur psychiatrique. Il en résulte une dichotomie culturelle matérialisée par deux logiques opposées : celle du soin proche des sciences exactes avec à la clé une obligation de résultat évidente incombant aux équipes hospitalières et celle de psychiatrie proche des sciences humaines plus basée sur une culture d'échange verbal et exigeant de la part des soignants une prise en charge sur le long

terme. L'organisation interne des unités et le mode de raisonnement des équipes sont donc dans les cas présents différenciés car ils sont inhérents aux spécificités des modes de prise en charge.

Cette « territorialisation » de l'hôpital selon divers secteurs justifie alors la réflexion préalable d'identification des spécificités de soins propre à l'établissement d'autant que ces divergences de raisonnement peuvent être accrues selon les mentalités locales. On perçoit alors tout l'intérêt de réfléchir en amont d'une démarche qui se veut transversale pour qu'elle s'adapte le plus possible à l'organisation interne de l'établissement. L'anticipation des difficultés inhérentes aux différences culturelles à venir constitue le principal moyen pour éviter que ces préalables ne soient novés en repoussoirs à la démarche. La transversalité sera en outre à l'avenir un atout à développer si l'on considère par exemple les objectifs de l'accréditation : le référentiel OPC, Organisation de la Prise en Charge du patient, vise ainsi à avoir une vision plus ouverte et donc transversale du mode de prise en charge des malades.

On peut de plus s'interroger sur l'avenir de la « territorialisation » interne des hôpitaux compte tenu des modes de raisonnement qui prévalent actuellement en santé publique. Le Ministère et ses structures déconcentrées prônent des logiques qui placent assurément l'hôpital comme fortement dépendant de son environnement sanitaire. « L'hôpital abrité est aujourd'hui un hôpital exposé », selon l'expression de G. NIZARD<sup>20</sup>. Il en résulte une obligation d'ouverture des frontières hospitalières actuellement définies. Le contexte extérieur fort risque d'influencer dans les prochaines années l'activité interne des établissements par le biais des coopérations interhospitalières, des actions de rapprochement et des logiques de réseaux.

La complexité de ces nouveaux liens et la réactivité forte attendue des établissements va tisser un nouveau paysage contextuel qui serait peut être favorable à l'apparition d'une culture d'entreprise qui fait actuellement globalement défaut dans les structures hospitalières. L'expression de « culture d'entreprise » qui renvoie encore à un tabou en santé publique reste néanmoins une donnée à introduire dans le langage hospitalier car le sentiment d'appartenance dans l'institution est parfois relégué au second rang comparativement à celui qui se réfère au service. Or, la taille de l'établissement évoluant et

---

<sup>20</sup> G. NIZARD, « Evolution du management hospitalier », in Bulletin juridique de la santé publique, octobre 1999, n°22.

ses frontières s'estompant, il serait intéressant de susciter une culture plus fédératrice et mobilisatrice pour tous les agents rompant alors avec les logiques de service actuelles.

Quelle devrait être alors la(es) modalité(s) favorable à l'émergence d'une telle culture ?

La responsabilisation des acteurs et la transformation des agents en de véritables acteurs d'une démarche transversale sont peut être deux voies à exploiter pour faciliter l'investissement de chacun au sein de la collectivité.

En effet, même si les logiques corporatistes ne peuvent s'effacer par un agrandissement de l'hôpital, les perceptions liées au fonctionnement des services peuvent s'assouplir si un regard critique du service, objectivé par des données médico-économiques, et un certain recul sont pris. La responsabilisation de chacun amènera inévitablement à se poser non plus seulement comme appartenant à un groupe restreint au sein d'une équipe mais comme servant la collectivité.

L'aspect citoyen et éducatif de la responsabilisation des acteurs au sein d'une organisation sont effectivement des moyens permettant de transcender les logiques de territorialisation. Le rejet du "chacun pour soi" et le souci de l'autre auxquels cette responsabilisation aboutit sont autant de contrepied au risque évoqué de la "balkanisation".

Le choc des cultures attendu du décroisement d'une telle démarche et l'implication plus grande de certaines catégories d'acteurs sont autant d'éléments qui peuvent être favorables à la régression de ces inerties liées aux logiques de territorialisation.

Il apparaît alors indispensable d'exploiter ce type de dysfonctionnement interne d'organisation pour le transformer en point positif et constructif de changement. Conformément aux indications que préconise F. KOURILSKY<sup>21</sup>, il importe de garder à l'esprit que le changement ne se décrète pas, sinon cela induit plus d'immobilisme qu'autre chose. Selon l'auteur, il est indispensable de « respecter l'écologie du système concerné » et donc de savoir introduire une volonté de changement en suscitant plutôt un désir de changer qu'en ayant recours à une épreuve de force. Il n'est donc pas conseillé de vouloir enrayer, stigmatiser ou nier les dysfonctionnements internes d'une institution mais au contraire de les cerner pour en déceler les fonctions utiles afin de les exploiter ensuite comme élément moteur du changement.

---

<sup>21</sup> K. KOURILSKY, « Comment ne pas bloquer le changement ? », in *Gestions hospitalières*, avril 1999, pp.266- 267 et « La communication : levier du changement à l'hôpital », in *Soins, formation pédagogie, encadrement*, n°19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1996.

Même s'il apparaît évident qu'une politique de changement en vue de la mise en œuvre d'une démarche de management de proximité ne peut être que progressive dans les hôpitaux compte tenu de leur organisation interne et de leur parcellisation en services, il semble néanmoins que des axes moteurs sont à privilégier pour leur capacité à surmonter ces caractéristiques.

La responsabilisation et l'implication des acteurs peuvent faciliter l'émergence d'une culture d'institution en transformant très lentement les logiques de raisonnement individuelles en logiques collectives.

On peut penser de la même façon qu'à force de communication et de respect de la situation même insatisfaisante de l'organisation interne de la structure, un pas sera franchi pour qu'une prise de conscience vers un changement inéluctable et profitable apparaisse. Les contingences organisationnelles de l'hôpital public sont donc à exploiter pour introduire un changement et ne constituent pas forcément un obstacle rédhibitoire si elles sont anticipées, ciblées et acceptées par l'équipe dirigeante qui mène la démarche.

Dans quel état d'esprit se situent alors le corps des directeurs d'hôpital pour prendre en charge de telles politiques ?

## **2. Les directeurs d'hôpital ont-ils réellement les moyens de mettre en œuvre la politique du changement dans leurs établissements ? Quelles sont leurs marges de manœuvre aujourd'hui ?**

Compte tenu du rôle central que doivent jouer les chefs d'établissement et les directeurs d'hôpitaux dans une démarche de management de proximité, il est indispensable de s'interroger sur leur situation et leur positionnement dans le contexte actuel.

Cette réflexion résulte non seulement des entretiens menés avec les cadres de direction de l'hôpital de Saint-Malo mais aussi avec d'autres chefs d'établissement et directeurs d'hôpitaux extérieurs<sup>22</sup>, qui ont bien voulu répondre à mes questions.

Afin de répondre à la question des moyens dont dispose le directeur d'hôpital, il importe dans un premier temps de décrire le contexte dans lequel il travaille actuellement. Dans quelle mesure l'environnement extérieur, constitué essentiellement du jeu de l'Etat et

---

<sup>22</sup> Voir en Annexe 1 : liste des entretiens menés.

de ses structures déconcentrées, lui laisse une marge de manœuvre pour entreprendre des projets de management d'une telle envergure ? Le directeur d'hôpital influence-t-il sur cet environnement externe ?

Nous étudierons par la suite où se situe l'autonomie d'action du directeur dans l'établissement après une analyse des contingences politiques, juridiques, administratives, financières dans lesquelles est inscrit l'établissement ?

Nous envisagerons enfin l'impact que peut avoir le statut des directeurs face aux défis managériaux qui attendent les hôpitaux dans les prochaines années.

### **a) Un cadre légal reconnaissant une autonomie d'action.**

Concernant le contexte réglementaire, il est important de garder à l'esprit que l'autonomie des établissements publics de santé a été confirmée juridiquement par la loi du 31 juillet 1991. En vertu de ce texte, l'article L.714-1 énonce que « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. »

Il ressort des entretiens réalisés que l'ARH est régulièrement citée comme ayant un impact sur les marges de manœuvres des directeurs. Consacrées par les ordonnances du 24 avril 1996 et orchestrées par les Directeurs d'ARH, ces agences sont détentrices de nouvelles fonctions qui auparavant relevaient des DRASS et des DDASS. Des missions nouvelles leur ont par ailleurs été attribuées allant au-delà de celles qui étaient jusque là reconnues aux structures déconcentrées de l'Etat comme l'atteste par exemple le pouvoir de contractualisation.

Si l'on s'en tient exclusivement au cadre légal tel qu'il vient d'être décrit, on constate alors que depuis une dizaine d'années, les directeurs d'hôpitaux bénéficient de réelles marges de manœuvre sur un plan juridique pour gérer la politique interne au sein de leur établissement. Qu'en est-il de la réalité ? L'environnement externe s'efface-t-il totalement ou au contraire reste-t-il un élément déterminant de la conduite des politiques internes des hôpitaux ?

Les avis des directeurs, interrogés sur l'influence de l'environnement externe, sont diversifiés dans la mesure où pour certains, ce qui importe ce n'est pas tant le cadre extérieur mais plutôt la situation interne à l'établissement. Ainsi, pour ceux-là les attentes ne

doivent en aucun cas se situer vis-à-vis des autorités de tutelle ou structures de l'Etat mais au contraire en interne. La conviction et la motivation d'une équipe sont autant d'atouts dans un projet de management qui exige une politique de changement et qui peut difficilement être mis à mal par des décisions extérieures sauf à avoir une réelle opposition de l'ARH.

D'autres directeurs expriment un point de vue différent en mettant l'accent non pas sur la pesanteur d'action de l'ARH mais plutôt sur des lourdeurs administratives qui retentissent sur le fonctionnement interne des hôpitaux. Ainsi la réelle restriction de pouvoir proviendrait plutôt des lourdeurs du statut des personnels médical et paramédical, qui sclérosent toute démarche dynamique dans la structure. Ces rigidités de statut conditionnent complètement le fonctionnement interne des hôpitaux et explique le manque de réactivité tant reproché à l'administration hospitalière. Or à ce niveau, il n'existe aucune marge de manœuvre pour les directeurs qui selon la loi sont les garants du respect des textes.

Un autre point de vue est développé à travers les directeurs pour qui l'environnement externe reste pesant à bien des égards. La perméabilité des frontières entre les hôpitaux et les structures externes se révèle alors évidente.

L'élément qui joue en faveur de cette perméabilité réside alors dans le système d'information hospitalier qui est dans beaucoup de cas encore insuffisant voire sous-estimé et qui, dans ce cas dessert les hôpitaux et donnent aux structures externes un atout de taille. Il n'est pourtant pas à démontrer à quel point l'information dans la vie de toute organisation, qu'elle soit politique, administrative ou économique est un enjeu de pouvoir. Or, d'un point de vue stratégique, les hôpitaux qui peuvent et veulent négocier ne doivent le faire que s'ils connaissent parfaitement leur établissement grâce à un système d'information pertinent et efficient. Le risque encouru, le cas échéant, est de se heurter aux données des ARH et des Caisses d'assurance maladie qui n'ont pas les mêmes fondements logiques que celles des hôpitaux pour recenser leurs données. Or il est rare que les établissements aient un système d'information exhaustif pour être à « armes égales » avec l'ARH dans la négociation et cela tend à renforcer le sentiment d'impuissance ou de faiblesse des directeurs qui se sentent alors en position d'infériorité.

D'un point de vue interne, un autre élément s'avère indispensable pour garantir aux hôpitaux une autonomie de pouvoir : une cohésion forte entre la direction, la CME, la DSSI, qui recouvre les trois pouvoirs présents dans les hôpitaux: (administratif, médical, infirmier). Il est capital en effet que la direction soit soutenue par une volonté médico-administrative sans faille dans la gestion de telles démarches transversales pour rester crédible dans la négociation avec ses partenaires extérieurs.

Concernant cette cohésion, l'équipe de direction du centre hospitalier de Saint-Malo s'est élargie en associant toujours le président de CME ainsi que l'Infirmière Générale à ses réunions de direction. Il en ressort donc une homogénéité de vues sur la mise en oeuvre de grands projets.

Aidé d'une cohésion interne forte et d'un système d'information performant, le directeur d'hôpital sera plus à même de faire face à l'environnement externe. Une stratégie négociée sera envisageable (au mieux car la stratégie unilatérale n'existe plus dans le contexte réglementé qui est le nôtre) et la stratégie imposée des ARH et de l'Etat tout en restant présente pour certaines prises de décisions tend à s'effacer.

Pour finir avec le contexte actuel de l'environnement hospitalier, il est nécessaire enfin de noter la différence culturelle qui existe entre les Directeurs d'ARH et le corps des directeurs d'hôpital. Les ARH tendent de plus en plus à se caractériser par une « culture haute fonction publique » avec à leur tête de hauts fonctionnaires et de moins en moins de professionnels de terrain. Il n'y a actuellement que très peu d'anciens directeurs d'hôpital en tant que DARH mais ce sont plutôt des personnes sorties de l'ENA et d'autres grandes écoles administratives qui occupent cette fonction.

Cette différence de culture joue alors à travers les échanges qui ont lieu lors de l'élaboration de dossiers et renforce notamment le sentiment « d'étranglement » des directeurs qui se trouvent enfermés dans la logique de l'ARH et celles de contraintes de terrains. De la même façon, ce sentiment est vécu avec l'élaboration d'outil tel que le SROS qui constitue un cadre d'action limitatif duquel on ne peut sortir et auquel il faut se conformer. Les moyens de régulation gérés par les ARH placent les hôpitaux dans une position subalterne ce qui contribue également à vivre ce contexte comme restrictif et pesant.

Ce cadre décrit, il importe maintenant de savoir où se situe l'autonomie d'action du directeur d'hôpital. Comment se positionne-t-il dans sa gestion au quotidien de son établissement ?

### **b) De la réalité de cette autonomie de gestion.**

Les rencontres et les entretiens que j'ai menés m'amènent à distinguer sur le sujet deux points de vue différents : ceux pour qui, l'autonomie de gestion, telle qu'elle a été décrite dans la loi de 1991, reste superficielle voire factice et ceux qui considèrent au contraire qu'il appartient au directeur de savoir créer et façonner son autonomie.



Pour les premiers, l'autonomie des hôpitaux est un discours de façade, qui ne saurait cacher une tendance lourde actuelle « d'étatisation progressive des hôpitaux ». La mise en place des ARH avec les préfets sanitaires à leur tête semble difficilement compatible avec la notion d'autonomie telle qu'elle était conçue il y a dix ans par la loi de 1991. Les pouvoirs dévolus aux directeurs d'agence semblent exorbitants et rendent le statut d'autonomie des directeurs fictif. Pour certains d'entre eux, leur corps est alors placé dans un cadre d'Assistance Publique régionale compte tenu de l'omnipotence des ARH. Il semble de plus que s'il y ait un domaine où l'autonomie est restreinte, il s'agit bien de celui du budget, qui reste tributaire des taux de reconduction. La logique de moyens reste alors l'apanage des ARH, ce qui explique que l'autonomie, même si elle est juridiquement reconnue, ne paraît pas réellement exister aux yeux de certains.

Il est par ailleurs intéressant de voir que cette insatisfaction de la profession de directeur ne se limite pas aux frontières françaises comme le montre un article de la revue « Hospital », journal officiel de l'association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux.<sup>23</sup> Malgré l'inhomogénéité des systèmes de santé européens, le souci des directeurs, managers, sont les mêmes. Concurrencés dans leur statut et leurs fonctions par les directeurs médicaux ( cf. le système sanitaire suédois et anglais ) ainsi que par une logique marchande de la santé, les directeurs dits classiques ont tendance se démotiver d'où l'émergence de centres de pouvoirs alternatifs.

Il reste néanmoins d'autres limites structurelles à cette autonomie de gestion.

Les éléments qui suivent sont tirés de l'entretien avec M. DEBROSSE, chef d'établissement du CH d'Angoulême et d'un article qu'il m'a fait parvenir.<sup>24</sup> Selon l'auteur, s'il est vrai que le cadre légal reconnaît l'autonomie des hôpitaux, il n'en demeure pas moins que le poids de l'Etat reste important dans la pratique. La notion d'autonomie est donc à prendre avec un certain recul pour réaliser qu'à travers ce terme, la forme l'emporte sur le fond. L'auteur propose alors que soient réformés quatre domaines pour que cette autonomie formelle s'amenuise.

↳ La nomination et la formation des directeurs d'hôpital doivent permettre une meilleure adéquation entre le contrat d'objectifs et de moyens, le choix du directeur et son

---

<sup>23</sup> « Qui est le patron ? », in Hospital, vol.2/2000, pp.12-13.

<sup>24</sup> M. DEBROSSE : « Propositions pour une autonomie ouverte », article présenté lors de l'UHSO de Pau des 28 et 29 septembre 2000.

évaluation. En terme de formation, l'accent doit être mis sur les enseignements de management.

↳ La nomination du corps médical et sa gestion par le ministère ne semble pas l'échelon le plus pertinent pour permettre une gestion dynamique du corps médical dans les hôpitaux ; il faudrait néanmoins que soient prises en compte les réalités de terrain dont les directeurs d'hôpital sont les témoins privilégiés. L'élaboration d'un contrat entre le médecin recruté et le représentant légal de l'établissement avec contrôle de légalité de l'ARH permettrait à travers les clauses dudit contrat de définir non seulement les droits mais les obligations liées à la stratégie de l'établissement. Le corps médical serait alors totalement intégré à la vie de la structure auquel il participe.

↳ Le statut des personnels gagnerait à être assoupli concernant les modalités de recrutements et de concours. Une souplesse dans l'intégration de nouveaux métiers conformément à l'évolution des hôpitaux faciliterait la gestion du personnel.

↳ L'adéquation entre la rigueur de la législation relative aux marchés publics et les contrôles des cours des comptes mérite d'être revue car les contraintes issues des deux place le directeur dans une situation de faibles marges de manœuvres.

Ces propositions, visant à élargir ou redonner du sens à l'autonomie des hôpitaux, montrent donc à quel point une prise de conscience chez les directeurs d'hôpital existe de la situation actuelle. L'insatisfaction du système actuel semble générer des propositions constructives, ce qui révèle une volonté de changement et non un fatalisme, synonyme d'inertie.

Cette volonté constructive se retrouve par ailleurs dans la conception qu'ont certains directeurs de l'existence de leur marge de manœuvre.

En interne, le directeur a donc des marges de manœuvre à travers le « style de management » qu'il donne à son établissement.

Cette idée est d'ailleurs renforcée juridiquement par l'article L. 714-12 de la loi de 1991 portant réforme hospitalière qui énonce que « le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. ...Il met en œuvre la politique définie par le conseil d'administration. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement. ...A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé... ».

Trois styles peuvent être traditionnellement distingués : le comportement managérial, hiérarchique, administratif qui suscitent chacun une dynamique différente. Par rapport à ce style, le directeur et surtout le chef d'établissement est totalement libre car rien

n'est inscrit dans les textes pour définir cette personnalité de gestion. Cette latitude d'action représente donc une marge à exploiter autant que possible pour asseoir sa personnalité en l'adaptant à la culture locale qui caractérise l'établissement.

Il faut savoir par ailleurs que dès que le Contrat d'Objectifs et de Moyens est signé avec l'ARH, la marge de manœuvre se situe en amont et qu'après la signature, cette marge est liée au contenu du contrat. Il y a donc une réelle autonomie d'action si le directeur a un savoir-faire managérial déjà fortement ancré dans l'établissement.

Une dynamique assez forte peut alors se dégager de la signature d'un COM et dans ce cas, c'est alors le contexte extérieur qui constitue un prélude à la mise en oeuvre d'une politique managériale de changement.

L'hôpital de Saint-Malo est d'ailleurs susceptible de se trouver dans ce cas de figure car l'inscription de la contractualisation interne, dans le projet d'établissement, sera également une des actions que le COM, attendu comme aboutissement du nouveau projet d'établissement, pourra décliner.

### **c) Les répercussions de ce cadre d'action face aux nouveaux défis managériaux.**

La corrélation entre le statut des directeurs d'hôpital et la mise en oeuvre de démarches de changement facilite-t-elle ou influe-t-elle sur la conduite de la politique interne des établissements ?

Le directeur d'hôpital est-il prêt à s'investir dans une politique de changement sachant que l'évaluation de sa carrière ne prend pas en compte ce type de démarche ?

Qu'est-ce qui peut réellement l'inciter à vouloir entreprendre une telle démarche si à la clé il ne peut pas être sûr des résultats qu'il atteindra et si en cas d'échec de la démarche, il lui sera reproché ce type d'entreprise et sa façon de gérer ?

Ces questions doivent être posées car le statut des directeurs, comme le notait A. DUSSOL, président de la conférence des directeurs de centres hospitaliers ne prenait pas toujours jusque là en considération le parcours personnel des directeurs pour justifier leur avancement. L'évolution de la carrière des directeurs semblait le plus souvent détachée de toute personnalisation.

Des velléités de changement semblent se dessiner avec la réforme du statut des directeurs d'hôpital à travers le décret du 13 Mars 2000. Cette réforme vise notamment à

prendre en compte la valorisation des responsabilités les plus importantes des directeurs pour qu'une plus grande adéquation entre la gestion du corps des directeurs et les évolutions nées de la réforme hospitalière ( fusions, rapprochements, développement de complémentarités, démarches contractuelles internes...). A ce titre, il est d'ailleurs recommandé aux DDASS de proposer l'attribution du taux maximum majoré de la prime de responsabilité aux directeurs ayant été chargés de missions particulièrement difficiles telles que celles évoquées infra.

L'éventualité de ces modes de gestion déconcentrée dans les hôpitaux perturbant les schémas classiques d'organisation interne et les hiérarchies établies jusque là, il est donc indispensable que le corps des directeurs d'hôpital sache où se situer et soit reconnu d'autant qu'en arrière pensée du thème de la délégation de signature, développé par les ordonnances du 24 avril 1996, s'est profilée l'idée de la contractualisation directe entre médecin et ARH, développée par le Haut Conseil de la Réforme avant la parution des ordonnances.

Même si le contexte actuel de maîtrise budgétaire donne l'impression d'un manque de souplesse et de latitudes pour les dirigeants hospitaliers, il n'en demeure pas moins que le cadre légal reconnaît une autonomie de gestion. Il faut donc que celle-ci reste présente dans l'esprit des directeurs, qui pour conserver des marges de manœuvre doivent non seulement conforter leur assise personnelle au sein des établissements mais surtout savoir s'entourer d'une équipe médico-administrative motivée, compétente et de laquelle émerge un consensus indispensable à la négociation avec les partenaires extérieurs. L'autre élément qu'il ne faut pas perdre de vue réside dans l'appropriation des outils juridiques conformément au contexte local de l'établissement, ce qui reste une initiative totalement réservée aux directeurs.

En dépit des contraintes externes et internes auxquelles sont soumis le chef d'établissement et son équipe de direction, il reste cependant des domaines libres d'action qui doivent nécessairement être occupés pour asseoir sa personnalité. Des marges de manœuvre, réduites soient-elles, existent. Il appartient alors à celui qui veut impulser une démarche de changement de les coloniser pour se sentir maître à bord et sauvegarder sa crédibilité.

### **3) Quels sont les préalables et les leviers d'action à privilégier pour qu'une telle politique du changement soit acceptée ?**

Les parties précédentes ont déjà introduit le contenu de celle qui suit dans la mesure où des apports des expériences privées, étrangères et d'autres établissements de santé français, on a déjà pu faire ressortir des éléments qu'il est capital d'avoir circonscrits avant toute élaboration d'une démarche de management transversal.

La conduite d'une politique de changement passe par une réflexion qui anticipe les difficultés inévitables dans un processus modifiant les habitudes et les repères de travail au quotidien. C'est pourquoi mener cette réflexion avant tout affichage de la démarche permet non seulement de poser à froid les éventuels blocages à attendre mais cela permet, en outre, de maximiser les chances d'adhésion du personnel au projet afin que celui-ci leur paraisse vraisemblable et réalisable.

Quels sont donc les éléments préalables sur lesquels il est préférable de se pencher en amont et quels leviers d'action privilégier au regard des expériences décrites précédemment ?

#### **a) Les actions préalables:**

Pour aborder ces différents préalables, il peut être intéressant tout d'abord de voir comment sur un plan théorique, R. SAINSAULIEU<sup>25</sup> envisage la transformation des organisations. Selon l'auteur, ce processus repose sur une modification des jeux de pouvoir, qui s'articule selon quatre dimensions :

↳ « une augmentation cognitive et affective des échanges » puisque le changement mobilise de l'échange, du dialogue.

↳ « un élargissement du champ perceptif » dans la mesure où le changement exige la réalisation de projets nouveaux et une autre perception des enjeux.

↳ « le développement de relais de communication informels et de réseaux d'alliés ».

↳ « une protection institutionnelle contre la sanction économique et sociale de l'erreur » garantie par la progressivité de la politique du changement et son expérimentation sur des sites tests.

---

<sup>25</sup> R. SAINSAULIEU, *L'identité au travail*, Presses de la FNSP, 1997.

Ces quatre dimensions donnent un cadre au sein duquel on retrouve les préalables qui semblent devoir être privilégiés.

❶ En effet, l'une des premières choses à mettre en exergue consiste en une **réflexion anticipative** qui aboutisse à la définition du contenu et des objectifs que l'on veut donner au projet. Cela signifie non seulement que la direction prise dans sa globalité sache précisément où elle veut en venir au travers de ce projet, mais cela implique de plus une totale cohésion de sa part au sein du processus. Le pilotage du changement reste une initiative personnelle du directeur<sup>26</sup> ; celui-ci doit donc savoir motiver son équipe en l'inscrivant dans un cadre de collaboration en vue de la réalisation d'objectifs communs afin qu'il en ressorte une symbiose, garante d'un consensus dans l'action. La profusion de termes qui accompagne la management de proximité nécessite effectivement que soient arrêtés, dès le début de cette réflexion, les idées-forces sur lesquelles on veut asseoir la démarche.

S'interroger sur ce que représente le projet de contractualisation interne au sein du CH de Saint Malo permettra alors d'être plus à même de répondre aux questions des personnels soignants sur l'intérêt que recouvre pour eux la démarche. Il est capital de savoir dès le début ce qu'on recherche à travers les termes de contractualisation interne et comment ces derniers sont directement liés au processus de management de proximité. L'intérêt du projet doit être mis en avant et largement diffusé, de même que les attentes que l'on en a car ce sont des données de base qui doivent être clairement perceptibles par chacun des acteurs.

Après avoir dégagé la conception et l'essence même de la démarche, il importe alors de s'appropriier les concepts pour savoir comment aborder et présenter le projet aux différents acteurs en jeu.

Les grands axes de présentation du projet doivent à ce stade être mis en évidence. Concernant la situation de Saint Malo, il serait par exemple assez maladroit de présenter, parmi les attentes de la démarche, une recherche d'économies que la situation de sous dotation budgétaire chronique rendrait indécente.

Ce travail préalable de réflexion ne doit pas se limiter à la conception et à la présentation de la démarche ; anticiper les éventuels blocages institutionnels et réglementaires relatifs à des points précis finalise et complète cette phase.

---

<sup>26</sup> Cf. G. ARBUZ et D. DEBROSSE , *Réussir le changement de l'hôpital*, Interéditions, Paris, 1996, pp.114-118

Ainsi les interrogations autour de la responsabilité de l'ordonnateur sont à évoquer en amont afin qu'elles n'ouvrent pas une brèche dans la cohésion de l'équipe de direction par les craintes qu'elle suscite.

Actuellement la responsabilité incombe à l'ordonnateur des dépenses qui est unique en la personne du directeur d'hôpital. S'il semble difficile de revoir ce régime de responsabilité, il paraît au moins intéressant de travailler sur la notion de délégation pour déterminer précisément ce que recouvre ce terme. Le corollaire à cette réflexion sur le régime de responsabilité consiste alors en la définition de contre-pouvoirs et de modes de contrôle au sein de la démarche.

Il est à noter par ailleurs que ce point s'avère être un véritable point de crispation de beaucoup de directeurs pour appréhender la démarche. La délégation de signature, avancée par les ordonnances du 24 avril 1996, a, à ce sujet, suscité beaucoup de réactions et de réticences dans le corps des directeurs d'hôpital. Leur protection juridique n'a aucunement été envisagée et il semble, de plus, que l'idée a largement dépassé non seulement les attentes des directeurs mais aussi celles des médecins.

La définition de garde-fous semble donc le meilleur rempart pour apaiser ces craintes ; il est donc impératif de les envisager avant de lancer le projet.

De la même façon, la cohérence avec le dispositif juridico-économique est à ne pas oublier : Comment garantir un bon respect du code des marchés publics et de sa législation contraignante ?

❷ **La communication du projet** constitue ensuite une phase capitale. Une distinction doit par ailleurs être opérée entre communication et information du projet : l'information se rapporte au contenu et à l'écrit qui se dégage de la réflexion anticipative alors que la communication renvoie aux perceptions et aux réactions suscitées par la présentation qui est faite du projet. Des éléments intangibles sont alors repérés grâce à cette phase de communication qui sont autant d'indicateurs sur les attentes et les craintes vis à vis de la démarche.

Ce travail de communication passe alors par une honnêteté de présentation mais aussi et surtout par une mise à niveau du langage selon les différentes professions en présence dans la démarche. Ainsi certains arguments qui semblent parlants à la direction ne le seront pas forcément pour des équipes soignantes : à titre d'exemple, axer la démarche sous un aspect uniquement gestionnaire et générateur d'économies ne paraît guère recevable pour des médecins ou des infirmières pour qui la mission première relève avant tout du soin au patient.

Il paraît ensuite judicieux de savoir mettre en adéquation le discours relatif à la démarche avec les spécificités locales de l'établissement afin que le projet ne se réduise pas à un discours de façade et qu'il s'ancre dans la réalité du quotidien. Il est alors indispensable, pour ce faire, d'avoir au préalable une idée précise des caractéristiques non seulement de la structure mais de ses acteurs pour que leur identité ressorte clairement. Avoir ciblé les spécificités du CH de St Malo composant son identité permettra alors dans le cas présent de mieux dégager les potentialités de l'établissement. Il semblerait à cet égard que les malouins se caractérisent non seulement par leur force de travail, leur courage mais aussi par leur sens du concret ce qui explique leurs attentes en des résultats tangibles. Cela explique par ailleurs le manque de réactivité qu'ils reprochent à l'administration hospitalière. Il s'agit alors de valoriser des modes d'action pragmatiques et directement opérationnels pour que le projet de management de proximité suscite leur adhésion. La direction du centre hospitalier peut également s'appuyer sur les expériences déjà réalisées dans l'établissement pour inscrire la démarche dans la réalité du terrain et montrer comment de façon concrète un tel projet peut se décliner et se réaliser : une proximité de mise en oeuvre est alors susceptible de gagner la conviction de certains agents dubitatifs.

De façon subséquente à l'idée précédente, il semble alors logique ensuite d'avoir une vision claire des attentes de chacun des acteurs dans la démarche afin d'éviter toute distorsion entre le texte du discours et sa réalité de mise en oeuvre. Il importe pour cela d'avoir établi en amont une sorte d'état des lieux des perceptions des principaux corps de métiers en présence dans la démarche et face à celle-ci. Les avoir sondé sur leurs craintes, leurs réticences et leurs attentes permettra inévitablement de décrier certains blocages qu'ils pourraient favoriser car la direction ne comprendra que mieux comment le projet qu'elle présente peut être interprété. La différence de langage et d'interprétation est en effet l'une des principales sources de résistance au changement car la réalité d'un projet ne pouvant être entièrement anticipée, chaque acteur a tendance à fantasmer et à déformer un discours, soit, pour se rassurer et se donner des repères, soit, au contraire, pour refuser des changements d'habitudes en projetant ses propres angoisses et en noircissant alors toutes les alternatives de changement.

L'impact des mots, d'une présentation claire et simple d'un projet peuvent alors permettre, si ces craintes sont circonscrites, de dédramatiser ce processus d'évolution et amener chacun à se retrouver le plus possible dans la démarche.

Il paraît alors capital de veiller à ce que sous les termes de déconcentration budgétaire, de budgets de service ou par centre de responsabilité ou de contractualisation interne,



différentes idées de la démarche ne correspondant pas à la démarche visée par la direction ne nourrissent pas de faux espoirs ou des attentes déçues.

**③ Un travail de préparation doit ensuite se faire par rapport aux professionnels de santé.**

Ainsi, la culture médicale des praticiens de centre hospitalier fait que ceux-ci sont très attachés à leur chefferie de service et à la « territorialisation » des services. Cet attachement est d'autant plus fort qu'à la différence de leurs confrères en CHU ou CHR occupés par des fonctions d'enseignement et de recherche, les médecins de centre hospitalier gèrent leur service et n'ont que leur titre de chef de service pour se démarquer. Cela présente alors au moins deux conséquences directes : la délicate modification de l'organisation interne des services et le rajout difficile d'autres missions à celles de chefferie. Il serait peut-être intéressant à ce titre de profiter de la démarche pour valoriser la fonction managériale actuelle des chefs de service, qui serait un moyen non seulement de les toucher et de les mobiliser mais aussi de les impliquer .

L'étude réalisée en 1997 par un cadre de direction de l'hôpital de Saint Malo, M. Y. MARTIN, montrait à l'époque le sentiment de dévalorisation<sup>27</sup> ressenti par le corps médical eu égard à la fonction de chef de service. La fonction managériale de la fonction étant néanmoins admise juridiquement, il serait judicieux, si un accroissement de travail découle de la démarche, de mettre en valeur l'ensemble de ces fonctions afin d'éviter tout rejet systématique de la part des médecins.

Ce travail de préparation ne doit pas se limiter au corps soignant ; le personnel administratif et l'équipe de direction doivent également être sensibilisés compte tenu de l'investissement attendu de leur part dans la démarche.

Ainsi la réorganisation de l'organigramme de direction s'avère indispensable compte tenu de la définition actuelle des différentes directions. Actuellement conçues comme étant fonctionnelles et verticales (DRH, ECO, Finances...) , il semble que le nouveau mode de management qu'implique la démarche exige plutôt la présence de directeurs experts ayant des fonctions plus transversales. Néanmoins les modalités d'organisation de cet organigramme peut recouvrir des formes très différentes selon la conception du chef d'établissement de son équipe.

Parmi ces modalités, on peut noter deux modes d'organisation différents : le choix opéré au CH de Lagny montre ainsi une volonté « intégratrice » du directeur général dans la démarche avec un système de co-directeur qui exige alors que l'organigramme soit

---

<sup>27</sup> Cf. infra p.26

totallement repensé et redessiné. Cette réorganisation totale qui peut sembler lourde à certains suscitera alors des réticences qui pourront être évitées si l'on envisage plus simplement cette réorganisation avec la prise de conscience de son nouveau rôle en participant activement dans des instances de pilotage.

Le choix de ces modalités doit néanmoins relever du directeur général en accord avec son équipe et conformément à sa conception de la direction.

Le centre hospitalier de Saint-Malo initie, dans le cadre de son projet social, une réorganisation de l'équipe de direction en prévoyant notamment la désignation de directeurs adjoints comme référents de secteurs<sup>28</sup>.

④ Enfin modalité d'action du management de proximité, la réorganisation de la structure constitue une étape qu'il convient de penser en amont. La nécessité du redécoupage des entités de soins pour donner au centre de responsabilité une masse critique suffisante et pertinente peut s'avérer, dans certains cas, laborieuse. Il semble alors préférable, avant de lancer la démarche, de collaborer au maximum avec les chefs de service intéressés tout en déterminant pour chaque centre de responsabilité des profils de service et de secteur selon le mode d'organisation, de pathologies traitées... pour ne pas standardiser la contractualisation interne. Il y a donc un travail préalable de définition de profils de service pour voir dans quelle mesure des rapprochements peuvent être opérés. Concernant Saint-Malo, l'existence de fédérations ( chirurgie viscérale, psychiatrie, personnes âgées, médecine) est un atout pour l'élaboration d'un tel découpage car cela atténue la "territorialisation" en services.

La direction des affaires médicales travaille également sur l'élaboration de fiches de synthèse à partir de données d'activité de base et de données PMSI afin de retracer pour chaque service son profil d'activité.

### **b) Les leviers d'actions à privilégier.**

Quatre leviers d'action ressortent clairement des entretiens et témoignages obtenus. A la différence des actions préalables qui s'inscrivent en amont de la démarche et qui se caractérisent par leur brièveté, ces leviers d'action correspondent plutôt à des recommandations qu'il est important de garder à l'esprit tout au long du projet et sur lesquels on doit jouer pour donner à la démarche sa dynamique.

---

<sup>28</sup> voir infra p.19.

Un des éléments qu'il semble en tout premier lieu nécessaire de ne pas perdre de vue est d'**envisager la démarche avec pragmatisme et souplesse**. En effet, aucune démarche « clé en main » ne peut a priori se dégager dès la réflexion préliminaire. Ce n'est qu'avec sa progressive mise en application qu'on pourra déceler les failles, les erreurs d'ajustement d'un projet ; il est donc capital que ce dernier reste évolutif, au gré des spécificités des services. Le profil des services doit être ainsi clairement identifié car une des conditions de réussite du projet sera non pas sa standardisation mais au contraire son adaptation au cas par cas selon le service. On constate donc l'importance que peut revêtir le travail préalable de circonscription de l'environnement local pour ensuite servir de guide dans la démarche. La capacité d'adaptation d'une démarche est un atout intrinsèque qui renforce dans le temps sa survie.

Directement lié à l'idée précédente, le fait de donner une progressivité au processus en l'axant au début sur des services pilotes, volontaires participe du pragmatisme dont il s'agit de faire preuve pour maîtriser le plus possible le déroulement du projet. Ce n'est que par la suite en fonction des expérimentations réalisées, qu'on peut alors envisager, compte tenu des résultats, une montée en charge et un élargissement de la démarche à d'autres services. La valorisation des expériences réussies et la visite d'établissements ayant entrepris une telle démarche de management peuvent alors être un clé de motivation pour susciter l'adhésion de services qui jusque là se sont mis en retrait ; de même que la compréhension des dysfonctionnements en cas d'échec reflète non seulement la capacité de remise en question de l'administration mais peut permettre également de déceler des erreurs de pilotage. Il s'avère donc indispensable de mettre en place **une politique évaluative et corrective de la démarche** pour suivre de près les évolutions.

Un axe fort de soutien à la démarche réside dans le choix en un **système d'information performant**. Souvent sous-estimés, les atouts d'un tel système fondé sur un outil informatique fonctionnel sont pourtant réels car ils permettent d'avoir une image relativement claire des données caractérisant l'établissement. On passe alors de la « boîte noire » de l'hôpital à une structure où la transparence, prônée depuis dix ans dans le milieu hospitalier cautionnera et crédibilisera toute action entreprise par la direction. Les données fournies par ce système constituent en outre la colonne vertébrale de la mise en œuvre concrète de la démarche dans la mesure où l'élaboration des budgets de service ne peut se faire qu'en se fondant sur ces éléments objectifs. L'enjeu stratégique de l'information n'étant pas à prouver dans toute organisation, il apparaît alors évident que se rendre maître de ces

données en se dotant d'un tel système conditionne largement le succès d'une démarche de management à visée participative.

Enfin et au risque d'être redondante, il semble déterminant de **tenir compte des spécificités locales** qui composent l'identité d'un établissement. Evoquée parmi les préalables<sup>29</sup>, l'identité malouine constitue le contexte sociologique dans lequel la démarche doit se mouvoir. En effet, les caractéristiques des habitants de Saint Malo constituant la majeure partie des ressources humaines de l'hôpital peuvent être mises en exergue afin de constituer une grille de lecture propre à l'établissement. Dotés d'une forte capacité de travail et supportant déjà des conditions de travail dans certains cas difficiles, il apparaît peu probable que ceux-ci acceptent un surcroît de travail lié à la mise place de la démarche. Il faut néanmoins savoir qu'à l'expérience, instaurer un mode de management "descendant" n'est pas forcément synonyme de charge supplémentaire de travail : l'expérience du centre hospitalier de Blois illustre ce propos dans la mesure où deux réunions annuelles suffisent à faire le point et permettent à cette occasion aux médecins et cadres d'établir un bilan.

**L'environnement externe** peut également compter parmi ces leviers d'action. Ainsi l'éventualité de la signature d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens entre l'établissement et l'ARH, intégrant de tels modes de management, peut appuyer et renforcer la direction dans la conduite d'une telle politique. Une légitimité externe est ainsi donnée à la démarche.

Le centre hospitalier de Saint-Malo est susceptible de rencontrer ce cas de figure si le projet d'établissement 2001-2005 débouche sur la signature d'un tel contrat; la contractualisation interne serait alors directement liée à la contractualisation externe.

Evoquer ces préalables et ces leviers d'action au regard des expériences déjà réalisées dans le domaine large du management de proximité et de subsidiarité révèle à quel point la mise en œuvre d'une telle démarche doit être progressive et pragmatique. Il est indispensable de savoir faire preuve d'humilité pour mobiliser chacun des acteurs. Le souci de cette présentation a été d'éviter de tomber dans une description théorique qui irait complètement à l'encontre de la fonctionnalité recherchée du projet. Il n'en demeure pas moins que la rapidité de mise en œuvre d'une telle démarche sera inhérente et proportionnelle à la motivation et à l'implication des acteurs en présence. S'il subsiste donc des failles dans le projet, celles-ci seront exploitées par chacun d'entre eux pour faire de ces préalables d'éternels repoussoirs.

---

<sup>29</sup> voir infra p.69.

### 3 - CONCLUSION :

Les préalables et les principaux leviers d'action pointés dans cette étude révèlent qu'avant toute mise en œuvre d'une démarche apportant une transformation interne de l'organisation, il faut être conscient que, pour surmonter les points de blocage, le processus sera long, progressif et en phase avec les spécificités locales.

Même si le milieu hospitalier est marqué par une diversité de métiers organisés en différentes entités, l'échange et le dialogue seront les seules clés de succès à l'introduction d'une telle démarche. Les outils techniques que l'on peut ensuite décliner doivent nécessairement être adaptés au langage de ses futurs utilisateurs et surtout ne pas reproduire les logiques de raisonnement économique-administratives ; ils seraient alors irrémédiablement repoussés au même titre que la démarche.

L'empirisme est donc la seule voie à explorer sans limitation car, selon l'organisation interne de l'établissement, sa culture et ses repères, son contexte sanitaire et son ancrage historique, toute standardisation d'un processus de changement est vouée à l'échec.

La situation de l'hôpital de Saint-Malo fournit avec son contexte de transition un exemple idoine à ce travail de réflexion anticipative : avant même que la démarche ne soit présentée à ses futurs acteurs, il semble indispensable d'explorer en amont les pistes évoquées précédemment pour mieux préparer l'institution et les instigateurs d'une telle politique de management au changement ainsi qu'aux difficultés qu'il génèrent.

La logique de moyens mise actuellement en avant tend à infléchir toute motivation des dirigeants hospitaliers, qui se replient alors dans la lourde gestion du quotidien au détriment d'une politique prospective et anticipative des changements à venir. Même s'il est vrai que l'autonomie de gestion se réduit comme peau de chagrin avec le contexte de maîtrise des dépenses de santé, il reste au corps des directeurs des marges d'action qui peuvent s'illustrer dans ces politiques de management de proximité. On peut de plus espérer que les modifications récemment apportées au statut des directeurs, avec une éventuelle personnalisation de l'évolution de carrière, sauront faire changer dans les années qui viennent les modes de management des hôpitaux.

Le courant actuel d'évolution des mentalités du corps médical et soignant avec son ouverture à la responsabilisation est une brèche à exploiter pour que le vent du changement souffle dans ces structures marquées par le sens des hiérarchies et les cloisonnements.

Néanmoins on peut s'interroger sur la compatibilité entre ces politiques de changement organisationnel et le cadre institutionnel des hôpitaux publics. En effet, les logiques de « territorialisation » que nous avons évoquées ne sont-elles pas des freins à ces démarches transversales ?

Se rapprocher des centres opérationnels de fonctionnement des hôpitaux avec la mise en place de centres de responsabilité pour déstructurer les hiérarchies établies jusque là participent à ce travail de sappe des cloisonnements internes.

Il n'empêche que les raisonnements inscrits autour d'un service, de son personnel et de son médecin chef de service seront encore pesants et déterminants dans la gestion du quotidien hospitalier.

Ne faudrait-il pas élargir le cadre d'action de l'établissement conformément aux logiques de secteur sanitaire, de coopération, de complémentarité pour susciter des ouvertures et non des crispations ?

Les hôpitaux voient leurs frontières se déplacer au gré des logiques sectorielles et la situation du centre hospitalier de Saint-Malo, comme beaucoup d'établissements publics, le reflète bien. L'hôpital de demain qui sera intégré dans cet enchevêtrement relationnel ne raisonnera plus selon sa taille, son site et sa structure architecturale mais en fonction des institutions voisines et de leurs spécificités ? Les raisonnements internes des services pourront-ils rester aussi pesants ou devront-ils suivre ce mouvement d'ouverture avec des organisations telles que les fédérations inter-hospitalières ? La logique de communauté d'établissements donnera un autre poids au mode de gestion.

Une des nouvelles composantes du métier de directeur d'hôpital ne serait-elle pas entre autres de gérer et d'organiser le déplacement de frontières au sein des institutions et à l'intérieur du secteur sanitaire ?

# ANNEXE 1

## Liste des personnes interrogées.

### Entretiens menés avec les médecins chefs de service du CH de Saint Malo.

- M. CURRAN, chef de service de médecine 7, pneumologie.
- M. KOLB, chef de service d'Anesthésie
- M. FAGNET, Président de CME et chef de service de Rééducation fonctionnelle
- M. HERVE, chef de service de Médecine 4, néphrologie
- M. SABLE, chef de service des Urgences
- Mme ANDLAUER, chef de service de médecine 3, pédiatrie
- M. BOULAIRE, chef de service de la fédération de chirurgie viscérale
- Mme DARTIGE, chef de service de psychiatrie
- M. DAMAMME, chirurgien de la Fédération viscérale
- M. MERIENNE, chef de service de neurologie
- M. VOISINE, chef de service du laboratoire de biochimie
- Mme LOUAIL-TABOUREL, radiologue
- M. THEVENET, chef de service de gastro-entérologie
- Mme GRULOIS, onco-hématologue
- M. RICHARD, chef de service de cardiologie
- M. DEUTSCH, cardiologue

## **Entretiens menés avec les cadres de direction du CH de Saint Malo.**

M. LE MENN, directeur général

M. CUDENNEC, adjoint au directeur général

Mme DOUSSOT, directeur adjoint des Finances, de la Clientèle et des Système d'information

M. RAVE, directeur des Affaires Médicales

M. Y. MARTIN, directeur-adjoint chargé de la formation continue

Mme PIERRE, Infirmière Générale

M. DESTREM, directeur adjoint chargé de la qualité et de la communication.

## **Entretiens menés avec les cadres infirmiers du CH de Saint Malo.**

### **4 - M. VIEAU, CADRE INFIRMIER SUPÉRIEUR**

### **5 - MME ROLLAND-ECOBICHON, CADRE INFIRMIER SUPÉRIEUR**

Mme ARTEON, cadre infirmier supérieur

M. DERRIEN, cadre infirmier du service de néphrologie-dialyse

Mme BELLOIR, cadre infirmier du service de soins continus

Mme FAGNET, cadre infirmier du service de consultations externes

Mme TRANCHEFORT, cadre infirmier du service de rééducation fonctionnelle

M. LE DORTZ, cadre infirmier de psychiatrie

M. SCHNEIDER, cadre infirmier de pédopsychiatrie

M. LE FELLIC, cadre infirmier de l'hôpital de jour de pédopsychiatrie

M. HERRY, cadre infirmier du service de moyen séjour

Mme HAMEL, cadre infirmier du service de personnes âgées



## **Entretiens menés avec des personnalités extérieures au CH.**

### **5.1 M. JY DELANOE, DIRECTEUR DU CH DE LAGNY MARNE LA VALLEE**

M. A. DUSSOL, directeur du CH de MONTAUBAN et Président de la Conférence des Directeurs d'Hôpital

M. DEBROSSE, directeur du CH d'ANGOULEME

M. EXPERT, DSIO du CH de BLOIS

M. PERRIN, président de la conférence des présidents de CME, président de la CME du CH du MANS

M. SCHMIDT, directeur du CH de Vichy

## **ANNEXE 2**

### **6 - TRAME DE QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX MÉDECINS DU CH. DE ST MALO**

- 1) Connaissez-vous l'activité de votre service (de façon globale ou précise) ? Comment cette information vous est-elle transmise ? La trouvez-vous suffisante, incomplète et en adéquation avec le ressenti que vous avez de l'activité de votre propre service ? quels éléments d'information supplémentaires souhaiteriez-vous obtenir pour avoir une vision plus complète de l'activité de votre service ?
- 2) Obtenez-vous cette information suite à une demande de votre part ou à une communication du Dim ?

- 3) Que pensez-vous de la circulation de l'information médicale au sein de l'établissement ? et du PMSI ?
- 4) Comment définiriez-vous le mode de fonctionnement de votre service (individualisme, ouvert aux autres ...) ?
- 5) Connaissez-vous le management de proximité ? qu'en pensez-vous ?
- 6) Le découpage de l'établissement en CR conformément au décret du 11 août 1983 vous apporte-t-il satisfaction ?
- 7) Quels sont les éléments qui pourraient améliorer le fonctionnement de votre service et de l'hôpital en général ?  
Eléments techniques :  
Eléments organisationnels :
- 8) Pensez-vous que la gestion au niveau des services pourrait être un moyen d'améliorer le fonctionnement des services ? Avez-vous participé au groupe de pilotage sur la contractualisation interne ?
- 9) Seriez-vous prêt à suivre une formation liée à la gestion ?
- 10) Pensez-vous que les services seraient prêts à s'engager dans une telle démarche ?
- 11) Quelles sont vos attentes vis à vis de la direction de l'hôpital ?

## ANNEXE 3

### 7 - TRAME DE QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX CADRES INFIRMIERS DU CH.DE ST MALO

- 12) Connaissez-vous l'activité du service (de façon globale ou précise) ? La trouvez-vous suffisante, incomplète et en adéquation avec le ressenti que vous avez de l'activité du service ? quels éléments d'information supplémentaires souhaiteriez-vous obtenir pour avoir une vision plus complète de l'activité de votre service ?
- 13) Comment définiriez-vous le mode de fonctionnement de votre service (individualisme, ouvert aux autres ...) ?
- 14) Connaissez-vous la démarche de management de proximité ? qu'en pensez-vous ?
- 15) Quelles seraient vos attentes au sein d'une telle démarche ?
- 16) Pensez-vous que certaines de vos missions pourraient être déléguées à d'autres membres de l'équipe du service ?

17)Quels sont les éléments qui pourraient améliorer le fonctionnement de votre service et de l'hôpital en général ?Quels sont les dysfonctionnements majeurs du service ?

18)Pensez-vous que la gestion au niveau des services pourrait être un moyen d'améliorer le fonctionnement des services ? Aviez-vous participé au groupe de pilotage sur la contractualisation interne ?

19)Seriez-vous prêt à suivre une formation liée à la gestion pour rendre la déconcentration budgétaire opérationnelle ?

20)Pensez-vous que les services seraient prêts à s'engager dans une telle démarche ?

21)Quelles sont vos attentes vis à vis de la direction ?

## ANNEXE 4

### 8 - TRAME DE QUESTIONNAIRE DESTINÉ AU CHEF D'ÉTABLISSEMENT DU CH. DE ST MALO

- 1) Quelle stratégie de changement avez-vous menée au cours des 18 ans pendant lesquels vous avez dirigé le CH de St Malo ?
- 2) Comment peut-on d'après vous valoriser au mieux les ressources humaines d'un établissement ou d'une organisation pour l'amener au changement ?
- 3) La démarche dynamique mise en œuvre pour l'élaboration du diagnostic médico-administratif pour la rédaction du projet d'établissement avec les différents groupes de pilotage alliant le personnel soignant et administratif est-elle récente ou correspond-t-elle à un mode de management propre à l'établissement ?
- 4) Que pensez-vous de la démarche de contractualisation interne menant entre autres à la déconcentration budgétaire ?
- 5) Que pensez-vous de ces transpositions managériales venant du secteur privé ?
- 6) Concernant le management de proximité et les répercussions en interne que la démarche implique sur le mode de fonctionnement de l'équipe de direction, pensez-vous que le corps des directeurs soit prêt aujourd'hui à accepter le changement ? Pensez-vous que le CH de St Malo soit prêt à connaître un tel changement ?

- 7) Quel rôle particulier doit remplir le chef d'établissement au sein d'une telle démarche selon vous ?
  
- 8) Peut-on véritablement mettre à plat le fonctionnement interne des structures hospitalières en effaçant progressivement les hiérarchies établies jusque là et générant le cloisonnement tant décrié inhérent à l'organigramme des hôpitaux ?
  
- 9) Que pensez-vous de la « théorie » selon laquelle on peut instrumentaliser les dysfonctionnements d'un système pour initier une politique de changement ?
  
- 10) Pensez-vous que le cadre institutionnel soit adapté à la mise en œuvre des politiques de changement ?

## ANNEXE 5

Entretien de JY DELANOE, chef d'établissement du CH de LAGNY MARNE LA VALLEE

- 1) Point de vue sur la démarche de contractualisation interne entreprise dans l'établissement.  
(d'abord une démarche organisationnelle et introduction ensuite d'outils techniques types Tableaux de bords)
- 2) Pourquoi avoir initié la démarche au niveau des cadres infirmiers ?  
Cela correspond-il à une demande de leur part ?
- 3) Comment la démarche est-elle orientée maintenant ? L'ouverture au médecin chef de service se fait-elle aujourd'hui ?
- 4) L'aide d'un consultant extérieur a-t-il représenté un atout ? Si oui, de quelle façon ?
- 5) La mise en place de codirecteur suscite-t-elle l'adhésion de tous les intéressés ?  
Comment l'équipe de direction vit-elle en interne ce nouveau mode d'organisation ?
- 6) Quelle stratégie d'accompagnement avez-vous privilégié pour rendre la démarche opérationnelle ?  
Un soutien financier, une aide extérieure... ?
- 7) Avez-vous le sentiment que le DH ait une marge de manœuvre pour entreprendre de telle démarche ou, au contraire, est-il contraint par l'environnement juridico-administratif (tutelle)?

## ANNEXE 6

Entretien de M. DEBROSSE, chef d'établissement du CH d'ANGOULEME

- 1) Avez-vous le sentiment que les directeurs d'hôpital peuvent influencer sur l'environnement externe (tutelles, structures déconcentrées de l'Etat), ou est-ce l'inverse qui joue pour mettre en place des stratégies internes de changement ?
- 2) Croyez-vous que les directeurs d'hôpital ont une marge de manœuvre dans leur façon de gérer au quotidien les hôpitaux ? Bénéficient-ils d'une réelle autonomie ?
- 3) Avez-vous l'impression que face à une telle démarche transversale, les directeurs d'hôpital sont prêts à se lancer ou au contraire semblent-ils réticents sachant que lors de la dernière conférence des Présidents de CME, il semblerait que le corps médical ait évolué dans sa position par rapport à la démarche ?
- 4) Compte tenu des changements que la démarche implique dans l'organigramme des directeurs d'hôpital (Expérience de Lagny), comment la démarche est-elle perçue globalement ?
- 5) Quelles sont les stratégies d'accompagnement que les directeurs peuvent mettre en œuvre pour rendre la démarche opérationnelle ?



## ANNEXE 8

Entretien de M. SCHMITT, chef d'établissement du CH de VICHY

- 6) Avez-vous le sentiment que les DH peuvent influencer sur l'environnement externe (tutelles, structures déconcentrées de l'Etat), ou est-ce l'inverse qui joue pour mettre en place des stratégies internes de changement ?
  
- 7) Croyez-vous que les directeurs d'hôpital ont une marge de manœuvre dans leur façon de gérer au quotidien les hôpitaux ? Bénéficient-ils d'une autonomie ?
  
- 8) Avez-vous l'impression que face à une telle démarche transversale, les directeurs d'hôpital sont prêts à se lancer ou au contraire semblent-ils réticents sachant que lors de la dernière conférence des Présidents de CME, il semblerait que le corps médical ait évolué sur sa position par rapport à la démarche ?
  
- 9) Compte tenu des changements que la démarche implique dans l'organigramme des DH (Expérience de Lagny avec le système de codirecteur), comment la démarche est-elle perçue globalement ?
  
- 10) Quelles sont les stratégies d'accompagnement que les directeurs peuvent mettre en œuvre pour rendre la démarche opérationnelle ?
  
- 11) Avez-vous le sentiment qu'il y ait une évolution des mentalités au sein du corps médical, qui semble plus réceptif aujourd'hui à leur association à la gestion de leur unité ? si oui, comment s'explique ce changement dans les mentalités ?

## ANNEXE 9

**Entretien de M. PERRIN, président de la CME du CH du MANS et président de la conférence des présidents de CME de centre hospitalier.**

Lors des premières assises des CME de CH qui se sont tenues en mai 2000 à Angoulême, vous avez déclaré que les médecins revendiquaient une responsabilisation dans la gestion des hôpitaux.

A ce titre, vous avez évoqué des conditions ( binôme, trinôme, info médicale plus lisible, culture PMSI, formations, évaluations) sous-jacentes à cette responsabilisation.

- 1) Assiste-t-on réellement à une évolution des mentalités du corps médical face au rapprochement médecin-administration-gestion ?
- 2) Est-ce selon vous un phénomène récent et généralisé ?
- 3) Quels sont selon vous les éléments déclencheurs de ce phénomène et de cette volonté d'implication dans la gestion ?
- 4) Comment se manifeste ce nouveau courant, vous qui êtes au contact de nombreux confrères ?
- 5) Que pensez-vous des modes de management de proximité qui placent le médecin en acteur dans la gestion de son service ?
- 6) Percevez-vous des blocages à la mise en place de telles démarches ? si, oui, à quel niveau semblent-ils se situer ?